

Intensificar el desarrollo en la primera infancia

Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios



Amina D. Denboba, Rebecca K. Sayre,
Quentin T. Wodon, Leslie K. Elder,
Laura B. Rawlings y Joan Lombardi

Octubre de 2014

Agradecimientos

El presente informe fue confeccionado por los autores en la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial bajo las directrices de Harry Patrinos (Director, Educación) y Elizabeth King (Vicepresidenta Interina, Red de Desarrollo Humano), así como Claudia Costin (Directora Principal para Educación), Arup Banerji (Director Principal, Protección Social y Trabajo) y Timothy Grant Evans (Director Principal, Salud, Nutrición y Población). Agradecemos también enormemente la orientación ofrecida por Nicole Klingen (Directora, Salud, Nutrición y Población) y Anush Bezhanyan (Directora, Protección Social y Trabajo). El director del equipo de trabajo fue Quentin Wodon.

Agradecemos el apoyo financiero prestado por la Children's Investment Fund Foundation. Los autores expresan también su agradecimiento a Sachiko Kataoka (Educación) y Peter Holland (Educación) que actuaron como revisores expertos y proporcionaron valiosos comentarios y sugerencias. Los miembros del grupo de centros de coordinación de los Programas de desarrollo en la primera infancia del Banco Mundial también efectuaron aportaciones valiosas; entre ellos se encuentran Amanda Devercelli (Educación) y Julieta Trias (Red de Desarrollo Humano), así como Robin Horn (Director, Educación, Children's Investment Fund Foundation) y Ruslan Yemtsov (Protección Social y Trabajo). Por último, los miembros del Foro sobre inversión en los niños de corta edad a escala mundial del Instituto de Medicina también aportaron observaciones valiosas.

Tabla de contenido

Agradecimientos	ii
Prólogo	v
Introducción	
Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios	1
Cinco paquetes	
Paquete de apoyo a la familia	4
Paquete de embarazo	7
Paquete de nacimiento	8
Paquete de salud y desarrollo infantil	9
Paquete de educación preescolar	11
Resumen de los paquetes integrados	12
Principios clave de las políticas de DPI	13
Cuatro principios	
Llevar a cabo un diagnóstico sobre el DPI y establecer una estrategia global	14
Coordinar e implementar ampliamente	15
Integrar los servicios para lograr sinergias y ahorrar costes	17
Supervisar, evaluar e incrementar	18
Conclusión	20
Acrónimos	21
Referencias	22

Prólogo

Invertir en los niños de corta edad no sólo es lo correcto desde un punto de vista ético, sino también lo inteligente desde un punto de vista económico para los niños y para sus familias, sus comunidades y la sociedad en general.

Las intervenciones dirigidas al desarrollo en la primera infancia (DPI) son esenciales para el crecimiento y el desarrollo de un niño. Los beneficios de esas intervenciones tienden también a ser mayores que los reportados por las inversiones en capital humano que se realizan en fases posteriores de la vida.

Actualmente se reconoce cada vez más que el DPI es una de las inversiones más importantes que los países y las familias pueden hacer para prosperar y ayudar a los niños a llevar vidas productivas.

En reconocimiento de la fuerte evidencia del impacto positivo de las intervenciones dirigidas al DPI en los niños de corta edad, las inversiones del Banco Mundial en operaciones de DPI (créditos y préstamos), así como en trabajos de análisis y de desarrollo de capacidades en relación con el DPI, se han incrementado considerablemente en los últimos años. Pero puede y debe hacerse más para convencer a los responsables políticos y a los profesionales de que deben otorgar sin reservas a las políticas y los programas de DPI un papel central en sus estrategias de desarrollo nacional.

Este documento constituye una guía sencilla para responsables políticos y profesionales sobre cómo invertir en los niños de corta edad. Identifica 25 intervenciones básicas en DPI que pueden llevarse a cabo en diferentes etapas de la vida de un niño a través de cinco paquetes integrados, que abarcan los aspectos de la educación, la salud, la nutrición, el agua y saneamiento, y la protección social. Estos cinco paquetes de intervenciones son: (i) el paquete de apoyo a la familia, (ii) el paquete de embarazo, (iii) el paquete de nacimiento, (iv) el paquete de salud y desarrollo infantil, y (v) el paquete de educación preescolar.

El documento expone también cuatro sencillos principios que los países pueden seguir para diseñar e implementar estrategias sobre DPI exitosas: (i) elaborar un diagnóstico y una estrategia sobre DPI, (ii) poner ésta ampliamente en práctica mediante coordinación. (iii) crear sinergias y ahorrar costes mediante intervenciones integradas y (iv) efectuar un seguimiento, evaluar y aplicar a mayor escala las intervenciones que han tenido éxito.

Esperamos que este documento llegue a ser una referencia valiosa para los responsables políticos y los profesionales en nuestros países clientes así como para todos aquellos interesados en dar a todos los niños la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial.

Claudia Costin

Directora Principal, Educación

Arup Banerji

Director Principal, Protección Social y Trabajo

Timothy Grant Evans

Director Principal, Salud, Nutrición y Población



Intensificar el desarrollo en la primera infancia

Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios

Invertir en los niños de corta edad es una de las mejores inversiones que pueden hacer los países. Los primeros años de vida de un niño presentan una oportunidad única para abordar la desigualdad, romper el ciclo de la pobreza y mejorar una serie de resultados posteriormente. Las últimas investigaciones sobre el cerebro sugieren la necesidad de adoptar enfoques holísticos sobre el aprendizaje, el crecimiento y el desarrollo, y reconocen que el bienestar físico e intelectual de los niños de corta edad, así como su desarrollo socioemocional y cognitivo, están interrelacionados.¹ Para beneficiarse plenamente de las futuras oportunidades que ofrezca la vida y llegar a ser miembros productivos de la sociedad, al término de su primera infancia los niños deben estar sanos y bien nutridos, tener lazos sólidos con sus cuidadores, ser capaces de interactuar positivamente con sus familias, profesores y compañeros, poder comunicarse en su idioma materno, y estar preparados para aprender a lo largo del ciclo de escuela primaria².

Las lagunas tempranas en el desarrollo infantil ponen en peligro la capacidad del niño de lograr estos hitos importantes y desarrollar todo su potencial en la vida. Las intervenciones en los primeros años tienen el potencial de compensar las tendencias negativas y ofrecen a los niños más oportunidades de gozar de un aprendizaje de calidad, crecimiento físico y salud óptimos, y a larga de una mayor productividad en la vida. Las últimas investigaciones en biología y ciencias sociales ofrecen abundantes recursos sobre los que basar estrategias innovadoras que promuevan el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños. Los programas que combinan servicios (como nutrición y estimulación psicosocial) pueden tener efectos beneficiosos y tasas de rendimiento especialmente notables.² Por desgracia, la mayoría de los países fallan a la hora de prestar servicios esenciales para los niños de corta edad y sus familias. El desafío que tenemos por delante es desarrollar modelos extensibles y rentables para prestar estos servicios en países de ingresos bajos y medios.

Aunque se ha propuesto una diversidad de definiciones del desarrollo en la primera infancia (DPI), en el presente documento DPI se refiere al crecimiento y desarrollo de un niño a partir del embarazo de una mujer hasta el ingreso del niño en la escuela primaria.

Por lo tanto, las intervenciones relacionadas con el DPI incluyen servicios para las madres embarazadas y lactantes así como los niños de corta edad y sus familias. La finalidad de estos servicios es abordar las necesidades de salud, nutricionales, socioemocionales, cognitivas y lingüísticas durante este periodo de edad. Son esenciales porque las primeras etapas de la vida de un niño son la base del aprendizaje futuro, la buena salud y el bienestar, así como la capacidad del niño para trabajar adecuadamente con otros en la edad adulta.

Hay un consenso incipiente sobre la necesidad de dar prioridad a las inversiones en DPI y sobre los elevados beneficios que estas pueden reportar. Una bibliografía creciente demuestra que los beneficios de las inversiones en los niños de corta edad son considerables, en especial si se comparan con las inversiones efectuadas en etapas posteriores de la vida. Por contraste, la ausencia de inversiones puede derivar en costes a largo plazo y a menudo irreversibles no solo para las personas y sus familias, sino también para las comunidades y la sociedad en general.

¿Por qué los países invierten de modo insuficiente en DPI? Un factor es que los países generalmente funcionan bajo limitaciones presupuestarias estrictas. Pero la experiencia sugiere que otro factor está relacionado con el hecho de que el DPI es de gran complejidad y multisectorial. Sigue sin haber consciencia de los beneficios del DPI y del modo en que los países pueden diseñar políticas de éxito y programas extensibles en este ámbito.

Varios asociados para el desarrollo han introducido marcos globales para abordar las necesidades holísticas de los niños de corta edad. UNICEF se centra en áreas de intervención claves en relación con el DPI, que



incluyen la salud, la nutrición, el VIH/SIDA, la educación y los servicios de protección³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido directrices específicas para cada fase de desarrollo, que incluyen el embarazo, la fase posnatal y la atención sanitaria de bebés y lactantes. Estas directrices ayudan a los profesionales a obtener mejores resultados de salud para los beneficiarios de estas actuaciones durante los subperiodos específicos. Además, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH por sus siglas en inglés), dirigida por la OMS y la Aga Khan University, proporciona a los responsables de la formulación de políticas información específica sobre las intervenciones esenciales en materia de salud para abordar las principales causas de mortalidad materna, neonatal e infantil⁴. En el Banco Mundial, la *Guía del desarrollo infantil temprano para el diálogo de política y la preparación de proyectos (Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation)*²) presenta puntos de partida estratégicos para la implementación efectiva del DPI en cada país, entre los que se encuentran programas basados en centros, programas basados en los hogares, así como transferencias monetarias condicionadas y campañas de divulgación y comunicación mediática dirigidas a las familias con niños de corta edad.

Basándose en un examen de las investigaciones y las experiencias prácticas en este campo, en 2010 el Banco Mundial desarrolló el marco STEP⁵ como un modo sencillo de reflexionar sobre la manera en que los países pueden ayudar a las personas a llevar vidas productivas. STEP significa *Habilidades para el empleo y la productividad (Skills Toward Employment and Productivity)*. El marco ha identificado cinco pasos a través de los cuales las personas pueden progresar y aprender a lo largo de su vida. El presente documento expone con más detalle el DPI, el primero de estos cinco pasos.

Este documento recurre a estos marcos y a las amplias pruebas disponibles sobre los efectos de las intervenciones en DPI. Resume algunos de los amplios

y profundos estudios publicados sobre este tema con el objetivo de identificar las intervenciones clave para los niños. La finalidad del documento es proporcionar una introducción fácil y accesible a las intervenciones y los servicios integrados que podrían ayudar a los responsables de formular políticas y a los profesionales a reflexionar sobre el modo de invertir con eficacia en DPI.

Además de identificar las intervenciones clave, el documento esboza cuatro principios que pueden ayudar a los países a diseñar e implementar políticas y programas sólidos en materia de DPI. Los países deben:

- (i) elaborar un diagnóstico y una estrategia sobre DPI; (ii) poner ésta ampliamente en práctica mediante coordinación;
- (iii) crear sinergias y ahorrar costes mediante intervenciones integradas; y (iv) efectuar un seguimiento, evaluar y aplicar a mayor escala las intervenciones que han tenido éxito.

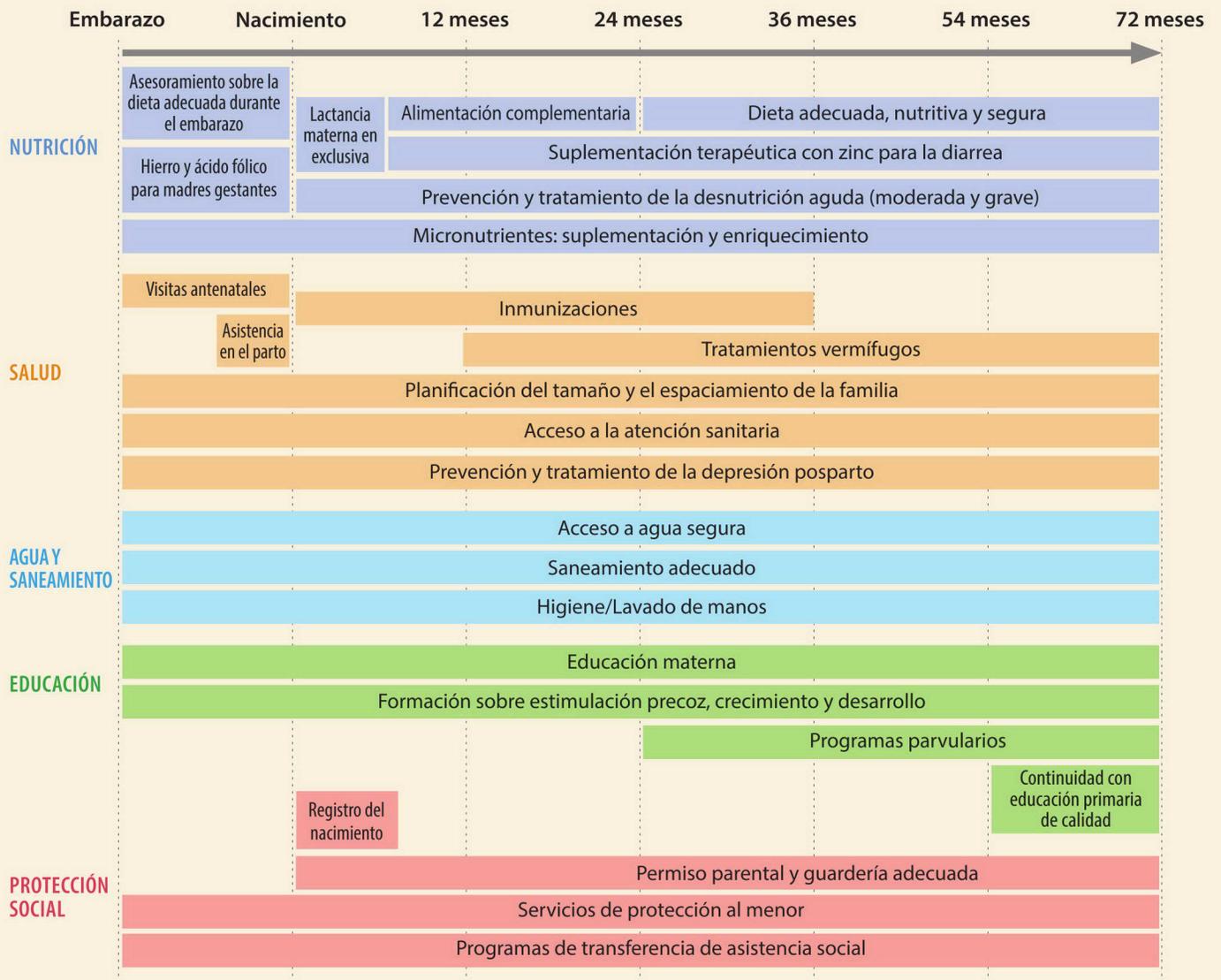
Por lo que se refiere a las intervenciones, dentro del periodo de DPI se ha identificado 25 intervenciones clave esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño (resumidas en la Figura 1 a continuación). Para cada intervención se indica los costes ilustrativos y los efectos.

Estos se basan en las pruebas existentes y solo pretenden ser indicativos. El documento sugiere que estas intervenciones pueden llevarse a cabo mediante cinco paquetes integrados en diferentes etapas de la vida de un niño. Los cinco paquetes de intervenciones comprenden: (i) el paquete de apoyo a la familia, que debe proporcionarse a lo largo del periodo de DPI, (ii) el paquete de embarazo, (iii) el paquete de nacimiento (desde el nacimiento hasta los seis meses), (iv) el paquete de salud y desarrollo infantil y (v) el paquete de educación preescolar.

Esperamos que el enfoque sugerido en este documento para las inversiones en intervenciones integradas en materia de DPI sea útil para los responsables de formular políticas y los profesionales y que mediante el conjunto de mensajes proporcionados —sencillos pero de gran fuerza—, todos los niños de corta edad logren desarrollar todo su potencial y tengan la oportunidad de vivir vidas saludables y productivas.



FIGURA 1: 25 intervenciones clave para los niños de corta edad y sus familias



Fuente: Elaboración propia. Nota: La idea de presentar las intervenciones por sectores y/o edad ha sido utilizada por una serie de autores anteriores.

Paquete de apoyo a la familia

Desde la concepción hasta los seis años



Principales beneficios: mejora del desarrollo físico, socioemocional y cognitivo

La familia es el sistema de apoyo primordial y más efectivo para garantizar el crecimiento y desarrollo saludables del niño. El bienestar y la implicación de las familias desempeñan un papel fundamental a la hora de abordar las necesidades de

desarrollo holístico de los niños ya que los niños de corta edad dependen enteramente de sus familias y pasan la mayor parte del tiempo con estas en el entorno doméstico. Aunque hay una serie de intervenciones en DPI que están ligadas a una edad determinada, muchas son necesarias a lo largo de los primeros años de vida. El paquete de apoyo a la familia está basado en un enfoque bigeneracional⁶ que crea oportunidades tanto para los padres como los hijos y aborda las necesidades de ambos, y se compone de siete grupos distintos de intervenciones y servicios dirigidos a apoyar tanto a los niños como a sus familias.

Apoyo parental para familias vulnerables

1. Educación materna: Las pruebas demuestran la importancia de la educación de las niñas para el DPI. Cuando las niñas alcanzan un nivel de educación superior, puede influir de forma muy marcada en su futura descendencia.^{6,7}

2. Planificación del tamaño y el espaciamiento de la familia: Planificar el tamaño y el espaciamiento de la familia permite a los padres tener el número de hijos que desean controlando su espaciamiento en el tiempo. Esto se consigue con el uso de métodos contraceptivos y el tratamiento de la infertilidad. Según la OMS, la capacidad de una mujer de espaciar y limitar sus embarazos repercute directamente en su salud y

bienestar así como en el resultado de cada embarazo.⁸

3. Formación sobre estimulación temprana, crecimiento y desarrollo:

Llegar hasta los padres y los cuidadores a través de apoyo parental y visitas a los hogares puede promover la estimulación temprana, la provisión óptima de cuidados y las prácticas de alimentación sanas, mejorando de ese modo los resultados en los niños. Los programas de visitas a hogares pueden trasladar mensajes a los padres acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo global de los niños de corta edad. Los programas de apoyo parental pueden mejorar la capacidad de respuesta durante la alimentación^{9,10} así como la estimulación temprana.^{11,12} Las interacciones de "servicio y devolución" entre los padres y sus hijos de corta edad pueden mejorar el desarrollo físico así como el desarrollo de las habilidades cognitivas y socioemocionales¹³, que influyen posteriormente en los logros académicos y el empleo.¹⁴ Además de las visitas a los hogares, las redes sociales de apoyo y las campañas educativas comunitarias sobre DPI pueden ser una estrategia efectiva para trasladar a los padres y los cuidadores mensajes sobre el crecimiento, el desarrollo y la seguridad de los niños de corta edad.

4. Los programas de transferencia de asistencia social

pueden ayudar a los padres a cubrir las necesidades de sus hijos e invertir en su nutrición, salud y educación. Estos programas suelen estar dirigidos a familias pobres y vulnerables y proporcionan una vía de acceso a los más necesitados y un punto de entrada correspondiente para la prestación de servicios coordinados, lo que incluye el desarrollo en la primera infancia. Los programas de protección social pueden servir también de vehículos de respuesta contra crisis cíclicas, ayudando a proteger a las familias de los reveses en la obtención de ingresos y a los niños de una serie de consecuencias, entre ellas el estrés tóxico. Además de ayudar a la obtención de ingresos, los programas de protección social a menudo propician las inversiones en capital humano. Por ejemplo, las transferencias monetarias condicionadas (CCT por sus siglas en inglés) incentivan a los padres para que inviertan en la salud y la educación de sus hijos, y los programas de red de seguridad para entornos de muy bajos ingresos combinan cada vez más la ayuda monetaria o alimentaria con desarrollo de

la capacidad para los padres en los ámbitos esenciales de la salud, la nutrición y la educación.

5. Prevención y tratamiento de la depresión de los padres:

La depresión materna y paterna es también susceptible de tener efectos adversos sobre el DPI y la calidad de la crianza.¹⁵ Donde sea factible, la prevención y el tratamiento de la depresión de los padres es importante, comenzando por la prevención durante el embarazo, y siguiendo con prevención y tratamiento a lo largo de los primeros años de la paternidad.^{16,17}

6. Permiso parental y servicios adecuados de guardería:

Sin ingresos suficientes y la flexibilidad adecuada, los padres vulnerables son incapaces de cubrir las necesidades de sus hijos.¹⁸ Donde sea factible, las familias con niños de corta edad deben beneficiarse de programas de apoyo a los ingresos, y los padres que trabajen deben disponer de permisos parentales y servicios adecuados de guardería. Según la OCDE, el coste de políticas bien estructuradas de apoyo a las guarderías puede compensarse plenamente¹⁹ ya que sin apoyo, los padres se enfrentan a obstáculos a la hora de participar en el mercado laboral, lo que puede desembocar en un mayor gasto social, la pérdida de ingresos impositivos, inhibición del crecimiento y desperdicio de capital humano.

7. Servicios de protección al menor: La violencia doméstica durante el embarazo se relaciona con bajo peso al nacer, y la exposición a violencia en la primera infancia afecta negativamente al desarrollo socioemocional de los niños de corta edad.²⁰ El efecto de la exposición a la violencia puede reducirse mediante reacciones paternas de apoyo y rutinas familiares positivas.¹⁶ Las disposiciones sobre protección de la infancia en los sistemas policial y

judicial pueden proteger a los niños de la violencia y la explotación.

Salud, nutrición y saneamiento para familias

8. El acceso a la atención sanitaria contribuye a lograr cobertura médica universal para una población independientemente de la renta o el estatus social. El acceso equitativo a los servicios sanitarios incrementa la demanda de asistencia, especialmente entre los pobres, al hacer más asequibles esos servicios, incluidos los dirigidos a los niños de corta edad. Los servicios de salud, como la prevención y tratamiento de la malaria, son fundamentales para reducir el riesgo de mortalidad en la niñez.

9. Suplementación de micronutrientes y enriquecimiento:

Las deficiencias de micronutrientes tales como vitamina A, yodo y zinc pueden causar carencias irreversibles en el desarrollo físico y mental. La suplementación de micronutrientes y el enriquecimiento de los alimentos básicos pueden prevenir o tratar las deficiencias de micronutrientes. La yodación universal de la sal es un modo especialmente rentable de distribuir yodo a la población.²¹

10. Acceso a agua segura; 11. Saneamiento adecuado; y 12. Lavado de manos:

Casi nueve de cada diez muertes por diarrea entre niños de corta edad están relacionadas con malas prácticas de higiene, agua potable no segura y acceso inadecuado a instalaciones sanitarias.²¹ Un tercio de la población mundial carece de acceso a saneamiento básico y más de mil millones de personas defecan al aire libre. Las letrinas pueden reducir los riesgos para la salud de las mujeres embarazadas y los niños de corta edad. Una higiene adecuada y el lavado de manos pueden reducir de modo significativo la incidencia de la diarrea.

Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios:

En África y Asia, el acceso a agua segura en las zonas rurales puede tener una relación beneficio-coste de 3,4:1, y la del saneamiento básico puede ser de 5-8:1.²³ En regiones de África, Sudamérica, Europa y el Sudeste de Asia, el enriquecimiento de alimentos con hierro y otros micronutrientes puede tener una relación beneficio-coste tan elevada como de 37:1.²⁴ Estimaciones procedentes de África y de las regiones de Asia Oriental y Pacífico y el Sudeste de Asia indican que la yodación de la sal puede tener una relación beneficio-coste tan elevada como de 30:1.²¹ En estas mismas regiones, la vitamina A puede costar de US\$3 a US\$16 por AVAD^a ahorrado.^{25,26,27}

a El año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) es una medida de la carga global de la enfermedad, y se estima como la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por enfermedad/discapacidad.

Intervención	Costes ilustrativos	Efectos ilustrativos
1. Educación materna	Varía considerablemente por país	La educación materna es un factor significativo para predecir la inscripción de los niños en programas de atención y educación en la primera infancia (AEPI), hallándose la tasa de inscripción más elevada entre los niños cuyas madres tenían mayor nivel educativo. ⁶
2. Planificación del tamaño y el espaciamiento de la familia	Varía considerablemente por país	Los servicios de planificación familiar disminuyen la probabilidad de fallecimiento por causas de maternidad: el control de las decisiones relacionadas con la fertilidad, indicado por el deseo de quedar embarazada, puede tener como resultado la reducción del riesgo de mortalidad materna. ²³
3. Formación sobre estimulación temprana, crecimiento y desarrollo	US\$13 (Mauritania)- US\$1.393 (Catar) por niño y año para programas de visitas a hogares ²⁴ US\$4 (Bangladesh)- US\$10 (India) por niño y año para programas comunitarios a escala nacional ²⁵	El aumento de los conocimientos sobre paternidad lleva a una mayor estimulación en el hogar y actividades de aprendizaje para los niños (el efecto varía entre 0,32 y 0,86), y a su vez mayores resultados en cuanto a desarrollo infantil, incluido mayor desarrollo cognitivo y lingüístico (el efecto varía entre 0,32 y 0,97). ²⁶
4. Programas de transferencia de asistencia social	US\$156-432 por hogar y año para programas de CCT con componente nutricional (Latinoamérica) ²⁷	Las ayudas específicas a los ingresos mediante transferencias monetarias condicionadas pueden reducir la pobreza, incrementar el consumo de alimentos en los hogares y la diversidad en la dieta, ²⁸ producir mayores tasas de asistencia a la escuela, registro de nacimientos, acceso a los servicios sanitarios y preocupación de los padres por la salud y educación de sus hijos; se ha descubierto también que reducen el trabajo infantil y la violencia doméstica. ²⁹
5. Prevención y tratamiento de la depresión de los padres	Varía considerablemente por país	Las intervenciones comunitarias con paraprofesionales pueden reducir los síntomas depresivos (el efecto varía entre 0,21 y 0,62), mejorar la sensibilidad materna y el apego del niño, la salud del niño y el tiempo dedicado a jugar con los niños. ¹⁵
6. Permiso parental y guardería	Varía considerablemente por país	El permiso parental de 10 semanas se relaciona con una reducción de los índices de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad de niños de menos de cinco años ³⁰ ; la prestación de servicios de guardería subvencionados por el Estado se relaciona con mayores tasas de participación de las mujeres en el mercado laboral y menor desigualdad de género. ¹⁷
7. Servicios de protección al menor	Varía considerablemente por país	Las intervenciones de prevención de la violencia pueden reducir las reacciones de estrés en los niños de corta edad (el efecto varía entre 0,56 y 0,91); mejorar el entorno institucional del acogimiento residencial a cargo de grupos no parentales puede reportar beneficios significativos respecto a la competencia cognitiva y socioemocional del niño. ¹⁵
8. Acceso a la atención sanitaria	Varía considerablemente por país	El acceso a la atención sanitaria y a un seguro de salud que cubra los servicios básicos afecta de modo positivo a la salud y el estado nutricional de los niños. ³¹
9. Suplementación de micronutrientes y enriquecimiento	US\$0,20 por persona y año para enriquecimiento de la harina con hierro, ácido fólico y zinc ³² ; US\$1,20 por niño y año para suplementación de vitamina A ³³ ; US\$0,05 por persona y año para yodación de la sal ^{20 b}	La suplementación de micronutrientes para mujeres embarazadas puede reducir el riesgo de tener bebés con bajo peso al nacer en un 88% y los nacimientos prematuros en un 97% ³⁴ ; la suplementación de vitamina A puede reducir el riesgo de mortalidad infantil (de 6 a 59 meses) un 24%; ²⁰ los niños cuyas madres han consumido sal yodada pueden tener índices de desarrollo un 10-20% superiores y mayor peso al nacer (3,82-6,3) ³⁸ ; la suplementación de yodo para madres gestantes puede reducir el riesgo de cretinismo (desarrollo físico y mental gravemente atrofiado) a los 4 años un 27%. ³⁸
10. Acceso a agua segura	US\$2 por hogar y mes para intervenciones rurales relacionadas con el agua en África y Asia ²² - US\$20-80 por hogar para redes de conducción de agua. ³⁵	En Latinoamérica y África, la mejora de la calidad del agua puede reducir un 60% el riesgo de diarrea en niños de menos de 5 años. ³⁶
11. Saneamiento adecuado	US\$3-5 por persona para programas de saneamiento a escala comunitaria; US\$20-50 para retretes comunitarios- US\$100-200 por hogar y año para sistemas de alcantarillado con tratamiento (Sudeste de Asia) ²²	Un saneamiento adecuado puede reducir la defecación al aire libre un 20% y está relacionado con un incremento de la desviación estándar de 0,1 en la altura de los niños. ³⁷
12. Higiene y lavado de manos	Coste adicional insignificante si se incluye en los programas de nutrición comunitarios	La higiene y el lavado de manos pueden reducir la incidencia de diarrea entre un 30% y un 47%. ^{38,40}

b Estos costos ilustrativos están basados en la experiencia en Asia meridional, Asia oriental y el Pacífico, y África.

Paquete de embarazo

Desde la concepción al nacimiento

Principales beneficios: prevención de la mortalidad materna y neonatal, riesgo reducido de anemia y bajo peso al nacer

Si no se les proporciona un paquete prenatal de servicios esenciales durante el embarazo, las mujeres y sus recién nacidos se enfrentan a graves riesgos, entre ellos la mortalidad materna y neonatal, la anemia y el bajo peso al nacer, así como el impacto asociado sobre el crecimiento y desarrollo futuros del niño. El paquete de embarazo consta de una serie de servicios clave.

13. Atención prenatal: Las consultas prenatales ofrecen a los prestadores de asistencia sanitaria la oportunidad de distribuir un paquete de servicios que incluye pruebas de detección, asesoramiento sobre reducción de la carga de trabajo, tratamiento de las complicaciones identificadas y charlas sobre cambios de comportamiento para incrementar las habilidades de las mujeres a la hora de identificar las señales de peligro y las complicaciones potenciales. UNICEF y la OMS recomiendan realizar un mínimo de cuatro consultas prenatales durante el embarazo. La educación parental para madres gestantes es también importante para proporcionar a las futuras madres habilidades parentales clave con el fin de mejorar el estado de los recién nacidos.

14. Suplementación de hierro y ácido fólico para madres gestantes: Casi un cuarto de las muertes

maternas está causado por hemorragias, que guardan una relación estrecha con la anemia durante el embarazo.⁴³ La suplementación de hierro y ácido fólico para mujeres embarazadas puede reducir la anemia así como el riesgo de bebés con bajo peso al nacer.

15. Asesoramiento sobre dietas adecuadas para madres gestantes:

La desnutrición durante el embarazo puede afectar al crecimiento y desarrollo fetal. Se calcula que unas 800.000 muertes de recién nacidos cada año pueden atribuirse al riesgo incrementado asociado a la restricción del desarrollo fetal.⁴⁴ Asesorar a las mujeres sobre dietas y estilos de vida sanos durante el embarazo puede ayudar a asegurar que tengan una dieta adecuada, incluyendo alimentos ricos en nutrientes.



Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios:

La suplementación de hierro para madres gestantes tiene un coste de US\$66 (Subregión Africana con mortalidad de adultos muy elevada y mortalidad infantil elevada) – US\$115 (Subregión del Sudeste de Asia con índices elevados de mortalidad infantil y de adultos) por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) ahorrados.⁴⁵

Intervención	Costes ilustrativos	Efectos ilustrativos
13. Atención prenatal	US\$6,70–7,34 por embarazo (Uganda) ⁴¹	Las consultas prenatales reducen el riesgo de muerte materna y neonatal. ²¹
14. Suplementación de hierro y ácido fólico para madres gestantes	US\$3,00 (Indonesia, Kenia y México) por embarazo ²³	El aporte de hierro y ácido fólico a las madres gestantes puede producir una ganancia de 58 g en el peso al nacer y reducir un 21% el riesgo de anemia a término. ³⁸
15. Asesoramiento sobre dietas adecuadas para madres gestantes	Varía considerablemente por país	El asesoramiento sobre la dieta adecuada para las madres gestantes reduce el riesgo de bajo peso al nacer y partos de bebés muertos. ³⁸

Paquete de nacimiento

Desde el nacimiento hasta los 6 meses



**Principales beneficios:
prevención de la
morbimortalidad
infantil y la
mortalidad
materna**

El paquete de nacimiento cubre la primera fase posnatal crítica de la “ventana de oportunidad” en el DPI, es decir, desde el nacimiento hasta los seis meses. En caso de no proporcionarse este paquete, los recién nacidos y sus madres pueden enfrentarse

a mayores riesgos de morbimortalidad. Más allá de la supervivencia, es necesario garantizar un crecimiento y desarrollo óptimos. El paquete de nacimiento consiste en tres conjuntos principales de actividades.

16. Asistencia cualificada en el parto: La mayoría de las causas directas de mortalidad infantil relacionada con complicaciones obstétricas pueden abordarse si

se encuentra presente personal sanitario cualificado durante el parto y se dispone de centros de derivación equipados para la asistencia obstétrica de urgencia de calidad. En un parto asistido por personal cualificado pueden abordarse los riesgos de defectos congénitos y mortalidad materna.

17. Registro del nacimiento: En todo el mundo, hasta uno de cada tres niños de menos de cinco años de edad está actualmente sin registrar.⁴⁶ El registro al nacer es un primer paso para que los niños puedan recibir los servicios que necesitan para su pleno desarrollo. Es necesario generalmente alguna forma de registro del nacimiento para los niños a fin de obtener un certificado de nacimiento y acceso a servicios, protección y oportunidades a lo largo de su vida.

18. Lactancia materna en exclusiva: Tras el inicio de la lactancia en la primera hora después del nacimiento, la lactancia materna en exclusiva durante los primeros seis meses contribuye a la salud y el desarrollo del niño a corto y a largo plazo al proporcionarle grandes aportes nutricionales y fomenta una interacción socioemocional positiva entre madre e hijo,⁵² y evita asimismo las enfermedades causadas por el contacto con alimentos o agua contaminados. La promoción de la lactancia materna en exclusiva es una de las intervenciones más prometedoras para mejorar la supervivencia infantil en los primeros seis meses de vida.

Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios:

En el Sur de Asia y el África Subsahariana, un paquete de servicios de salud materna y neonatal cuesta de US\$3.337 a US\$6.129 por fallecimiento evitado y US\$92-US\$148 por AVAD evitado.⁴⁸ Los programas de promoción de la lactancia materna cuestan US\$527- US\$2.000 por AVAD.⁵²

Intervención	Costes ilustrativos	Efectos ilustrativos
16. Asistencia cualificada en el parto	Los costes de la asistencia en el parto pueden variar considerablemente de un país a otro; US\$1,67 por equipos limpios para recién nacidos para 1 mujer ⁴⁵	Las prácticas de parto limpias pueden prevenir infecciones (que representan aproximadamente el 35% de las muertes de recién nacidos). La asistencia en el parto institucional o cualificada puede prevenir la asfixia (que causa el 23% de las muertes de neonatos). ²¹
17. Registro del nacimiento	US\$0,23 (Tanzania) - US\$0,83 (India) por cada caso de registro civil ⁴²	El registro del nacimiento protege el derecho de los niños a la identidad y el acceso a servicios, entre ellos el acceso a inmunizaciones y atención sanitaria, educación y asistencia social. La identificación puede salvaguardar los derechos de los niños y ayudar a protegerlos frente a la violación de sus derechos, como puede ser el trabajo infantil o el matrimonio temprano. ⁴³
18. Lactancia materna en exclusiva	US\$0 por lactancia materna; US\$0,30-0,40 por nacimiento para promover la lactancia materna ²⁰	Los niños que son alimentados con lactancia materna tienen una probabilidad seis veces más alta de sobrevivir, seis veces más baja de morir por diarrea y 2,4 veces más baja de morir por infecciones respiratorias agudas en los primeros seis meses; ⁴⁴ la lactancia materna se relaciona también con mayores índices de inteligencia (diferencia media: 4,0 puntos). ⁴⁵

Paquete de salud y desarrollo infantil

Desde el nacimiento hasta los 5-6 años

Principales beneficios: prevención de la mortalidad infantil, menor riesgo de retraso en el crecimiento y anemia, mejora del desarrollo cognitivo

El tercer paquete de servicios de DPI cubre el periodo desde el nacimiento hasta los 5 o 6 años. Los principales riesgos de no proporcionar servicios esenciales durante este periodo son retraso en el crecimiento, anemia, daños al desarrollo cognitivo y mortalidad infantil. Este paquete consiste en seis intervenciones o servicios principales.

19. Inmunizaciones: Desde el momento del nacimiento, es esencial recibir un tratamiento completo de vacunas infantiles para reducir la morbimortalidad infantil. Según la OMS, incrementar la cobertura mediante las vacunas PCV, Rota y Hib podría haber impedido 1,5 millones de muertes de niños de menos de 5 años en 2002.⁵⁴ Según el Consenso de Copenhague, la generalización de la vacunación infantil es una de las diez inversiones más productivas que pueden hacer los países.

20. Dieta adecuada, nutritiva y segura: Tras seis meses de lactancia materna en exclusiva, las madres deben continuar dando el pecho durante 24 meses y al mismo tiempo proporcionar alimentos complementarios en las cantidades y con la frecuencia y consistencia adecuadas a la edad y con una variedad de alimentos preparados de forma segura. Es importante seguir prácticas de alimentación interactiva, al igual que una alimentación adecuada durante y después de alguna enfermedad. Pasados los dos años, los niños de corta edad siguen necesitando dietas adecuadas, nutritivas y seguras. La desnutrición conduce a la debilitación de los sistemas inmunitarios de los bebés y los niños de corta edad, incrementando el riesgo de que contraigan enfermedades prevenibles como la neumonía o la diarrea. Casi una quinta parte de las muertes de menores de cinco años podrían prevenirse con alimentación óptima.²¹

21. Suplementación terapéutica de zinc para la diarrea: Aproximadamente 1,5 millones de niños

mueren cada año en el mundo en desarrollo por diarrea. La suplementación terapéutica de zinc puede reducir las muertes por diarrea casi en un cuarto.²²

22. Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda:

Entre las intervenciones de eficacia demostrada se encuentra la alimentación complementaria y terapéutica para proporcionar alimentos enriquecidos con micronutrientes y/o alimentos complementarios mejorados para la prevención y el tratamiento de la desnutrición moderada entre niños de 6 a 23 meses de edad, y la gestión comunitaria de la desnutrición aguda grave entre niños de menos de cinco años. La gestión comunitaria de la desnutrición aguda incluye (a) asistencia hospitalaria para niños con desnutrición aguda grave con complicaciones médicas y niños de menos de seis meses de edad con signos visibles de desnutrición aguda grave, (b) asistencia ambulatoria para niños con desnutrición aguda grave con complicaciones médicas y (c) divulgación a nivel de las comunidades.⁴³

23. Tratamiento vermífugo: Las infecciones por parásitos intestinales suponen un estado crónico que afecta a la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños, y como consecuencia, limita su capacidad de acceder a la educación y beneficiarse de ella. Los parásitos intestinales pueden hacer que los niños padezcan anemia y desnutrición y pueden perjudicar su desarrollo mental y físico.⁵⁹ El tratamiento vermífugo es sencillo, seguro, barato, y tiene efectos beneficiosos sobre los resultados educativos.



Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios:

Las inmunizaciones pueden tener una relación costo-beneficio de hasta 20:1.⁵³ La suplementación de zinc para el tratamiento de la diarrea puede costar US\$73 (Tanzania) por AVAD ahorrados.⁵⁵ Las estimaciones procedentes de regiones de África, Asia Oriental y Pacífico y Sur de Asia indican que la alimentación óptima puede costar de US\$500 a US\$1.000 por AVAD ahorrado⁴² y el tratamiento vermífugo puede tener una relación costo-beneficio de hasta 6:1.²⁰

Intervención	Costes ilustrativos	Efectos ilustrativos
19. Inmunizaciones	US\$30 (países de bajos ingresos) por cada nacido vivo ⁵⁰	La inmunización reduce la morbilidad infantil. ⁵³
20. Dieta adecuada, nutritiva y segura	US\$40-80 por niño y año ⁴²	Las prácticas de alimentación óptimas pueden reducir el retraso en el crecimiento (puntuación Z, i.e., altura para la edad) desde un 0,25 (sin suplementos alimenticios/transferencias de efectivo) hasta un 0,41 (con suplementos alimenticios/transferencias de efectivo) ⁵⁷
21. Suplementación terapéutica de zinc para la diarrea	US\$1 (India) por niño y año ⁵⁹	La suplementación terapéutica de zinc puede reducir los episodios de diarrea un 14% y los de diarrea grave o disentería un 15% ; reducir un 25% los episodios de diarrea persistente; y un 9% el riesgo de mortalidad. ²⁰
22. Prevención y tratamiento de la desnutrición aguda	US\$200 por niño y tratamiento de desnutrición aguda grave siguiendo un enfoque comunitario ⁴²	El tratamiento de la desnutrición aguda se relaciona con una reducción de la mortalidad del 55%. ⁵²
23. Tratamiento vermífugo	US\$0,25 (países en desarrollo globalmente) por niño/año ⁵³	El tratamiento vermífugo se relaciona con una reducción del 5-10% de la incidencia de anemia en poblaciones con tasas elevadas de parásitos intestinales; una dosis de antiparasitarios puede incrementar el peso en 0,58 kg. ³⁸

Paquete de educación preescolar

De tres a seis años

Principal beneficio: aprendizaje temprano

El cuarto paquete de servicios de DPI cubre el periodo desde los 3 a los 6 años. Un amplio abanico de pruebas ha demostrado que la calidad de la experiencia de aprendizaje temprano de un niño marca una diferencia notable en cuanto a su preparación, participación, terminación y logro en la escuela. Sin una educación adecuada en la primera infancia, los niños de corta edad no tienen las habilidades necesarias para beneficiarse plenamente de la educación que reciben en la etapa de primaria. El paquete de educación preescolar consiste en dos intervenciones principales.

24. Educación preprimaria: Los niños de corta edad necesitan acceso sostenido a ambientes protectores y educativos que ofrezcan un alto nivel de estimulación cognitiva y atención emocional durante los primeros años.⁶¹ En comparación con los niños que asisten a programas parvularios, aquellos que ingresan en la escuela sin una preparación adecuada son más propensos a tener malos resultados académicos, repetir cursos y abandonar la escuela.^{62,63,64,65} Más allá del acceso, la calidad en la educación preescolar es también fundamental. Los niños sólo se beneficiarán de un mayor acceso a la AEPI (atención y educación en la primera infancia) si los servicios que se prestan cumplen los estándares esenciales de calidad. El recuadro 1 define la calidad en la AEPI.⁶¹ Los programas de educación preprimaria de calidad están ligados a beneficios durante toda la vida para las personas y la sociedad en general. Reducen la necesidad de educación de refuerzo o acciones de rehabilitación posteriormente, incluso por lo que se refiere al riesgo de encarcelamiento y la mejora del bienestar en la etapa adulta.⁶⁶

25. Continuidad con la educación primaria: Durante el periodo de tiempo en que los niños pasan del entorno hogareño o un programa de primera infancia a la escuela primaria, experimentan cambios que exigen mucho de ellos.^{67,68} Para que la transición sea suave, los niños

necesitan estar preparados para la escuela y, lo que es igualmente importante, las escuelas deben estar preparadas para los niños.^{69,70} La experiencia sugiere que el fracaso del primer año o los dos primeros años de escuela a la hora de establecer competencias básicas en lectura y escritura produce efectos prolongados durante la progresión del niño a través del sistema educativo.⁷¹ Los niños de corta edad deben poseer las destrezas escolares necesarias —salud física y bienestar, competencia social, madurez emocional, desarrollo lingüístico y cognitivo, habilidades comunicativas y conocimientos generales— para poder aprender eficazmente en la escuela.⁷² Garantizar la continuidad entre la primera infancia y los años de educación primaria es importante para contrarrestar el desvanecimiento potencial del impacto de las escuelas preescolares en la escuela primaria. La mejora de la calidad en los primeros cursos de primaria (integrando AEPI/experiencias de educación primaria temprana, formación de profesores sobre estrategias en clase para niños de corta edad, clases de menor tamaño, etc.) puede mejorar los resultados del aprendizaje, la asistencia a la escuela, las tasas de aprobados y promociones y reducir los índices de abandono escolar y repetición.⁷³ La existencia de profesores experimentados, con buena formación y de gran calidad en los primeros cursos de la escuela primaria puede ayudar a salvar las brechas de competencia a las que quizá se enfrenten los niños de corta edad.^{73, 74}



RECUADRO 1: Definición de la atención y educación en la primera infancia (AEPI) de calidad

La UNESCO define la calidad del entorno de aprendizaje de la AEPI así como el sistema regulador que lo engloba. La calidad en el entorno de aprendizaje incluye diversos aspectos tales como el tono y el contenido de las interacciones profesor-niño, el abanico de materiales de juego disponible, la seguridad y la atmósfera del espacio físico, la atención prestada a la salud y la nutrición, los métodos de aprendizaje centrados en el niño y el nivel de compromiso de los padres. Además del entorno de aprendizaje propiamente dicho, las políticas y normativas referentes a las proporciones de niños por adulto, el tamaño de las clases o los grupos, las cualificaciones y la formación del profesorado, la educación integradora y la financiación de la AEPI son también cuestiones ligadas a la calidad de la AEPI.

Adaptado de UNESCO (2014)

Invertir en los niños de corta edad reporta grandes beneficios:

Aumentar la matriculación en la educación preescolar hasta el 50% de todos los niños en los países de ingresos bajos y medios podría producir un incremento de ganancias a lo largo de la vida de entre US\$14 y US\$34 mil millones.³¹ Los programas de DPI de gran calidad dirigidos a los grupos vulnerables en Estados Unidos tienen una tasa de rendimiento anual del 7-16%.^{75,76}

Intervención	Costes ilustrativos	Efectos ilustrativos
24. Educación preprimaria	Desde US\$58 (Mauritania) hasta US\$3.482 (Catar) por niño y año para AEPI destinado a niños de 3 a 5 años ²⁸	Los programas de educación infantil temprana de calidad incrementan las puntuaciones de desarrollo del niño en uno o más indicadores del desarrollo infantil (alfabetismo, vocabulario, matemáticas, razonamiento cuantitativo) con una variación del valor del efecto de 0,13 a 1,68. La educación preescolar se relaciona con un mejor rendimiento escolar en el segundo y el tercer curso y sus efectos pueden ser aún mayores en la adolescencia. ³⁰
25. Continuidad con la educación primaria	Varía considerablemente por país	La mejora de la calidad en los primeros cursos de primaria (integrando AEPI/experiencias de educación primaria temprana, formación de profesores sobre estrategias en clase para niños de corta edad, clases de menor tamaño, etc.) puede mejorar los resultados del aprendizaje, la asistencia a la escuela, las tasas de aprobados y promociones así como reducir los índices de abandono escolar y repetición. ⁷²

Resumen de los paquetes integrados

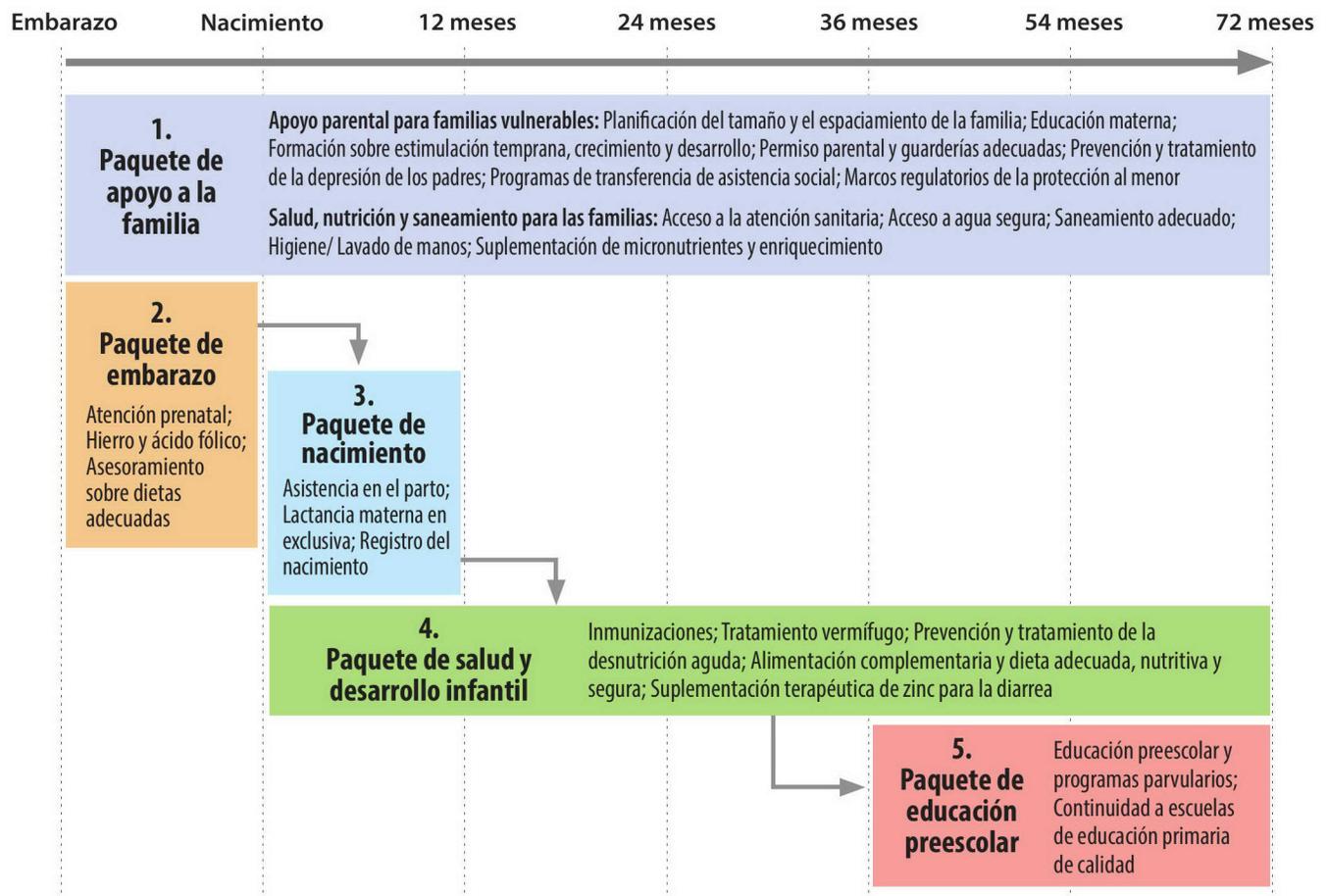
25 intervenciones clave

El desarrollo en la primera infancia es un proceso multidimensional y secuencial, en el que el progreso en un campo actúa de catalizador para el desarrollo en otros. Aunque el desarrollo en los cuatro campos interrelacionados del desarrollo físico, cognitivo, socioemocional y lingüístico es acumulativo a lo largo de la primera infancia, algunas intervenciones son críticas durante subperiodos de edad o ventanas de oportunidad específicos.

Los cinco paquetes anteriormente expuestos combinan un total de 25 intervenciones esenciales durante subperiodos de edad específicos así como

a lo largo de los primeros años de vida del niño que reportan grandes beneficios y generan efectos positivos en el crecimiento y desarrollo del niño. La capacidad de los países para poner en práctica la totalidad de las 25 intervenciones variará, pero idealmente —a fin de abordar las necesidades de los niños de corta edad y sus familias— un sistema de DPI bien desarrollado debería combinar estas 25 intervenciones, que requieren la contribución de múltiples sectores. La Figura 2 muestra cómo los cinco paquetes de intervenciones y servicios esenciales deben proporcionarse en diferentes etapas de la vida de un niño.

FIGURA 2: Cinco paquetes de intervenciones esenciales para los niños de corta edad y sus familias



Principios clave de las políticas de DPI

Aunque estas intervenciones pueden ser llevadas a cabo por sectores individuales, reunir en un solo paquete varias intervenciones puede ser a menudo más eficaz y su impacto puede ser mayor. Los puntos de acceso para influir en el desarrollo de los niños de corta edad son diversos e implican a muchas partes interesadas. Las intervenciones en una diversidad de sectores y áreas afectan a los resultados de DPI, como son: la atención sanitaria y la higiene, la nutrición, la educación, la protección al menor, la protección social y la mitigación de la pobreza. Estos programas pueden estar dirigidos a las mujeres embarazadas, los niños, los cuidadores o la familia en su conjunto. Además, las intervenciones pueden tener lugar en diversos entornos, entre ellos: el hogar, un centro de educación preescolar o guardería, un hospital o puesto de salud o un centro comunitario.

Dadas las necesidades holísticas de los niños de corta edad y la diversidad de escenarios y servicios en los que puede darse respuesta a estas necesidades, pensar de forma multisectorial en el diseño de las políticas y coordinar las intervenciones entre los diferentes sectores mejora la prestación de los servicios. La siguiente sección de este documento esboza cuatro principios clave que pueden ayudar a los países a diseñar e implementar políticas y programas sólidos en materia de DPI. Los países deben (1) elaborar un diagnóstico y una estrategia multisectoriales sobre DPI; (2) poner ésta en práctica ampliamente mediante coordinación; (3) crear sinergias y ahorrar costes mediante intervenciones integradas; y por último (4) efectuar un seguimiento, evaluar y aplicar a mayor escala las intervenciones que han tenido éxito.

1º Principio

Llevar a cabo un diagnóstico sobre el DPI y establecer una estrategia global

a fin de crear sistemas de DPI de buen rendimiento, los países deben tener presentes cuatro principios normativos. El primer principio destaca la necesidad de elaborar una

estrategia de DPI desde la misma base llevando a cabo un diagnóstico de los programas y políticas de DPI existentes para identificar las posibles lagunas. Como parte del *Enfoque integral para lograr mejores resultados educativos (Systems Approach for Better Education Results (SABER))*, el Banco Mundial ha desarrollado recientemente la herramienta SABER-ECD para ayudar a los países a llevar a cabo tales diagnósticos.

La herramienta se estructura alrededor de tres objetivos: (1) *Establecer un entorno propicio*, (2) *Implementar ampliamente* y (3) *Supervisar y garantizar la calidad*. Para cada objetivo se analizan tres resortes políticos (véase el Recuadro 2), que van desde el marco jurídico para la prestación de los servicios de DPI hasta el grado en que los prestadores de servicios tales como los centros de asistencia o los centros preescolares

se adecuan a las normas a nivel nacional.⁷⁷ Sobre la base del diagnóstico del DPI y teniendo en cuenta los costes y la financiación, los países deberán priorizar las intervenciones teniendo presente tres consideraciones:

- **Comenzar pronto:** Las necesidades de los muy jóvenes tienen una importancia clave, especialmente durante los 1.000 días que transcurren desde la concepción hasta los 24 meses. Las intervenciones durante ese periodo tienen efectos a lo largo de toda la vida sobre la capacidad del niño de crecer, aprender y salir de la pobreza.
- **Abordar los factores de riesgo para un crecimiento y desarrollo deficiente:** Los cuatro factores de riesgo principales que afectan al menos a entre un 20 y un 25 por ciento de los lactantes y niños pequeños en los países en desarrollo son: (1) retraso en el crecimiento y emaciación, (2) estimulación cognitiva inadecuada, (3) deficiencia de yodo y (4) anemia ferropénica.⁷⁷ Otros factores de riesgo son la malaria, el retardo del crecimiento intrauterino, la exposición al plomo, la depresión materna y la exposición a violencia.¹⁶
- **Centrarse en los más vulnerables:** Si bien un sistema que proporcione cobertura universal para intervenciones en DPI es lo ideal, bajo restricciones presupuestarias los países deben centrarse en primer lugar en los más vulnerables.⁷⁹ Por ejemplo, los programas de visitas a hogares podrían centrarse en los hogares con niños con retraso en el crecimiento y aquellos que se encuentran en mayor riesgo de retraso en el desarrollo cognitivo.

RECUADRO 2: SABER-ECD

Herramienta de diagnóstico de políticas de DPI

El Enfoque integral para lograr mejores resultados educativos (*Systems Approach for Better Education Results (SABER)*) se puso en marcha para ayudar a los países a examinar de modo sistemático sus políticas educativas. Una de las esferas dentro de esta iniciativa es SABER-ECD (SABER - Desarrollo en la primera infancia, por sus siglas en inglés), que está diseñado para ofrecer a los países una evaluación multisectorial holística de los programas y políticas que afectan al desarrollo de los niños de corta edad. SABER-ECD presenta tres objetivos básicos: Establecer un entorno propicio, Implementar ampliamente, y Supervisar y garantizar la calidad. Para cada objetivo, basado en hechos probados a partir de evaluaciones del impacto y un ejercicio de evaluación comparativa de los sistemas de mayor rendimiento, se presenta un conjunto de resortes políticos sobre los que pueden actuar los responsables de formular políticas para fortalecer el DPI. Estos objetivos y resortes abordan la serie de problemas que generalmente constriñen los resultados del DPI y forman un paquete coherente que todos los países deben abordar para mejorar los resultados y los servicios del DPI. Desde el lanzamiento de SABER-ECD en 2010, más de 35 países han participado en la iniciativa. SABER-ECD ha permitido al personal del Banco y a los responsables de la formulación de políticas en cada uno de estos países examinar sus sistemas de DPI respectivos desde una óptica comparativa y discernir las distintas opciones políticas para fortalecer el DPI a nivel nacional y subnacional. En algunos casos, el análisis mediante SABER-ECD ha dado lugar a nuevas inversiones del Banco y el Gobierno en el sistema de DPI del país.

RECUADRO 3: Puntos de acceso múltiples para llegar a los beneficiarios del DPI

Puntos de acceso múltiples para llegar a las mujeres embarazadas, los niños y sus familias

Existe un abanico diverso de puntos de acceso para influir en el desarrollo de los niños de corta edad. Las políticas y programas existentes en diversos sectores y áreas afectan a los resultados en cuanto a nutrición, atención sanitaria e higiene, educación, protección del menor, protección social y mitigación de la pobreza en la primera infancia. Estas políticas y programas pueden estar dirigidos a las mujeres embarazadas, los niños beneficiarios, los cuidadores o la familia en su conjunto. Muchas partes interesadas y prestadores de servicios están involucrados en las 25 intervenciones clave listadas anteriormente. Además, las intervenciones sobre la primera infancia pueden tener lugar en una diversidad de entornos, entre ellos: el hogar, un centro preescolar o guardería, un puesto de salud u hospital, o un centro comunitario.

Aunque cada país puede tener su propio enfoque multisectorial y sus acuerdos institucionales y mecanismos de coordinación establecidos, es importante identificar estratégicamente los puntos de acceso existentes para la prestación de los servicios con el fin de abordar de forma sinérgica las necesidades de desarrollo de los niños de corta edad. Normalmente es posible acceder a los niños de corta edad a través de diferentes canales y, dependiendo del contexto y el grupo de edad, las intervenciones relacionadas con el DPI pueden llevarse a cabo en una serie de entornos: los programas comunitarios se centran sobre todo en los niños de 4 y 5 años de edad (justo antes de su ingreso en la escuela primaria) y pueden impartirse en aulas, centros comunitarios, establecimientos religiosos, hogares o incluso debajo de un árbol. Las intervenciones de DPI en hogares se centran en servicios prestados a las madres y los niños pequeños para promover el cambio de comportamientos en cuanto a salud, nutrición y crianza en el entorno doméstico. Las campañas de comunicación dirigidas a las familias con niños de corta edad pueden ser también estrategias efectivas para influir en el cambio de comportamientos de los padres y los cuidadores a fin de mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

Adaptado de Naudeau et al. (2011)

2º Principio

Coordinar e implementar ampliamente

Dado que el crecimiento y desarrollo infantil no puede abordarse adecuadamente mediante intervenciones en un solo sector, el marco normativo del DPI debe involucrar a múltiples ministerios y organismos. Reconociendo las necesidades holísticas de los niños de corta edad y la diversidad de escenarios y servicios en los que puede satisfacerse dichas necesidades, pensar de forma multisectorial en el diseño de las políticas y coordinar las intervenciones entre las partes interesadas es de importancia clave para garantizar una prestación eficaz y global de los servicios relacionados con el DPI. La coordinación debe mantenerse tanto horizontalmente entre los diferentes sectores como verticalmente entre el Gobierno central y las autoridades locales.

Normalmente, un ministerio de salud puede ser el responsable de los primeros años de vida y un ministerio de educación puede asumir el rol correspondiente desde la educación preescolar hasta la educación básica. Los acuerdos institucionales pueden variar, pero cada país debe adoptar un enfoque pragmático para trabajar mediante los

puntos de acceso existentes.

Establecer funciones y responsabilidades claras es esencial para evitar ineficacias y duplicidades.

El modo más eficaz de lograr la coordinación intersectorial es tener un enfoque contextualizado y específico de cada país conforme a los acuerdos institucionales existentes. Si bien no

existe un enfoque uniforme de la coordinación, es esencial

disponer de mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones claramente definidos. La comisión intersectorial sobre DPI en Jamaica ilustra el



modo en que pueden funcionar los mecanismos de coordinación (véase el Recuadro 4).

Si bien los ministerios de educación o salud suelen ser los encargados de coordinar las políticas de DPI, otros organismos también pueden desempeñar un papel director y coordinador. Por ejemplo, los programas integrados pueden estar dirigidos por los organismos de protección social enfocados en las familias vulnerables. Los programas de asistencia social como las transferencias monetarias condicionadas pueden

desempeñar una función de puente extraordinaria entre sectores. Estos programas no solo ofrecen apoyo a la renta a las familias desfavorecidas sino que también les dan la posibilidad de romper el círculo vicioso de la pobreza y las carencias al mejorar la salud, la educación y el desarrollo de sus hijos. Un ejemplo de este enfoque es el Programa Juntos (véase el Recuadro 5) en Perú que ofrece a las familias vulnerables un paquete de servicios multisectoriales que ha reducido la desnutrición infantil.⁸⁰

RECUADRO 4: Coordinación en materia de primera infancia en Jamaica

Acuerdos institucionales multisectoriales para el DPI

En 2003, el Gobierno de Jamaica estableció la Comisión de Primera Infancia (ECC, por sus siglas en inglés) como un organismo oficial encargado de gestionar la administración de los programas y las políticas relativos al DPI. La ECC, en dependencia del Ministerio de Educación, asiste en la preparación, supervisión y evaluación de los planes y programas de DPI. Actúa como organismo coordinador para racionalizar las actividades de DPI, gestiona el presupuesto nacional de DPI, y supervisa y regula las instituciones encargadas de la primera infancia. La ECC es supervisada por una junta de comisionados, y opera con siete subcomités que representan a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Todos los sectores pertinentes, entre ellos educación, salud, administración local y desarrollo comunitario, trabajo, finanzas, protección y planificación están representados mediante un representante respectivo que lleva a cabo su función en la Junta de Comisionados. Los siete subcomités que proporcionan apoyo técnico a la Junta de la ECC están compuestos por 50 organismos gubernamentales y no gubernamentales.

RECUADRO 5: Coordinación de intervenciones específicas en Perú

El papel catalizador del sector de protección social en DPI

Los organismos de protección social pueden ayudar a coordinar las intervenciones específicas para niños vulnerables y sus familias. En Perú, el programa Juntos, lanzado en 2005, llega en la actualidad a más de medio millón de familias desfavorecidas. El programa proporciona transferencias monetarias condicionadas por valor de US\$38 al mes (15 por ciento del consumo doméstico) a las madres para ayudarles a acceder a los servicios de salud, nutrición y educación. Se espera que las madres gestantes y lactantes acudan a consultas médicas prenatales y tras el parto (vacunación del tétanos, suplementación de ácido fólico y hierro, y controles antiparasitarios), y cuenten con asistencia en el parto. Las familias con hijos de menos de cinco años deben someterse a revisiones periódicas para controlar su crecimiento, recibir alimentos complementarios enriquecidos y suplementos de vitaminas, vacunas y tratamientos vermífugos. Una evaluación realizada sugiere que el programa ha mejorado el estado nutricional de los niños.⁷⁰ Parte del éxito de Juntos se ha atribuido al Grupo Apurímac, un grupo de trabajo interinstitucional que coordina la distribución de las transferencias y el paquete de servicios de salud y nutrición.

3° Principio

Integrar los servicios para lograr sinergias y ahorrar costes

A fin de garantizar la distribución a las familias del paquete de intervenciones en DPI adecuado, es importante aprovechar cada contacto con las madres y los niños de corta edad, y desarrollar sinergias entre los diversos tipos de intervenciones. Las intervenciones en DPI integradas que abordan las múltiples necesidades de los niños de corta edad son susceptibles de dar los mejores resultados.¹³ Por ejemplo, los beneficios cognitivos tienden a ser mayores con las intervenciones que combinan estimulación o componentes de aprendizaje comparado con las intervenciones solo educativas o de ayuda económica.⁸¹ En Jamaica, los niños con retraso en el crecimiento que recibieron suplementos nutricionales y estimulación psicosocial obtuvieron puntuaciones más elevadas en las pruebas de desarrollo que los niños que solo recibieron uno de estos componentes o ninguno de ellos.⁸² Si bien el efecto positivo de la intervención sólo nutricional se desvaneció después de los 7 años, los niños que recibieron tanto estimulación como nutrición mantuvieron los beneficios cognitivos y educativos a lo largo del tiempo.¹³ Recuadro 6 describe el enfoque de “Atención para el desarrollo infantil” de los servicios de DPI integrados que ha adoptado la OMS y UNICEF.

Las intervenciones en DPI se hallan entre las inversiones más rentables que puede hacer un país en su población. La experiencia sugiere que muchas de estas intervenciones tienen elevadas tasas de rendimiento anual, a menudo del orden del 7% al 16%.^{75,76} Las

inversiones en DPI de calidad no solo tienen una elevada relación costo-beneficio, sino que también tienen una tasa de rendimiento mayor que las intervenciones dirigidas a niños de más edad y adultos.^{83,84} Sin embargo, las inversiones en DPI siguen siendo limitadas en la actualidad. La OCDE sugiere que los países deberían gastar al menos un uno por ciento de su PIB en DPI para garantizar servicios de calidad, pero la mayoría de los países se quedan cortos.

En un contexto de presupuestos ajustados, los servicios integrados o conjuntos pueden ayudar a reducir el coste unitario de la prestación de servicios, entre otras cosas reduciendo los costes de tiempo y desplazamiento que se necesitan para llegar hasta los beneficiarios.⁷⁹ Las sinergias mediante la prestación integrada de servicios son especialmente importantes en contextos en que es difícil acceder a las madres y los niños de corta edad, por ejemplo debido a que viven en zonas alejadas.



RECUADRO 6: Enfoque “Atención para el desarrollo infantil”

Esfuerzos coordinados para abordar la salud, la educación y la nutrición

El enfoque “Atención para el desarrollo infantil” (CCD, por sus siglas en inglés) considera que las atenciones médicas a niños de corta edad y mujeres ofrecen la oportunidad de fortalecer los esfuerzos de las familias por ayudar al crecimiento de sus hijos. El paquete CCD ofrece orientación a los trabajadores sanitarios, a otros asesores y a los prestadores de servicios comunitarios sobre la manera en que pueden ayudar a los padres y a otros cuidadores a atender a sus hijos en casa. El paquete CCD proporciona recomendaciones sencillas que los trabajadores sanitarios pueden compartir con las familias, por ejemplo sobre: 1) cómo mejorar las actividades de juego, comunicación y alimentación interactiva que estimulan el aprendizaje de sus hijos y 2) cómo ser sensibles a las necesidades de los niños y responder de manera apropiada. Se ofrece también consejo sobre cómo proporcionar apoyo social específico a las familias vulnerables para ayudarles a solucionar los problemas relacionados con el cuidado de los niños pequeños. Se dispone también de materiales de sensibilización y orientación sobre supervisión y evaluación. Una evaluación de la implementación del módulo CCD de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Asia Central indicó puntuaciones de desarrollo superiores entre los niños de los distritos en los que se intervino en comparación con los de control. También se observaron mejoras en las actividades de los padres con sus hijos y en las recomendaciones de los trabajadores sanitarios. Además, dos estudios evaluaron el módulo CCD e identificaron efectos sustanciales sobre la estimulación en casa y el desarrollo infantil. Los programas de crianza más efectivos contaron con un programa de actividades bien desarrollado, formación adecuada de los trabajadores, un equilibrio entre componentes de salud, nutrición y desarrollo infantil temprano, y se beneficiaron de apoyo comunitario y gubernamental (local o nacional).²

4° Principio

Supervisar, evaluar e incrementar



Los sistemas de supervisión y evaluación (S&E) globales ayudan a hacer el seguimiento de las inversiones en DPI y evaluar su rendimiento, sirviendo por lo tanto de base para una gestión de los programas y formulación de políticas eficaz. La recopilación de datos de calidad en los diferentes sectores sobre las necesidades de los niños de corta edad, su acceso a los servicios de DPI, la prestación

y el rendimiento de dichos servicios, y los resultados de las inversiones en DPI proporciona valiosa información a los gestores de los programas y los responsables de la formulación de políticas a la hora de ajustar y adaptar tales políticas y programas.

Los sistemas de supervisión deben incluir datos procedentes de múltiples fuentes. Las encuestas sobre hogares y niños son necesarias para evaluar el bienestar global de los niños de corta edad, su entorno doméstico y su desarrollo nutricional, cognitivo y de salud. Deben compilarse también

datos administrativos nacionales sobre los niveles de prestación de los servicios y sus costes unitarios, idealmente en relación con los diversos grupos de población. Se necesita información sobre el volumen y la asignación de fondos públicos, la contratación y formación de personal, así como la calidad y el cumplimiento de las normas. Los sistemas integrados que hacen un seguimiento de los niños vulnerables son especialmente útiles para que la focalización, las derivaciones y el control realizado sean eficaces. El programa *Chile Crece Contigo* es un ejemplo de sistema de supervisión y derivación global que hace un seguimiento de cada niño del país y facilita la prestación de servicios específicos en materia de salud, nutrición, educación y apoyo familiar a las familias vulnerables (véase el Recuadro 7).

Además de la supervisión, las evaluaciones pueden proporcionar una valoración objetiva de un proyecto, programa o política.⁸⁵ Las evaluaciones pueden abordar generalmente tres tipos de preguntas: descriptivas, normativas y de causa y efecto.⁸⁶ Las preguntas descriptivas evalúan los procesos y son útiles para identificar aspectos susceptibles de mejora en el diseño de los programas. Las preguntas normativas evalúan la implementación, determinando si se ha cumplido los objetivos de aportación, actividad y rendimiento. Tanto las evaluaciones normativas como descriptivas pueden tener en cuenta variables tales como las proporciones niños/adultos, la intensidad de los programas, la formación de los cuidadores, el plan

RECUADRO 7: El Sistema nacional de vigilancia y derivación en Chile

Chile Crece Contigo (CCC) es un sistema de protección al menor de carácter global para asegurar apoyo intersectorial a los niños de 0 a 4 años. Un componente innovador de CCC es el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial que hace un seguimiento del desarrollo individual de los niños con un sistema de monitoreo en línea que sigue a cada niño a través del sistema CCC. El sistema sigue la trayectoria de la idoneidad del niño para recibir cada servicio, así como los resultados de su desarrollo. Permite a los prestadores de servicios y los responsables de la formulación de políticas controlar las prestaciones y evaluar los efectos de los programas. El seguimiento empieza durante la revisión prenatal inicial de la madre, momento en que se crea para el niño una tabla de puntuación individual. Cada uno de los actores primarios dentro de la red de servicios de CCC —incluida la unidad de apoyo a la familia, el sistema de salud pública, el sistema de educación pública y otros servicios sociales— tienen acceso al archivo del niño y deben actualizarlo a medida que el niño progresa a través de los diferentes servicios de DPI. En caso de existir un riesgo de vulnerabilidad, como puede ser nutrición inadecuada, el sistema identifica el servicio requerido para abordar tal riesgo. Mediante el enfoque integrado de la prestación de servicios y la gestión de la información, los servicios se prestan de forma eficaz y oportuna en función de las necesidades de cada niño.

de estudios, o las interacciones cuidador-niño, para recomendar mejoras en la calidad del diseño de los programas de DPI y su implementación.² Por último, las preguntas de causa y efecto pueden responderse mediante evaluaciones de impacto, que determinan cómo repercute una intervención de DPI concreta en los resultados. Las evaluaciones de impacto son especialmente útiles cuando se está desarrollando un modelo (o diseños alternativos) y necesita evaluarse en cuanto a su rentabilidad o su relación costo-beneficio.

Los datos sugieren que los beneficios de las intervenciones en DPI pueden ser considerables, pero si los programas no son de gran calidad, los beneficios pueden ser insignificantes y los programas pueden ser incluso perjudiciales. Los sistemas de supervisión y evaluación sólidos basados en la recopilación y el análisis regulares de datos de gran calidad son especialmente importantes tanto para

hacer un seguimiento de la calidad de los programas como para disponer de datos en los que basar la escalabilidad potencial de los programas. Los datos sobre resultados de los programas y las evaluaciones de impacto ayudan a entender lo que funciona y por lo tanto lo que debería intensificarse. Este análisis de resultados es especialmente útil cuando se combina con los análisis de rentabilidad y relación costo-beneficio correspondientes. Por ejemplo, los sistemas de supervisión y evaluación en muchos programas CCT han desempeñado un importante papel a la hora de proporcionar datos en los que basar la intensificación de las transferencias monetarias condicionadas así como a la hora de aumentar el enfoque de los programas CCT en el DPI.⁸⁷ El Fondo para evaluaciones de impacto estratégicas del Banco Mundial es uno de los fondos que respaldan las evaluaciones de impacto para DPI (véase el Recuadro 8).

RECUADRO 8: El DPI en el Fondo para evaluaciones de impacto estratégicas del Banco Mundial

El Fondo para evaluaciones de impacto estratégicas (SIEF), lanzado con financiamiento del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, invierte en las evaluaciones de impacto de programas innovadores de desarrollo humano, y trabaja con los gobiernos para incorporar las conclusiones en la formulación de políticas más eficaces. El fondo se centra en cuatro áreas críticas para el desarrollo humano saludable, incluyendo los programas de desarrollo de la primera infancia que afectan el estado nutricional y el desarrollo cognitivo, físico y socio-emocional de los niños de 0-2 años de edad en los países de bajos ingresos. El Fondo apoya a más de una docena de evaluaciones de impacto de desarrollo de la primera infancia en África, el sur de Asia, y América Latina. La cartera de SIEF hace hincapié en programas a escala que incluyen intervenciones de nutrición y estimulación, así como programas multisectoriales que combinan intervenciones de DPI con programas existentes de salud, protección social y saneamiento.

Conclusión



Los primeros años de la vida de un niño constituyen una oportunidad única para mejorar sus resultados individuales y sociales en el futuro. Para reducir la pobreza extrema y disfrutar de prosperidad compartida, las inversiones en DPI son una de las mejores inversiones que pueden hacer los países. Cuando los niños de corta edad y sus familias tienen acceso a servicios esenciales de salud, nutrición, educación y protección,

se les da la oportunidad de aprender y de llevar vidas sanas y productivas. Los programas que combinan servicios pueden tener efectos beneficiosos especialmente notables.

Se ha demostrado repetidamente que los beneficios de muchas intervenciones para los niños de corta edad son mayores que los que tienen lugar posteriormente en la vida del niño. Esto se debe en parte al hecho de que no invertir tempranamente puede producir un

daño irreversible en los niños. Por desgracia, la mayoría de los países actualmente se quedan muy lejos de los objetivos comúnmente aceptados para las inversiones en DPI. A pesar de que las inversiones en los primeros años de vida reportan los máximos beneficios, este suele ser el periodo con el nivel de asignaciones presupuestarias más bajo.

Este documento ha proporcionado un marco sencillo de reflexión sobre las inversiones en DPI. Se ha identificado cinco paquetes de intervenciones: los paquetes sobre el embarazo, el nacimiento, la salud infantil, la educación preescolar y los servicios familiares. En total consisten en 25 intervenciones esenciales para un crecimiento y desarrollo óptimo.

Además de estas intervenciones, se ha esbozado cuatro principios para ayudar a los países a implementar sus estrategias de DPI: (1) Preparar un diagnóstico y una estrategia sobre DPI; (2) Implementar ampliamente y coordinar; (3) Crear sinergias y ahorrar costes entre las intervenciones; y finalmente (4) Supervisar, evaluar e incrementar las intervenciones que han tenido éxito. Siguiendo este enfoque de las intervenciones en DPI paso a paso, los responsables de la formulación de políticas y los profesionales garantizarán que todos los niños de corta edad puedan desarrollar todo su potencial.

Acrónimos

CCC	Chile Crece Contigo
CCD	Care for Development [Atención para el desarrollo infantil]
CCT	Conditional Cash Transfer (transferencia monetaria condicionada)
AVAD	Año de vida ajustado en función de la discapacidad
AEPI	Atención y educación en la primera infancia
DPI	Desarrollo en la primera infancia
PIB	Producto Interior Bruto
GMP	Growth Monitoring and Promotion (supervisión y promoción del crecimiento)
S&E	Supervisión y evaluación
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SABER	Systems Approach for Better Education Results [Enfoque integral para lograr mejores resultados educativos]
SIEF	Strategic Impact Evaluation Fund [Fondo para evaluaciones de impacto estratégicas]
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud

Referencias

- 1 Shonkoff, J., L. Richter, J. van der Gaag, e Z. Bhutta, Z. 2012. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics* 129: 460-72.
- 2 Naudeau, S, Kataoka, N. A. Valerio, M. J. Neuman, L. K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 3 Britto, P., P. Engle, e S. Super, Eds. 2013. *Handbook of Early Childhood Development Research and Its Impact on Global Policy*. New York, NY: Oxford University Press.
- 4 The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2011. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Geneva, Switzerland: PMNCH.
- 5 World Bank. 2010. *Stepping Up Skills for More Jobs and Higher Productivity*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 6 Lombardi, J., A. Mosle, N. Patel, R. Schumacher, e J. Stedron. 2014. *Gateways to two generations: the potential for early childhood programs and partnerships to support children and parents together*. Washington, DC: Aspen Institute.
- 7 Greenberg, J., 2011. *The impact of maternal education on children's enrollment in early childhood education and care*. New York: Lehman College/CUNY.
- 8 WHO, 2014, Family Planning. Geneva, World Health Organization
- 9 Aboud F., e S. Akhter. 2011. A cluster-randomized evaluation of a responsive stimulation and feeding intervention in Bangladesh. *Pediatrics*, 127: 1191-97.
- 10 Bentley, M. E., S. Vazir, P. L. Engle, et al. 2010. A home-based educational intervention to caregivers in south India to improve complementary feeding and responsive feeding, and psychosocial stimulation increases dietary intake, growth and development of infants. *FASEB J* 24 (suppl): 564.14.
- 11 Young, M. E., Ed. 2002. *From Early Child Development to Human Development*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 12 Landry S., K. Smith, e P. Swank, 2006. Responsive parenting: Establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental Psychology*, 42(4): 627-642.
- 13 Grantham-McGregor, S., Y. Bun Cheung, S. Cueto, P. Glewwe, L. Richer, B. Trupp e o International Child Development Steering Group. 2007. Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries. *The Lancet*, 369 (9555): 60-70.
- 14 Heckman, J. 2006. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782): 1900-02.
- 15 Wong J. J., N. A. Gonzales, Z. Montaño, L. Dumka, R. E. Millsap. 2014. Parenting intervention effects on parental depressive symptoms: Examining the role of parenting and child behavior. *J Fam Psychol.*, 28(3): 267-77.
- 16 Walker, S. P., T. D. Wachs, S. Grantham-McGregor, N. N. Black, C. A. Nelson, S. L. Huffman, H. Baker-Hennningham, S. M. Chang, J. D. Hamadani, B. Lozoff, J. M. Meeks-Gardner, A. Powell Cam Rahman, e L. Richter. 2011. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378: 1325-38.
- 17 Barlow J., N. Smailagic, N. Huband, V. Roloff, e C. Bennett. 2012. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane Library*, Issue 6.
- 18 ILO. 2010. *Workplace Solutions for childcare*. Geneva: International Labour Organization.
- 19 Immervoll, H. e D. Barber. 2005. Can Parents Afford to Work?: Childcare Costs, Tax-Benefit Policies and Work Incentives, OECD Social, Employment and Migration Working Paper No. 31, Paris: OECD.
- 20 Alderman, H., Ed. 2011. *No small matter: the impact of poverty, shocks and human capital investments in early childhood development*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 21 Horton, S., H. Alderman, e J. Rivera. 2008. Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper: Hunger and Malnutrition. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 22 UNICEF. 2009. *The State of the World's Children- Maternal and Newborn Health*. New York, NY: UNICEF.
- 23 Rijsberman, F. e A. P. Swane. 2012. Copenhagen Consensus 2012 Challenge Paper: Water and Sanitation. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 24 Horton, S. 1992. United Costs, Cost-Effectiveness, and Financing of Nutrition Interventions. Human Development Network, Health, Nutrition, and Population Working Paper WPS 952. Washington, DC: Banco Mundial.
- 25 Ching, P., M. Birmingham, T. Goodman, R. Sutter, e B. Loevinsohn. 2000. Childhood Mortality Impact and Costs of Integrating Vitamin A Supplementation into Immunization Campaigns. *American Journal of Public Health*, 90(10): 1526-29.
- 26 Fiedler, J. L. 2000. The Nepal National Vitamin A Program: Prototype to Emulate or Donor Enclave?, *Health Policy and Planning*, 15(2): 145-56.
- 27 Horton, S., e J. Ross. 2003. The Economics of Iron Deficiency. *Food Policy*, 28(1): 51-75.
- 28 Seyfried, L. 2011. Family Planning and Maternal Health: The Effects of Family Planning on Maternal Health in the Democratic Republic of Congo. Washington, DC: Georgetown University.
- 29 Van Ravens, J. e C. Aggio. 2008. Expanding early childhood care and education: How much does it cost? A proposal for a methodology to estimate the costs of early childhood care and education at macro-level, applied to the Arab States. Working Paper No. 46. The Hague, The Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- 30 Mason, J. B., J. Hunt, D. Parker, e U. Jonsson. 1999. Investing in Child Nutrition in Asia. *Asian Development Review*, 17(1, 2): 1-32.

- 31 Engle, P. L., L. C. H. Fernald, H. Alderman, J. Behrman, C. O'Gara, A. Yousafzai, M. Cabral de Mello, M. Hidrobo, N. Ulkuer, e the Global Child Development Steer Group. 2011. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9799): 1339-53.
- 32 Bassett, L. 2008. Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reduced Child Nutrition? World Bank Social Protection Discussion Paper 0835. Washington, DC: Banco Mundial.
- 33 Ruel, M. e H. Alderman, for the Maternal and Child Undernutrition Group. 2013. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*; 382:536-51.
- 34 Barrientos, A., J. Byrne, J. M. Villa, e P. Peña. 2013. Social transfers and child protection. Office of Research Working Paper, New York: UNICEF.
- 35 Heymann, J., A. Raub, e A. Earle. 2011. Creating and Using New Data Sources to Analyze the Relationship between Social Policy and Global Health: The Case of Maternal Leave. *Public Health Reports*, 126 (3).
- 36 Alderman, H., L. Elder, A. Goyal, A. Herforth, Y. T. Hoberg, A., Marini, J. Ruel-Bergeron, J. Saavedra, M. Shekar, and S. Tiwari. 2013. *Improving Nutrition through Multisectoral Approaches*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 37 Fiedler, J. L., T. G. Sanghvi, e M. K. Saunders. 2008. A Review of the Micronutrient Intervention Cost Literature: Program Design and Policy Lessons. *International Journal of Health Planning and Management*, 23: 373-97.
- 38 Neidecker-Gonzales, O., H. Bouis, e P. Nestel. 2007. Estimating the Global Costs of Vitamin A Capsule Distribution: A Review of the Literature and Development of a Country-Level Model. *Food and Nutrition Bulletin*, 28:307-16.
- 39 Bhutta, Z., Das, J., Rizvi, A., Gaffey, M., Walker, N., Horton, S., Wbb, P, Lartey, A., Black, R. for the Maternal and Child Undernutrition Group. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 371(9610): 417-40.
- 40 Whittington, D., M. Hanemann, C. Sadoff, e M. Jeuland. 2008. Copenhagen Consensus Challenge Paper: Sanitation and Water. <http://www.copenhagenconsensus.com>.
- 41 Cairncross S., C. Hunt, S. Boisson, et al. 2010. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhea. *International Journal of Epidemiology* 39 (Suppl. 1): i193-205.
- 42 Spears, D. 2013. How much international variation in child height can sanitation explain? World Bank policy research working paper WPS 6351. Washington, DC: Banco Mundial.
- 43 Horton, S., M. Shekar, C. McDonald, A. Mahal, e J. K. Brooks. 2010. *Scaling up Nutrition: What Will it Cost?* Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 44 Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker e o Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 382(9890): 427-51.
- 45 Baltussen, R., C. Knai, e M. Sharan. 2004. Iron Fortification and Iron Supplementation Are Cost-Effective Interventions to Reduce Iron Deficiency in Four Subregions of the World. *Journal of Nutrition*, 134: 2678-84.
- 46 UNFPA, 2004. UNFPA newsletter.
- 47 Abou Zahr, C., Cleland, J., Coullare, F., Macfarlane, S., Notzon, F., Setel, P., Szreter, S. para o Monitoring of Vital Events Writing Group. 2007. Who Counts? The Way Forward. *The Lancet*, 370: 1791-99.
- 48 UNICEF. 2002. *Birth Registration: Right from the Start*. Innocenti Digest No. 9, Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- 49 Jones G., R. W. Stekettee, R. E. Black, Z. A. Bhutta, S. S. Morris, e the Bellagio Child Survival Study Group. 2003. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 362: 65-71.
- 50 Horta, B., e C. Victora. 2013. *Long-term effects of breastfeeding*. Geneva: World Health Organization.
- 51 UNICEF. 2012. Fact Sheet: Birth Registration.
- 52 Nelson, C. 2007. A Neurobiological Perspective on Early Human Deprivation. *Child Development Perspectives*, 1(1): 13-18.
- 53 Laxminarayan, R., J. Chow, e S. A. Shahid-Salles. 2006. Intervention Cost-Effectiveness: Overview of Main Messages. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, et al., Editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington, DC: Banco Mundial.
- 54 Barnighausen, T., D. Bloom, D. Canning, A. Friedman, O. Levine, J. O'Brien, L. Privor-Dumm, e D. Walker. 2009. Copenhagen Consensus: Best Practice Paper: The Economic Case for Expanding Vaccination Coverage of Children.
- 55 WHO, UNICEF, World Bank. 2009. *State of the world's vaccines and immunization*. 3rd edition. Geneva: World Health Organization.
- 56 Lassi, Z., G. Zahid, J., Das, Z., Bhutta. 2013. Impact of complementary food and education on complementary food on growth and morbidity of children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3):S13.
- 57 Bhutta, Z., T. Ahmet, R. Black, et al. 2008. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *The Lancet*, 371(9610): 417-40.
- 58 Hall, A., S. Horton, e N. de Silva. 2009. The Costs and Cost-Effectiveness of Mass Treatment for Intestinal Nematode Worm Infections Using Different Treatment Thresholds. *Public Library of Science Neglected Diseases*, 3(3): e402.
- 59 Hotez, P.J., D. A. Bundy, K. Beegle, S. Brooker, et al. 2006. *Helminth Infections: Soil Transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis. Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd Edition. Washington, DC: Banco Mundial/OxfordUniversity Press.
- 60 Robberstad, B., T. Strand, R. E. Black, e H. Sommerfelt. 2004. Cost-Effectiveness of Zinc as Adjunct Therapy for Acute Childhood Diarrhea in Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(7): 523-31.

- 61 UNESCO. 2014. *Early Childhood Care and Education: Addressing quality in formal pre-primary learning environments*. New York, NY: UNESCO.
- 62 Heckman, J. J. e D. V. Masterov. 2007. The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 29(3): 446-93.
- 63 Reynolds, A. J., J. A. Temple, D. L. Robertson, e E. A. Mann. 2001. Long Term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest- a 15- Year Follow-Up of Low-Income Children in Public Schools. *Journal of the American Medical Association* 285(18): 2339-46.
- 64 Feinstein, L. 2003. Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica* 70(1):73-97.
- 65 Currie, J., e D. Thomas. 1999. Early Test Scores, Socioeconomic Status and Future Outcomes. NBER Working Paper 6943. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- 66 Schweinhart, L. J., J. Montie, Z. Xiang, W. S. Barnett, C. R. Belfield, e M. Nores. 2005. Lifetime Effects: The High/Scope Perry Pre-school Study through Age 40. Ypsilanti, Michigan: High/Scope Educational Research Foundation.
- 67 Arnold, C., K. Bartlett, S. Gowani, e R. Merali. 2006. Is everybody ready? Readiness, transition and continuity. Reflections and moving forward, commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, Strong Foundations: Early Childhood Care and Education.
- 68 Fabian, H., e A.-W. Dunlop. 2007. Outcomes of good practice in transition processes for children entering primary school. Working Paper 42. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- 69 Consultative Group on Early Childhood Care and Development. 1991. Preparing children for schools and schools for children. New York, NY: UNICEF.
- 70 Myers, R., e C. Landers. 1989. Preparing children for schools and schools for children. Discussion paper prepared for the fifth meeting of the Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Paris: UNESCO.
- 71 Abadzi, H. 2006. *Efficient learning for the poor: Insights from the frontier of cognitive neuroscience*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 72 Janus, M., e D. Offord. 2000. Readiness to learn at school. *ISUMA*, 1(2): 71-5.
- 73 Arnold, C., K. Bartlett, S. Gowani, e S. Shallwani. 2008. Transition to School: Reflections on Readiness. *Journal of Developmental Processes*, 3(2): 26-38.
- 74 Schady, N., C. Araujo, P. Carneiro, e Y. Cruz-Aguyao. 2014. Is Kindergarten too late?. Presentation at Institute of Medicine Forum: Investing in Young Children Globally, April 2014. Washington, DC.
- 75 Rolnick, A. J., e R. Grunewald. 2007. *The Economics of Early Childhood Development as Seen by Two Fed Economists. Community Investments*. Federal Reserve Bank of San Francisco.
- 76 Heckman, J. J., S. H. Moon, R. Pinto, P. A. Savalyev, e A. Yavitz. 2009. The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program. Working Paper 200936. Dublin: Geary Institute, University College Dublin.
- 77 Neuman, M., e A. Devercelli. 2013. Investing Early: Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper. Washington, DC: Banco Mundial.
- 78 Walker, S. P., T. D. Wachs, J. M. Gardner, et al. 2007. Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556). 145-57.
- 79 OECD. 2011. *Doing Better for Families*. Paris: OECD.
- 80 Jaramillo, M. e A. Sanchez. 2011. Impacto del Programa Juntos sobre nutrición temprana. GRADE Documento de Investigación 61. Lima, Peru: GRADE.
- 81 Nores, M., e W. S. Barnett. 2010. Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29(2):271-82.
- 82 Grantham-McGregor, S., S. Walker, S. Chang, e C. Powell. 1997. Effects of early childhood supplementation with and without stimulation on later development in stunted Jamaican Children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66: 247-53.
- 83 Heckman, J. J. 2008. Schools, Skills, and Synapses. *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324.
- 84 Heckman, J. J., J. Stixrud, e S. Urzua. 2006. The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior. *Journal of Labor Economics*, 24(3): 411-82.
- 85 Gertler, P., S. Martinez, P. Premand, L. Rawlings, e C. Vermeersch. 2010. *Impact Evaluation in Practice*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 86 Imas, L., e R. Rist. 2009. *The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations*. Washington, DC: Banco Mundial.
- 87 Fiszbein, A., N. Schady, F. Ferreira, M. Grosh, N. Kelleher, P. Olinto, e E. Skoufias. 2009. *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. World Bank Policy Research Report. Washington, DC: Banco Mundial.

