



BID

Banco Interamericano
de Desarrollo

Lecciones aprendidas del diseño y la implementación de modalidades virtuales e híbridas de los servicios de atención a la primera infancia

Marta Rubio-Codina
Florencia López-Boo

División de Protección Social y
Salud

DOCUMENTO PARA
DISCUSIÓN N°
IDB-DP-00963

Agosto 2022

Lecciones aprendidas del diseño y la implementación de modalidades virtuales e híbridas de los servicios de atención a la primera infancia

Marta Rubio-Codina
Florencia López-Boo

Agosto 2022

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2022 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



LECCIONES APRENDIDAS DEL
DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE
**MODALIDADES VIRTUALES E
HÍBRIDAS** DE LOS **SERVICIOS DE
ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA**

Lecciones aprendidas del diseño y la implementación de modalidades virtuales e híbridas de los servicios de atención a la primera infancia^a

Marta Rubio-Codina^b

Florencia López-Boo^b

Agosto 2022

Resumen. Este reporte analiza en detalle los variados esfuerzos de atención híbridos a la primera infancia que se diseñaron, adaptaron, implementaron y/o evaluaron con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en seis países de América Latina y el Caribe (Brasil, Colombia, Ecuador, Jamaica, Panamá y Uruguay) en respuesta a la pandemia, así como los hallazgos y aprendizajes de su implementación. Si bien los métodos empleados y la información recabada son heterogéneos, ofrecen en su conjunto un panorama relativamente completo de su implementación. Encontramos que: (i) las modalidades híbridas facilitan la atención a población de difícil acceso geográfico; (ii) los canales favoritos fueron los mensajes multimedia, vía WhatsApp, por su versatilidad, *seguido* de la videollamada, la cual permite la comunicación interactiva con la familia; (iii) familias y facilitadoras han valorado muy positivamente mantener contacto semanal o quincenal, especialmente al principio de la pandemia; (iv) para el seguimiento a la calidad de la atención se emplearon principalmente videollamadas o visitas presenciales; (v) las actividades de juego que tuvieron mayor aceptación fueron aquellas que estaban mejor integradas a las rutinas del hogar; (vi) en los países en los que se entregaron kits de juguetes, fue importante reducirlos al mínimo tanto por su costo como por aspectos logísticos; (vii) la virtualidad permitió individualizar la atención, elaborando planificaciones para cada niño según su edad y nivel de desarrollo; y (viii) en todos los países, las facilitadoras consistentemente apreciaron contar con materiales y una propuesta de actividades a realizar, si bien solicitaron mayor capacitación. Esperamos que esta caracterización sirva para identificar qué aspectos de estas modalidades pueden complementar la provisión de servicios de primera infancia presenciales a escala de forma costo-eficiente, frente a futuras emergencias o como estrategia para el cierre de brechas de atención y otras inequidades.

Clasificación JEL: I00, I20, I25, I38, J13

Palabras Clave: atención remota, atención virtual, modalidades híbridas, COVID-19, servicios atención primera infancia, América Latina y el Caribe, desarrollo infantil, prácticas de crianza.

a. Este estudio ha sido financiado con recursos de un Economic and Sector Work del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, RG-E1721). Las autoras agradecen a las autoridades, equipos técnicos e investigadores en los países analizados sus aportes y revisiones a versiones preliminares de este documento. Asimismo, quisiéramos agradecer a Alejandra Abufhele por sus valiosos aportes a una versión temprana de este reporte y a Belén Michel Torino por sus aportes como asistente de investigación. Finalmente, quisiéramos expresar un agradecimiento especial a todas las facilitadoras, educadoras, cuidadoras, supervisoras y personal de los programas de atención a la primera infancia en América Latina y el Caribe, quienes han seguido ofreciendo la mejor atención a los niños en la región durante los difíciles meses de pandemia, independientemente de las circunstancias. Los puntos de vista en este documento reflejan los de sus autoras y no los del BID, su junta directiva, ni los de los países que representan.

b. División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.

1. Introducción

La pandemia de COVID-19 tendrá un efecto sin precedentes en el desarrollo de los niños¹ y este efecto será desproporcionadamente desfavorable para aquellos en hogares en situación de vulnerabilidad económica y social. América Latina y el Caribe (ALC) ha experimentado un fuerte aumento en la pobreza y la desigualdad durante la pandemia, así como una importante disrupción del sector educativo en todos los niveles, con el cierre masivo de centros de educación inicial, jardines, prescolares, escuelas y programas de acompañamiento a familias; y la consiguiente reducción de los niveles de aprendizaje (Blackman et al., 2020; World Bank, 2021; Abufhele et al., 2022). Las cuarentenas, las restricciones de movilidad, y la suspensión temporal de la presencialidad en el ámbito laboral y educativo durante 2020 y buena parte de 2021, convirtieron a madres y padres en promotores únicos del desarrollo de sus hijos, con acceso limitado a sus redes de apoyo habituales, al mismo tiempo que se enfrentaban a múltiples fuentes de estrés (Hincapié, López-Boo & Rubio-Codina, 2020). Esto representó un gran desafío para las familias, y en respuesta, los gobiernos de la región adaptaron sus servicios de atención a la primera infancia—tanto los de trabajo con familias, vía visitas al hogar o sesiones grupales, como los centros de atención infantil y prescolares—a modalidades de implementación completamente virtuales o híbridas para adecuarse al nuevo escenario. Inevitablemente, estas estrategias conllevaron el involucramiento directo de padres y cuidadores en el hogar en la prestación de la atención—es decir, la atención se canalizó directamente a través de las familias, incluso para los servicios de cuidado y desarrollo infantil en centros y prescolares.

La respuesta inmediata de los servicios se centró en mantener el contacto regular con las familias y garantizar unos mínimos de atención, tales como monitorear el estado de salud de sus integrantes; proveer productos sanitarios básicos y canastas de alimentos de alto contenido nutricional para mujeres gestantes y niños en riesgo de desnutrición; facilitar el acceso a apoyos monetarios, en coordinación con los servicios de protección social; o identificar, prevenir y atender situaciones de abuso y maltrato. Asimismo, se hizo llegar a las familias recursos pedagógicos y educativos por medios digitales, vía mensajes de texto o WhatsApp, llamadas o videollamadas, o aplicaciones telefónicas y plataformas digitales con repositorios de contenido; o por medios de comunicación masiva, como radios, televisión, o redes sociales. El objetivo común de todos estos esfuerzos, que compilamos en una [página web durante la pandemia](#), era garantizar la continuidad de la prestación de servicios a fin de minimizar los impactos negativos del COVID-19 en el desarrollo infantil y el aprendizaje. Al mismo tiempo, la implementación de estas estrategias remotas puso en evidencia las agudas brechas digitales y de conectividad existentes, las cuales están estrechamente ligadas a la pobreza y a otros factores asociados, y que podrían limitar su efectividad (Hincapié, López-Boo & Rubio-Codina, 2020).

1. Para facilitar la lectura del documento, se utiliza el término niños para referirse a niños y niñas, sin que ello implique discriminación de género. Esto mismo aplica al uso de la palabra cuidador en referencia al cuidador o cuidadora del niño o niña en el hogar. Se usa el término facilitadora, educadora, o supervisora y enfermera, para designar a las personas a cargo de la implementación de las intervenciones descritas, o de su supervisión, respectivamente, quienes en su gran mayoría son mujeres.

Ante la persistencia de la pandemia y los riesgos de la exclusión digital, los servicios rápidamente identificaron la necesidad de transicionar a nuevas estrategias de atención que descansaran en *múltiples* canales de llegada—en muchas ocasiones, combinando virtualidad y presencialidad—y cuya implementación fuera más permanente. Así, los servicios adaptaron sus contenidos con propuestas de actividades de juego comprensibles para los padres de bajo nivel educativo en zonas remotas y desarrollaron nuevos contenidos orientados al apoyo socioemocional de niños y cuidadores. Se innovó en la identificación de nuevos canales y mecanismos de entrega para atender a poblaciones heterogéneas en contextos diversos, incluidas aquellas en áreas remotas; y se adaptaron los contenidos a estos canales. Se exploraron canales de comunicación comunitarios como radios locales, parlantes y megáfonos, o carteleras informativas en lugares estratégicos en las comunidades; y se buscaron formas de hacer llegar kits de juguetes y fichas con actividades de juego físicamente a las familias. Se exploraron también estrategias para asegurar la aceptación y adherencia de las familias a las intervenciones, así como para la formación y acompañamiento remotos de las facilitadoras en su implementación. Como resultado, ha habido una explosión sin precedentes de ideas innovadoras y nuevos enfoques para la prestación de servicios de primera infancia y educación inicial.



Los servicios adaptaron sus contenidos con propuestas de actividades de juego comprensibles para los padres de bajo nivel educativo en zonas remotas y desarrollaron nuevos contenidos orientados al apoyo socioemocional de niños y cuidadores.

La pandemia nos ha mostrado que la presencialidad en los servicios educativos es crítica e irremplazable—especialmente para los niños más pequeños. Se estima que el cierre de preescolares y jardines infantiles va a conllevar pérdidas de productividad de alrededor de 2 puntos porcentuales del PIB en la región en promedio (López-Boo, Behrman & Vázquez, 2020). Conforme se ha ido controlando la crisis sanitaria—en buena medida gracias a las campañas de vacunación—los servicios de primera infancia han ido retornando progresivamente a su operación presencial tradicional. No obstante, la pandemia también nos ha mostrado que es posible prestar estos servicios de forma remota y que ello puede sentar las bases para el diseño e implementación de modalidades de atención híbridas que sean más rentables y que lleguen a usuarios anteriormente desatendidos por su situación geográfica o por limitaciones de cobertura, de forma tal que se contribuya al cierre de brechas de atención y desigualdades.

Por ello, consideramos importante analizar estos esfuerzos de atención híbridos, sus estrategias de implementación y los resultados derivados de sus evaluaciones—en su mayoría de índole cualitativa o con base en datos administrativos dadas las limitaciones que la propia pandemia supuso para el diseño e implementación de evaluaciones experimentales o de operativos para el levantamiento de información. Es preciso identificar su efectividad, su viabilidad y explorar qué aspectos de los mismos pueden complementar la provisión de servicios de primera infancia presenciales a escala frente a futuras situaciones de emergencia ya sean sanitarias, por desastres naturales, o por desplazamientos forzados o conflicto, entre otras.

Este documento describe las distintas estrategias de atención remota que se han diseñado/ adaptado e implementado, o bien se han evaluado, con el apoyo técnico y financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en seis países de ALC, así como los hallazgos y aprendizajes resultantes de su implementación. En Boa Vista (Brasil), Ecuador, Jamaica y Panamá se adaptaron programas ya en ejecución con base al [Manual para Padres de Reach Up](#) (Chang-Lopez et al., 2020), el cual resultó crítico para el diseño de los contenidos de la atención remota. Jamaica y Brasil tenían ya previstas evaluaciones experimentales de sus programas presenciales, cuyas estrategias de identificación y metodologías se adaptaron para evaluar la modalidad remota. Si bien se describe el diseño de la evaluación experimental de la modalidad remota para ambos países, no se presentan resultados dado que todavía no están disponibles. Se presentan, no obstante, los hallazgos de diferentes ejercicios de evaluación por métodos no experimentales de las modalidades híbridas descritas. Si bien los métodos empleados y la información recabada por las distintas experiencias son muy heterogéneos, ofrecen en su conjunto un panorama relativamente completo de su implementación. El documento incluye también las experiencias de Colombia y Uruguay, las cuales fueron desarrolladas por agencias de gobierno siguiendo otras propuestas distintas al Manual para Padres de Reach Up, pero cuyos esfuerzos de evaluación—de resultados y de impacto, respectivamente—fueron apoyados por el BID. Esto contribuye a la limitada evidencia sobre la caracterización e implementación de las múltiples estrategias híbridas de atención para niños 0-5 años desarrolladas por gobiernos, organismos multilaterales y no gubernamentales en respuesta a la pandemia. Por lo general, la evidencia existente se limita a países de ingresos altos (ver Roben & Costello, 2022 para Estados Unidos, por ejemplo) o a servicios de educación primaria en adelante (Barron Rodríguez et al., 2021; Muñoz-Najar et al., 2021).

El resto del documento se organiza de la siguiente manera. La siguiente sección inicia con un panorama general de las varias experiencias analizadas, seguido de una descripción detallada de cada una. Para cada país y estrategia, se incluye una breve descripción de la intervención que se llevaba a cabo previo a la pandemia, cómo se adaptó para la atención remota, los esfuerzos por evaluar la modalidad adaptada y los principales resultados y aprendizajes. En la medida de lo posible, los resultados se organizan respecto a tres ejes: cobertura y canales de atención, participación y percepciones de las familias, y percepciones de las facilitadoras. La sección 3 resume las principales lecciones aprendidas y concluye.



2. Modalidades híbridas implementadas en respuesta al COVID-19

La Municipalidad de Boa Vista en Brasil, junto con la Universidad de São Paulo, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) de Ecuador, el Ministerio de Salud y Bienestar de Jamaica, junto con la University of West Indies, y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en Panamá basaron sus intervenciones híbridas en el contenido del Manual para Padres desarrollado por Reach Up, con el apoyo del BID, para la atención remota durante la pandemia (ver **Recuadro 1**).

Recuadro 1. Manual para Padres de Reach Up.

El Manual para Padres proporciona contenido para apoyar el desarrollo de niños de hasta tres años de edad (Chang-Lopez et al., 2020). Las actividades de juego y lenguaje se seleccionaron del currículum de *Reach Up* (Walker et al., 2018), el cual está basado en el exitoso programa de visitas domiciliarias de Jamaica (Grantham-McGregor et al., 1991), que ha mostrado efectos de largo plazo (Gertler et al., 2014; Walker et al., 2021; Gertler et al., 2021). Están organizadas en bloques de tres meses de edad, excepto el primer bloque que incluye los cinco primeros meses de vida. Cada bloque, contiene seis actividades de juego y seis de lenguaje. Se priorizan actividades que requieren pocos o ningún material y que pueden realizarse como parte de las rutinas diarias del hogar—por ejemplo, durante el baño, las comidas, el cambio de ropa, o mientras se realizan tareas del hogar. Cuando la actividad requiere de juguetes, estos son de simple fabricación con objetos del hogar.

El manual consta de dos partes. La primera incluye el propósito del documento y pautas sobre cómo usarlo, información general acerca de cómo ayudar a los niños a sentirse seguros y felices y cómo fortalecer el cuidado emocional del cuidador (autocuidado), y tablas con las actividades. La segunda parte incluye estas actividades organizadas en cartillas, redactadas en un lenguaje muy sencillo e ilustradas con imágenes para uso directo por las familias, independientemente de que estas hayan participado previamente en programas de acompañamiento familiar. El manual se puede imprimir y distribuir a las familias como un todo o usando tarjetas con los contenidos específicos para cada grupo etario. Está pensado para que los programas adapten el contenido (las actividades) y el formato a sus necesidades, su contexto—teniendo en cuenta aspectos tales como el grado de alfabetización de los padres o los materiales usualmente disponibles en los hogares—y el canal de comunicación más adecuado (radio, redes sociales, mensajería, llamadas, etc.). Se aconseja también adaptar las canciones y los ejemplos provistos al contexto cultural de cada país o zona. Existen versiones disponibles en [inglés](#), [español](#) y [portugués](#).

Las intervenciones y adaptaciones del Manual para Padres en cada país fueron distintas, pero tenían el objetivo común de garantizar la continuidad de los servicios de primera infancia de forma remota para mitigar las pérdidas en desarrollo y aprendizaje, al tiempo que respetaban las condiciones de movilidad y otras limitantes impuestas por la pandemia. En Boa Vista, por ejemplo, se enviaron los contenidos del Manual para Padres por WhatsApp a las familias. En Jamaica se entregaba un paquete de materiales con libros y juguetes, además del Manual. Ecuador diseñó un Protocolo para la Atención Virtual y Semipresencial (PAVS) propio, que incluía lineamientos y guías para orientar la atención por diferentes canales y un cuaderno de fichas de actividades adaptadas del Manual para Padres y con contenidos adicionales sobre salud y nutrición. En Panamá se diseñaron dos intervenciones distintas dirigidas a dos grupos poblacionales distintos. La primera, orientada a los usuarios de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI), consistía en una biblioteca virtual y en la entrega física quincenal de materiales a las familias en los CAIPI. La segunda intervención, orientada a familias en comunidades rurales e indígenas sin acceso a servicios de primera infancia, consistía en una Mochila con actividades de lectura y juegos, acompañada con una guía para padres.



Las intervenciones y adaptaciones del Manual para Padres tenían el objetivo común de garantizar la continuidad de los servicios de primera infancia de forma remota para mitigar las pérdidas en desarrollo y aprendizaje.

Por otro lado, Colombia y Uruguay basaron sus intervenciones en otras propuestas de atención, distintas al Manual para Padres de Reach Up. En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Ministerio de Educación (MEN) desarrollaron los programas Mis Manos Te Enseñan (MMTE) y Aprender en Casa (AC), respectivamente, para garantizar la prestación de servicios de educación inicial a todos los niños menores de cinco años en el país. MMTE contenía un kit pedagógico, una canasta nutricional y guías de actividades para realizar con los niños; AC basó la intervención en fichas y guías de actividades. En Uruguay también se diseñaron dos intervenciones. La primera, desarrollada por la Universidad de Montevideo, consistía en la adaptación al contexto COVID-19 del programa parental Crianza Positiva, un programa de mensajería por WhatsApp para promover prácticas de crianza informado por las ciencias del comportamiento para las familias de los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) dependientes del Ministerio de Desarrollo Social. El segundo, Parentalidades Comprometidas en Casa, consistió en una adaptación del programa Parentalidades Comprometidas para lo que se desarrolló una plataforma virtual de acompañamiento familiar.

TABLA 1: RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES REMOTAS O HÍBRIDAS POR PAÍS Y SUS CARACTERÍSTICAS

	País	Intervención Híbrida (Programa Existente)	Institución implementadora	Contenido Paquete Intervención	Canal / Modalidad Entrega	Frecuencia	Edades y Participantes
Basados en Reach Up	Brasil - Boa Vista	Survive and Thrive, S&T (Survive and Thrive, S&T)	Prefeitura de Boa Vista, Universidad de São Paulo	Manual para Padres Reach Up	Grupos de WhatsApp para intercambio de videos y mensajes Videollamadas Llamadas telefónicas	Mensajes 1 vez a la semana 2 llamadas al mes	0 - 36 meses N=4.000
	Ecuador	Protocolo para la Atención Virtual y semipresencial, PAVS (Creciendo con Nuestros Hijos, CNH; Círculos de Cuidado, Recreación y Aprendizaje, CCRA; Centros de Desarrollo Infantil, CDI)	Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES)	Protocolo e Instructivo de Aplicación del PAVS Anexos: Cuaderno de fichas; Lineamientos para distintos canales de llegada; Guiones; Recomendaciones para la elaboración de videos, mensajes; etc.	Mensajes de WhatsApp Mensajes SMS Videollamadas Llamadas telefónicas Visitas domiciliarias	Atención virtual: CNH y CCRA semanal; CDI diaria Atención semipresencial: combina atención virtual, visitas domiciliarias y atención al centro en función de la fase epidemiológica y el servicio (ver Tabla A2)	0 - 36 meses y mujeres gestantes CNH y CCRA N-200.359 CDI N-87.545
	Jamaica	Early Estimation Program (Early Stimulation Program)	Ministerio de Salud y Bienestar de Jamaica, University of West Indies	Manual para Padres Reach Up Materiales (libros, juegos)	Mensajes SMS Llamadas telefónicas Kit de materiales	Mensajes 1-2 veces por semana 2 llamadas al mes	6 - 36 meses N-1.000
	Panamá	Tu CAIPI en Casa (Centros de Atención Integral a la Primera Infancia, CAIPI) Mochila CUIDARTE (Sin atención)	Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	Biblioteca virtual Materiales y orientaciones para actividades Mochila con juguetes y guía con selección de actividades de Cuidarte	Familias van a buscar actividades y materiales al CAIPI Entrega de la Mochila a las familias	2 veces al mes 1 única entrega	0 - 48 meses N=1.600 0 - 48 meses N=5.000

TABLA 1: RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES REMOTAS O HÍBRIDAS POR PAÍS Y SUS CARACTERÍSTICAS

Colombia	Mis Manos Te Enseñan, MMTE (Servicios del ICBF)	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Orientaciones vía cartillas/guías Kit pedagógico Canasta nutricional	Mensajes de WhatsApp Llamadas telefónicas	4 a 6 acompañamientos mensuales	0 - 60 meses N-1.700.000
	Aprender en Casa, AC (Servicios de preescolar del MEN)	Ministerio de Educación Nacional (MEN)	Guías imprimibles y lineamientos	Mensajes de WhatsApp Llamadas telefónicas	Depende de Institución Educativa	0 - 60 meses Usuarios MEN
Uruguay	Crianza Positiva (Crianza Positiva y Experiencias Oportunas CAIF)	Ministerio de Desarrollo Social, Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU), Universidad de Montevideo	Currículo Crianza Positiva	Mensajes de WhatsApp	3 veces por semana	0 - 36 meses N=348
	Parentalidades Comprometidas en Casa (Parentalidades Comprometidas)	Subsecretaría Ejecutiva de Primera Infancia del INAU, Uruguay Crece Contigo (UCC - MIDES)	Currículo Parentalidades Comprometidas en Casa	Link a la página web Mensajes de WhatsApp	Variable, mayoritariamente 1 vez a la semana	0 - 36 meses N-1.600

a Corte a diciembre de 2021 (incluye mujeres gestantes)

La **Tabla 1** sintetiza las características de las intervenciones híbridas. Las columnas indican la estrategia de intervención remota o híbrida y el nombre de los programas existentes (los cuales se listan entre paréntesis), la institución implementadora, el contenido del paquete de intervención, el canal o modalidad de entrega, la frecuencia de la atención, y el grupo etario de atención y el número de beneficiarios. En los casos de Panamá, Colombia y Uruguay, se describen las dos estrategias implementadas por separado. Se observa que todos los países (excepto Panamá) utilizan mensajes de texto o de WhatsApp como canal de llegada, en ocasiones en combinación con otros canales, y que la frecuencia de la atención es quincenal o incluso semanal en muchos casos. En la columna de edades y participantes, destaca el tamaño de las intervenciones en Ecuador y Colombia, ambas de escala nacional, y que cubren el total de la población regularmente atendida por el MIES (Ecuador) y el ICBF y el MEN (Colombia).

Temáticas abordadas. La **Tabla 2** muestra que todas las intervenciones tienen el objetivo de desarrollar habilidades cognitivas, de lenguaje y socioemocionales. Además, las intervenciones de Ecuador, Colombia y Uruguay incluyen como objetivo proteger el estatus nutricional y de

salud del niño. En el caso de Colombia (MMTE) y los centros CAIF de Uruguay es a través de la entrega de una canasta de alimentos, mientras que en Ecuador es a través de mensajes sobre estas temáticas. En Ecuador la población objetivo incluye también a mujeres gestantes, a quienes se acompaña con información de salud, cuidados y estimulación prenatal.

TABLA 2: TEMÁTICAS ABORDADAS POR INTERVENCIÓN Y PAÍS

País	Gestación	Cognición	Lenguaje	Desarrollo Socioemocional	Salud y Nutrición
Boa Vista		*	*	*	
Ecuador	*	*	*	*	*
Jamaica		*	*	*	
Panamá		*	*	*	
Colombia		*	*	*	*
Uruguay		*	*	*	*

Canales de atención virtual. La selección de los canales de atención debe considerar las ventajas y desventajas de cada opción. De entre los canales que permiten la comunicación en simultáneo, la videollamada—sea por WhatsApp, Facebook u otra plataforma—permite combinar audio y video y mantener una comunicación interactiva entre la facilitadora y la familia. También permite la presencia y participación activa del niño. En cambio, en la llamada telefónica la única interacción es la voz y la participación de los niños resulta muy limitada o incluso nula para los más pequeños. La ventaja de la llamada telefónica es que solo requiere de un teléfono y señal telefónica, mientras que las videollamadas requieren de un dispositivo electrónico o de un teléfono inteligente y de internet o plan de datos. Por otro lado, de entre los canales que no requieren sincronía entre la facilitadora y la familia, los mensajes multimedia son muy útiles dado que pueden combinar texto, emoticones, audios, fotos, infografías y videos. Sin embargo, requieren de un dispositivo electrónico y conexión a internet o plan de datos. El mensaje SMS, en cambio, incluye solo texto, habitualmente con límite de caracteres, lo cual es una limitante; si bien se pueden recibir con cualquier celular de forma gratuita.

La **Tabla 3** muestra los canales de atención empleados por cada una de las intervenciones. La mayoría descansan en llamadas y mensajes de WhatsApp o SMS. Panamá es el único país sin un servicio de mensajería: la entrega del material se hace de manera presencial y las llamadas telefónicas tienen como objetivo el monitoreo de la atención. Ecuador y Colombia contemplan encuentros presenciales para familias en zonas más alejadas o sin conectividad, como estrategia para evitar la brecha digital.

TABLA 3: CANAL DE ATENCIÓN POR INTERVENCIÓN Y PAÍS

País	Intervención	Mensaje WhatsApp	Video llamada	Mensaje SMS	Llamada telefónica	Encuentro presencial
Boa Vista	S&T	*	*		*	
Ecuador	PAVS	*	*	*	*	*
Jamaica	Early Estimulation Program			*	*	
Panamá	Tu CAIPI en Casa				*	*
Colombia	MMTE	*			*	*
	AC	*			*	*
Uruguay	Crianza Positiva	*				
	PPC	*				

Evaluaciones experimentales y estudios cualitativos. Como parte de su implementación y para poder desarrollar mejoras, se han diseñado varias evaluaciones, tres de los cuales son experimentales: Boa Vista, Jamaica y Crianza Positiva en Uruguay (**Tabla 4**). La primera columna de la **Tabla 4** muestra el diseño de la evaluación que se estaba llevando a cabo previo a la pandemia; la segunda columna muestra cómo se adaptó este diseño para la evaluación de la variante híbrida de la intervención, luego del ajuste de contenidos y de la estrategia de implementación, cosa que sucedió en Boa Vista y en Jamaica. En Boa Vista, la muestra de evaluación se conformó con un subgrupo de niños en el grupo de control de la evaluación de impacto original; mientras que, en Jamaica, se mantuvieron los grupos de tratamiento y control originales. Así, para Jamaica, para algunas familias, el tratamiento combina un período muy corto de atención presencial con el periodo de atención remota. En Uruguay se diseñó una evaluación experimental para evaluar el impacto del programa de mensajería de WhatsApp.

TABLA 4: RESUMEN DE LAS EVALUACIONES EXPERIMENTALES DE LAS INTERVENCIÓNES HÍBRIDAS

Intervención	Evaluación planificada de modalidades presenciales, interrumpida por COVID-19	Evaluación de la intervención híbrida	Avances de la evaluación a julio de 2022
S&T	Evaluación experimental del programa de visitas domiciliarias y grupos de padres basado en Reach Up (ver Recuadro 2)	Evaluación experimental. Se aleatorizó en grupos de control y tratamiento a una submuestra de niños en el grupo de control de la evaluación presencial	Línea de base intervención presencial (N=12.260) Línea de base intervención híbrida (N=600) Línea de seguimiento (en campo; N=600)

TABLA 4: RESUMEN DE LAS EVALUACIONES EXPERIMENTALES DE LAS INTERVENCIONES HÍBRIDAS

Early Estimula- tion Program	Evaluación experimental de la implementación a escala de Reach Up (ver Recuadro 3)	Evaluación experimental, empleando los mismos grupos de control y tratamiento de la evaluación presencial	Línea de base (N=250) Línea de seguimiento (en fase de análisis, N=200)
Crianza Positiva		Evaluación experimental de la intervención en centros: 21 centros en grupo de tratamiento y 18 centros en grupo de control	Línea de base (N=687) Línea de seguimiento (análisis completo, en fase de escritura de resultados N=687)

A su vez, las intervenciones en Boa Vista, Jamaica, Ecuador, Colombia y Uruguay emplearon estudios no experimentales—en su mayoría cualitativos, por medio de entrevistas, grupos focales—y data administrativa para aprender sobre su implementación y conocer el grado de aceptación por parte de facilitadoras y familias, entre otros. La **Tabla 5** describe estos esfuerzos y el tipo de instrumento de evaluación empleado, en su mayoría grupos focales, entrevistas semiestructuradas y encuestas.

TABLA 5: RESUMEN DE LOS ESTUDIOS NO EXPERIMENTALES DE LAS INTERVENCIONES HÍBRIDAS

Intervención	Estudios no experimentales y número de personas/grupos/idades de servicio consultados/analizadas
S&T	Entrevistas con facilitadoras (N=4) Entrevistas con cuidadores (N=6) Entrevistas con supervisoras (N=2) Fichas de registros (N=42.312)
Early Estimulation Program	Entrevistas con facilitadoras (N=25) Entrevistas con cuidadores (N=30) Entrevistas con enfermeras (N=10)
PAVS	Grupos focales a educadoras y coordinadoras de CDI y CNH (N=6) Encuesta a educadoras y coordinadoras de CDI y CNH (N=68) Datos administrativos de cobertura a nivel unidad de servicio (N=6.700)
TU CAIPI en Casa	Encuesta al personal del CAIPI (N=162)
MMTE AC	Talleres Delphos con familias y facilitadoras (N=4) Entrevistas con familias y facilitadoras (N=8) Etnografía digital con familias (N=4) Encuesta para familias y facilitadoras (N=1.409)
PPC en Casa	Evaluación cualitativa y cuantitativa de la intervención piloto a través de encuestas para familias (N=162) y encuesta final para facilitadoras (N=16)

I. Boa Vista, Brasil

En el norte de Brasil, el municipio de Boa Vista implementa el programa *Survive and Thrive* (S&T) para potenciar el desarrollo en la primera infancia y disminuir la mortalidad neonatal. El programa acompaña a las mujeres gestantes desde su embarazo hasta los 3 años de edad de su hijo, garantizando el acceso a los servicios de salud, educación y desarrollo social. El currículum de S&T, que adapta componentes del programa de visitas domiciliarias de Reach Up (ver **Tabla A1** del Anexo) y de su versión para grupos desarrollada en Bangladesh (Mehrín et al., 2022), incluye también módulos para los periodos prenatal, neonatal y 1-6 meses. Los módulos prenatal y neonatal cubren desde la semana 21 de embarazo hasta la octava semana de vida del bebé y tienen un fuerte foco en temas de salud y lactancia, además de promover prácticas de crianza positivas y un vínculo temprano con el niño. La implementación de este nuevo currículum contempló una evaluación de impacto experimental (ver **Recuadro 2**).

En noviembre de 2017 iniciaron las visitas domiciliarias presenciales, las cuales se suspendieron en marzo de 2020 debido a la irrupción de la pandemia. Para seguir apoyando a las familias, se desarrolló un plan de contingencia basado en mensajes de WhatsApp y llamadas quincenales con cada familia para continuar con los encuentros personalizados.

Recuadro 2. Survive and Thrive (S&T): Evaluación experimental de visitas domiciliarias y grupos de padres.

El objetivo de la evaluación era probar la factibilidad, el impacto y la costo-efectividad de una adaptación de los componentes del programa de visitas domiciliarias Reach Up y de su versión para grupos desarrollada en Bangladesh (Mehrín et al., 2022). Se utilizó un diseño experimental en el que participaron un total de 39 vecindarios con un índice de vulnerabilidad alto, de los cuales 25 fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: visitas individuales y reuniones grupales. Estaba previsto que los 14 vecindarios asignados al grupo de control comenzaran a recibir las reuniones grupales en la fase final del programa (Brentani et al., 2020). Entre fines de 2017 y mediados del 2018, se realizó una encuesta de línea de base a todas las mujeres gestantes (12.260 en total) en los 39 vecindarios y se invitó a participar a aquellas que (i) se encontraban en condiciones de pobreza; (ii) tenían menos de 20 años cuando quedaron embarazadas; o (iii) habían estado expuestas a violencia doméstica o sexual. La encuesta de seguimiento, a los dos años de edad de sus hijos, preveía investigar los impactos en el nivel de desarrollo del niño y sobre mortalidad infantil, medida con base en los sistemas de registro civil municipal.

La intervención híbrida

La intervención remota de S&T consiste en llamadas quincenales—vía llamada telefónica o llamada/videollamada de WhatsApp, dependiendo de la conectividad de la familia—y en intercambios semanales de mensajes y videos vía grupos de WhatsApp con las actividades del Manual para Padres de Reach Up en formato de imagen (ver Fig. 1) o de videos explicativos que los cuidadores debían replicar con sus hijos. Las llamadas se realizan cada dos semanas para mantener la frecuencia original de las visitas o reuniones presenciales, las cuales se estructuraban en torno a una actividad de lenguaje y otra cognitiva, motora o socioemocional. Durante la llamada, se refuerza la importancia del juego, el cuidado y las interacciones responsivas para motivar prácticas de crianza positivas durante los difíciles meses de pandemia. También se incluyeron preguntas sobre salud y COVID-19, y se crearon nuevos registros para el seguimiento de las visitas, que incluían preguntas relacionadas con: (i) contagios, distancia social y estrés asociado al COVID-19; (ii) estrés parental más general; (iii) ambiente y estimulación en el hogar; y (iv) recapitulación de la última reunión. Su implementación inició a mediados de marzo de 2020.

Fig. 1. Ejemplo de imagen con actividades lúdicas y de lenguaje para bebés

ATIVIDADES LÚDICAS E DE LINGUAGEM PARA BEBÊS DE 0 A 5 MESES

0-5 MESES	0-5 MESES
Atividades lúdicas	Atividades de linguagem
<p>Acalme o bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando o bebê chorar, pense no que ele pode estar precisando - será que está molhado, com fome, cansado ou precisa de carinho? • Acalme o bebê segurando-o junto ao seu corpo. Diga o nome dele baixinho, movimentando-se lentamente. Toque-o suavemente e afogue suas costas. 	<div style="text-align: center;"></div> <p>Cante para o bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cante para o bebê. • Use uma voz suave e tranquila. • O bebê vai gostar de ouvir sua voz!
<p>Deixe o bebê conhecer a mamãe!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olhe para o bebê e sorria, veja se ele também sorri para você. • Abra e feche a boca emitindo um som suave. Veja se o bebê olha para sua boca. • Segure as mãos do bebê e coloque-as suavemente sobre o seu rosto. Deixe o bebê segurar o seu nariz. 	<div style="text-align: center;"></div> <p>Dê um papo com o bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> • Converse com o bebê o tempo todo - durante a troca de fraldas, a alimentação e o banho. • Descreva o que você está fazendo. • Fale sobre o que o bebê está fazendo. • Logo o bebê conhecerá a sua voz!
<p>Amando e abraçando o bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segure, acaricie, abrace e balance o bebê nos seus braços. • Dê beijinhos no bebê. • Diga ao bebê que o ama. • Acaricie o bebê a toda hora, só porque você o ama. • Isso vai fazer com que o bebê se sinta bem com ele mesmo! 	<div style="text-align: center;"></div> <p>Imite os sons do bebê</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouça os sons que o bebê faz. • Quando o bebê fizer um som, repita o mesmo som para ele. • Veja se o bebê faz o som novamente. • Sorria e mostre ao bebê que você gosta do som que ele está fazendo - "O bebê sabe falar".

Evaluación experimental

Para evaluar el impacto de la intervención remota, se utilizó una submuestra de aproximadamente 600 niños en el grupo de control del estudio original, los cuales se asignaron al azar a dos nuevos grupos: uno de tratamiento y otro de control. Así, el grupo de tratamiento está formado por 300 niños que nunca estuvieron expuestos al programa presencial (ni visitas domiciliarias ni reuniones grupales) y que comenzaron a recibir la intervención remota en junio de 2021. El grupo de control está conformado por 300 niños que no estuvieron expuestos a ninguna estrategia, ni presencial ni remota. Después de nueve meses de entrega de intervención remota, en abril 2022, inició el levantamiento de la línea de seguimiento que incluye dos instrumentos: el *Care-giver Reported Early Development Index* (CREDI) y el *Regional Project on Child Development Indicators* (PRIDI).

Evaluación cualitativa

Durante 2021, se realizaron varias entrevistas a facilitadoras, supervisoras y a las familias sobre la viabilidad y aceptabilidad de la versión virtual del programa. Específicamente, se entrevistó a 4 cuidadores y 2 facilitadoras del grupo que solo ha sido expuesto a la intervención remota, y a 2 cuidadores, 2 facilitadoras y 2 supervisoras del grupo que comenzó en la intervención presencial y transitó a la modalidad remota. Todas las entrevistas se realizaron por Zoom, se grabaron digitalmente y luego fueron transcritas para análisis con el programa NVivo®. Las transcripciones se codificaron usando temas y subtemas previamente definidos.

Principales hallazgos del seguimiento

Todavía no se cuenta con los resultados de las entrevistas ni de la evaluación de impacto, debido a que el trabajo de campo sigue en curso. Sin embargo, contamos con la información de los registros de las visitas que se recogieron quincenalmente y que presentamos a continuación.

Modalidad de entrega y canales de atención:

- Dependiendo de las características y preferencias de las familias, los contactos remotos se realizaron por WhatsApp en un 70% de los casos y por llamada telefónica en un 30%.
- La estrategia remota ha llegado al 80% de las familias del estudio presencial. No obstante, el 20% de familias inscritas—posiblemente, las más vulnerables en los vecindarios—no pudieron ser contactadas ni por teléfono ni por WhatsApp.

Participación de las familias:

- Las reuniones remotas ayudaron a las familias a seguir practicando la parentalidad positiva y promover las interacciones y el juego. Las familias se mantuvieron conectadas con el programa durante 16 meses, a pesar de no tener contacto en persona.

- En promedio, los cuidadores reportan realizar 5 actividades con el niño en los tres días anteriores a las reuniones virtuales. Estas incluyen: leer, contar historias, cantar, jugar, sacar a los niños fuera de la casa, contar o numerar.
- En un contexto de alto estrés, el número de estrategias de disciplina negativas, tales como el castigo físico, fue del 10% de las familias.

Percepciones de las facilitadoras:

- El equipo pudo adaptarse fácilmente a la estrategia de entrega vía WhatsApp o teléfono.
- Se guió a las familias a producir juguetes o a usar objetos domésticos para realizar las actividades.
- Consideran que esta modalidad de entrega se puede adoptar en otras situaciones en las que las visitas presenciales sean difíciles de realizar—por ejemplo, en zonas dispersas o en municipios de grandes extensiones en los que las distancias son un obstáculo.
- Atribuyen el éxito de la intervención a dos factores. Primero, a que las familias estaban inscritas en el programa antes de la pandemia, por lo que recibieron visitas domiciliarias o asistieron a reuniones presenciales, lo cual garantizaba una relación y compromiso con el programa. Segundo, a la existencia de la llamada, que permite a la facilitadora interactuar con la familia. Se considera que si la implementación hubiera sido solo vía mensajería (SMS o WhatsApp), no hubiera sido tan bien recibida por las familias.

II. Ecuador

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) de Ecuador está a cargo de la prestación de los servicios de desarrollo infantil a niños menores de 3 años y mujeres gestantes en hogares pobres, extremadamente pobres y/o vulnerables a través de las modalidades Creciendo con Nuestros Hijos (CNH), Círculos de Cuidado, Recreación y Aprendizaje (CCRA) y de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI). CNH y CCRA ofrecen visitas domiciliarias semanales a mujeres gestantes y familias de niños menores de 18 meses y sesiones grupales, también semanales, a familias de niños de 18 a 36 meses. Tanto las visitas al hogar como las sesiones grupales están lideradas por educadoras. CCRA opera en zonas de mayor dispersión que CNH. Los CDI son centros de cuidado diurno que atienden diariamente a niños de 12 a 36 meses. El servicio CDI también provee consejería a mujeres gestantes y familias con niños menores de 12 meses, con periodicidad quincenal.

En noviembre de 2020, entró en vigor el Protocolo para la Atención Virtual y Semipresencial (PAVS) para la atención remota, cuya implementación se financió con la asignación presupuestaria existente para la atención presencial. En septiembre de 2021, se aprobó el Instructivo de Aplicación del PAVS, un manual de implementación con mayor detalle sobre cómo prestar la atención remota en cada modalidad y que pretende dar respuesta a las necesidades y retos identificados en la evaluación cualitativa que se realizó en marzo de 2021 y que se describe más adelante.

La intervención híbrida

El PAVS y su Instructivo de Aplicación llegaron a las más de 287 mil familias beneficiarias de los servicios CNH, CCRA y CDI en todo el país para orientarlas sobre mejores prácticas de crianza, cuidado, y salud y nutrición. Ofrecen orientaciones y fichas de actividades de fácil comprensión para garantizar la prestación del servicio frente a la suspensión de la atención presencial. Si bien el PAVS se ha desarrollado en respuesta a la emergencia sanitaria por COVID-19, se prevé su implementación futura en caso de presentarse otras emergencias que afecten el desarrollo regular de los servicios presenciales. Asimismo, se ha considerado su potencial uso como estrategia para la ampliación de cobertura entre familias en situación de pobreza y pobreza extrema sin acceso a servicios presenciales.

El PAVS se implementa de forma virtual o semipresencial con base en el semáforo (fase epidemiológica) en el que se encuentra el cantón, según indiquen los Comités de Operaciones de Emergencia (COE) en el país. En semáforo rojo, toda atención es exclusivamente virtual por medio de videollamadas, llamadas telefónicas y/o por mensajería multimedia o de texto. Bajo semáforo amarillo y verde, la atención es semipresencial; es decir, combina la atención virtual con visitas en el hogar o atención en los CDI, de frecuencia variable según el semáforo, el servicio y la población objetivo.²

La **Tabla A2** del Anexo detalla el tipo de atención, su frecuencia, duración y forma de seguimiento para cada modalidad. La educadora determina el canal óptimo para atender a la familia de forma virtual, de acuerdo con las posibilidades de conectividad (acceso a wi-fi), disponibilidad de dispositivo electrónico, o recargas de saldo. Es posible combinar canales—por ejemplo, complementar la atención por videollamada o llamada con videos cortos, imágenes o mensajes de audio—para maximizar la comprensión del contenido. La duración de las videollamadas o llamadas telefónicas es no superior a 20-25 minutos para mantener la atención de la familia y limitar las demandas a su tiempo. El seguimiento a la atención se realiza por videollamada o llamada telefónica. En la atención semipresencial, la visita domiciliar facilita el seguimiento, además de permitir mantener contacto presencial con la familia. Su duración es de 30 minutos para CNH, 40 minutos para CCRA, y 60 minutos para CDI. Para CDI, bajo semáforo verde, se considera también la atención en el centro, respetando los aforos definidos por los COE.

Los materiales para la implementación incluyen lineamientos y guiones específicos para cada modalidad y canal de atención; orientaciones para la detección y derivación de familias con problemas de salud física y socioemocional; orientaciones para la creación y uso de mensajes multimedia y de texto y para la producción de videos; y el cuaderno de 144 fichas, 4 por mes de edad, con actividades de juego y lenguaje para niños menores de 36 meses, adaptadas al contexto y a los servicios con base al Manual para Padres de Reach Up. Adicionalmente, MIES desarrolló 36 fichas para mujeres gestantes, 4 por mes de gestación. Para niños inscritos en servicios de CDI,

2. Inicialmente, se preveía implementar el PAVS en los cantones con semáforo amarillo y rojo exclusivamente. Bajo semáforo verde, se esperaba poder retomar la presencialidad. No obstante, la incertidumbre en torno a la evolución de la pandemia no permitió un retorno progresivo a la presencialidad hasta a partir de enero de 2022, por lo que se ajustó la estrategia de atención bajo semáforo verde a semipresencial.

dado que la atención es diaria, se diseñó una planificación de actividades semanal e indicaciones, con ejemplos, para desarrollar 4 actividades adicionales a partir de la actividad propuesta en el cuaderno de fichas, tal que hubiera una actividad para cada día de la semana. Las fichas están escritas en un lenguaje sencillo e incluyen una imagen que visualmente refleja la actividad a realizar para facilitar su comprensión. Estas imágenes muestran también toda la diversidad étnica del país. Además, cada ficha incluye un mensaje con el objetivo de desarrollo de la actividad y su importancia, y un mensaje sobre salud o nutrición. La **Figura 2** muestra un ejemplo de ficha.

Fig. 2. Ejemplo de ficha para la atención virtual de niños y mujeres gestantes

53

FICHA
3.3
NIÑAS Y NIÑOS DE
0 a 5
MESES

ACTIVIDAD

**Aliento a mi
niña o niño a
que agarre**

- Acuesta a tu niña o niño en un lugar cómodo y seguro.
- Coloca uno de tus dedos en el centro de la mano de tu niña o niño hasta que lo agarre.
- Retira suavemente tu dedo y observa si lo aprieta.
- Elogia a tu niña o niño por hacerlo.

RECUERDA

¡Juega con tu niña o niño!

Jugar a agarrar objetos le permitirá descubrir y manipular los objetos que tiene a su alcance.

SALUD Y NUTRICIÓN

El aseo diario de ojos, oídos y nariz en tu niña o niño lo previene de enfermedades. Recuerda hacerlo con una gasa limpia humedecida y no uses cotonetes. Las uñas se las puedes cortar con una tijera de punta redonda una vez por semana.

En agosto de 2021, se capacitó a 240 coordinadoras sobre el PAVS. El contenido de capacitación se organizó en 3 módulos que se trabajaron individualmente primero, a través de materiales disponibles en la plataforma “Formación Continua” del MIES; y, luego, en sesiones virtuales de

Zoom de 2 horas cada una (una sesión por módulo), cuyo objetivo era fortalecer conocimientos, practicar las estrategias remotas de entrega del servicio vía modelaje, y resolver dudas. Estas sesiones se llevaron a cabo en grupos de hasta 24 personas para facilitar la interacción, el trabajo en grupos pequeños y la retroalimentación. Dada la rotación del personal, esta capacitación no se logró replicar a las educadoras. Pese a ello y pese a las dificultades de conectividad y la baja participación o concentración en las sesiones de Zoom, las participantes y los equipos técnicos del MIES valoraron positivamente la combinación de trabajo asincrónico individual en la plataforma del MIES con un espacio sincrónico vía Zoom; y solicitaron más capacitaciones implementadas siguiendo esta estructura.

Evaluación cualitativa

En marzo de 2021, se realizaron seis grupos focales, con 10-14 educadoras y coordinadoras de CDI y CNH cada uno. Previo a los grupos focales, las participantes respondieron una encuesta por Google Forms. Como resultado de las necesidades identificadas por los equipos territoriales en estos espacios, se desarrolló el Instructivo de Aplicación del PAVS, el cual complementa al PAVS y profundiza y detalla su estrategia de implementación.

Principales hallazgos y recomendaciones

i. Grupos focales

Modalidad de entrega y canales de atención:

- Las educadoras definen el canal de atención con cada familia en función de su evaluación del territorio (distancia, conectividad) y de los recursos de las familias (acceso a wifi, teléfono, recargas de saldo).
- Por lo general, especialmente en zonas urbanas, la atención es virtual, por medio de mensajes multimedia y llamadas de WhatsApp. La videollamada y los mensajes de texto se usan con poca frecuencia puesto que requieren de más recursos de las familias (plan de minutos). Asimismo, las familias no siempre leen los mensajes de texto, cuyo número de caracteres es además limitado.
- Para las videollamadas, se acuerda el día y hora con la familia con antelación.
- En sectores rurales, debido a la poca conectividad, la atención es, en muchas ocasiones, presencial, y su frecuencia varía dependiendo de la dispersión del territorio, aunque oscila entre 1-2 veces por semana. En este caso, de ser posible, se envía la planificación de la actividad con anticipación para que las familias cuenten con los materiales y estén preparadas para la visita.
- En las zonas más dispersas, se mantuvo la atención presencial debido a la poca conectividad o a que las familias no tienen teléfono.

- Para el servicio de CDI, en algunos casos se usó la radio como canal. También se ha usado el WhatsApp para crear chats grupales entre las familias de los niños en un aula, en los que se dan indicaciones generales como complemento a la comunicación personal con cada familia.
- En general, se ha logrado ofrecer la atención en la frecuencia establecida en el PAVS.
- El seguimiento a la atención se realiza principalmente de forma presencial o por videollamada. Durante el mismo, se refuerzan las actividades que las familias no han podido realizar y se profundiza en las consejerías sobre salud y nutrición.
- Un reto importante para el servicio de CDI ha sido ofrecer la atención a la familia y no directamente al niño, como sucede en los centros. Ello ha requerido adaptar el PAVS al contexto del servicio de CDI.
- En cada sesión se pregunta sobre el estado de salud y emocional de las familias, y se retoman las actividades que no hayan podido hacer o con las que hayan tenido dificultad.

Participación de las familias:

- Por lo general, en caso de tener dificultades para realizar la actividad, las familias se comunican mediante mensajes de texto o WhatsApp. También usan estos canales para enviar evidencia (fotos o videos) de la realización de las actividades.

Percepciones de las facilitadoras (educadoras):

- Recomiendan mantener la flexibilidad en los canales y en el modo de atención.
- Las fichas explican muy bien la actividad y han tenido buena aceptación por parte de las familias, quienes las comprenden y las realizan fácilmente. Se valora que estén organizadas por edad, si bien en ocasiones es preciso complejizarlas para adecuarse al nivel de desempeño del niño. Sugieren una capacitación y orientaciones para ello.
- Las fichas se complementan con videos explicativos, con fotos de la educadora realizando la actividad y con mensajes. El video es una buena herramienta para que las familias entiendan la importancia de las actividades planteadas en el desarrollo del niño y cómo realizarlas, pero deben ser cortos. Si no, las familias no los ven. Por ello, solicitan lineamientos sobre cómo producir videos de 2-3 minutos y una capacitación.
- Mencionan que solo han recibido los materiales de trabajo sin lineamientos claros ni una capacitación que oriente el trabajo con las familias. Se solicita una capacitación detallada tal que se trabaje de la misma manera en todos los CNH y CDI del país.

ii. Encuesta

Modalidad de entrega y canales de atención:

- El 68% de las educadoras CNH encuestadas realizan la atención virtual una vez por semana, un 28% lo hace diariamente y un 4% dos veces por semana. En el caso de las educadoras CDI, el 93% de las encuestadas realiza la atención virtual diariamente y, el 7% restante, semanalmente.
- La atención virtual dura 15-20 minutos en promedio.

- El canal más utilizado es el mensaje multimedia por WhatsApp (54%), seguido de la atención presencial (26%). El resto de los canales tienen porcentajes de uso inferiores al 5%.
- La mayoría de las educadoras combina canales para realizar la atención virtual. La principal combinación es el envío de mensajes multimedia y fotografías, principalmente por WhatsApp, con la actividad y el seguimiento mediante llamada telefónica o videollamada.
- Se organizan grupos de WhatsApp con las familias para el envío de mensajes, videos y fotografías con los materiales y la actividad. En menor medida, se envían videos personalizados a las familias.

Percepciones de las facilitadoras (educadoras):

- Reportan como principales dificultades la falta de conectividad y red en el lugar de trabajo, el cambio en las horas acordadas por parte de las familias y la dificultad de transmitir la información a través de los canales virtuales.
- Para organizar la actividad, utilizan principalmente el cuaderno de fichas y las fichas de seguimiento. En la mayoría de los casos, se envía a las familias una versión adaptada de la ficha, en la que se modifica el nivel de complejidad, o se añaden canciones o material adicional, se realizan clarificaciones, y se adaptan las actividades con materiales disponibles en el hogar.
- Se identifica como necesidad el capacitarse en cómo desarrollar las atenciones con base al protocolo y las fichas, y en los lineamientos para la elaboración de videos.

Registros administrativos a nivel nacional

Los [datos administrativos públicos](#) existentes permiten calcular el porcentaje de atenciones entregadas cada mes, ya sea de forma virtual o presencial, y el canal de atención. Las Figuras A1 y A2 en el Anexo muestran esta información desde febrero de 2021 (fecha de inicio de implementación del PAVS) y hasta diciembre de 2021 para los servicios CDI y CNH, incluyendo los datos para CCRA. En enero de 2022 inició el retorno progresivo a la presencialidad.

Como muestra la **Figura A1**, la atención virtual disminuyó conforme la coyuntura fue facilitando el regreso a los servicios presenciales. Para CDI, si bien las atenciones virtuales representaban el 93% del total de atenciones en febrero de 2021, este valor bajó al 77% a diciembre del mismo año. De modo similar, para CNH, el porcentaje promedio de atenciones virtuales se redujo del 81% al 55% en este mismo período. Con relación a los canales de atención, la **Figura A2** muestra que el canal más empleado es el mensaje multimedia, con el 70% de prevalencia para CDI y el 65% para CNH a diciembre de 2021; seguido de la videollamada, que representó el 17% de las atenciones en CDI y el 15% en CNH en esa misma fecha. Estos porcentajes se mantuvieron relativamente constantes a lo largo del período analizado, por lo que solo se presenta la distribución al inicio (febrero 2021) y al final (diciembre de 2021) del mismo.

III. Jamaica

Previo a la pandemia, en agosto de 2019, el Ministerio de Salud y Bienestar de Jamaica había comenzado a implementar el programa *Reach Up* a escala nacional por medio de visitas domiciliarias quincenales a hogares con niños de 6 a 36 meses de edad, bajo el nombre de Early Stimulation Program. Su implementación estaba prevista por distritos, en etapas, hasta alcanzar 6 de los 13 distritos del país, e incluía una evaluación de impacto experimental (ver **Recuadro 3**). A partir de septiembre de 2020, los mismos 6 distritos comenzaron la implementación de la intervención remota.

Recuadro 3. Evaluación experimental del Early Stimulation Program presencial.

En 2019, el Ministerio de Salud y Bienestar de Jamaica inició la implementación progresiva del programa *Reach Up* a escala nacional en los 13 distritos del país. Con la colaboración del BID, se planificaron tres estudios para evaluar sus procesos, sus costos y su impacto, respectivamente. Cada distrito tenía entre 1 y 7 centros de salud involucrados en el reclutamiento de participantes, cuyas facilitadoras (agentes de salud comunitarias) debían identificar al menos ocho familias que cumplieran con los criterios de elegibilidad para inclusión en la muestra de la evaluación de impacto. La asignación de los participantes se realizó aleatoriamente por distrito de salud. Se asignaron ocho participantes a cada facilitadora, cuatro pertenecientes al grupo de tratamiento y otras cuatro familias al grupo de control. El grupo de control era, de facto, una “lista de espera”, en la medida que sus integrantes recibirían la intervención al cabo de diez meses de implementación del programa. Antes de que comenzara la pandemia, se logró completar la capacitación tanto de los capacitadores (enfermeras, nutricionistas, educadoras de salud) como de las facilitadoras, así como iniciar actividades de implementación en 6 de los 13 distritos. La muestra total prevista era de 816 familias. Sin embargo, hasta el momento de la suspensión por COVID-19, se había logrado levantar datos de línea de base para 507 familias. La línea de seguimiento estaba prevista para fines de 2020.

La intervención híbrida

La intervención remota del programa de *Reach Up* en Jamaica abarca 3 componentes. El primero consiste en la entrega física del Manual para Padres a las familias, junto con algunos materiales: dos libros ilustrados, seis bloques, dos crayones y un rompecabezas. El segundo consiste en llamadas telefónicas dos veces al mes realizadas por las facilitadoras, cuyo objetivo es conversar sobre las actividades que se acordó realizar en la última llamada, introducir una nueva actividad de juego y lenguaje para las dos semanas siguientes, y esclarecer cualquier duda del Manual para Padres. El tercer componente consiste en mensajes de texto enviados por una empresa

telefónica ajena al gobierno y al Ministerio. Estos mensajes refuerzan las actividades que los padres deben realizar de acuerdo con la edad del niño.

Por su lado, las facilitadoras recibieron un manual que contenía las pautas para realizar las llamadas, las actividades del Manual para Padres y los mensajes de texto que se enviaban a las familias. Además, participaron de una capacitación sobre cómo realizar las llamadas telefónicas y se les proporcionó un guion que describía los pasos a seguir durante las mismas. A cada facilitadora se le asignaron cuatro familias y se le proporcionó crédito telefónico y un libro de registro para anotar las actividades realizadas con cada niño.

Evaluación experimental

La principal evaluación del programa remoto es parte del ensayo aleatorio controlado originalmente planificado para evaluar la modalidad presencial. La intervención remota mantuvo a las 507 familias en el programa presencial en los grupos de tratamiento y control originales y con información de línea de base. En junio de 2021, después de 8 meses de implementación del programa remoto, se realizó una encuesta de seguimiento a todas estas familias quienes, adicionalmente, habían recibido al menos una visita domiciliaria antes de pasar a la modalidad virtual. Este cuestionario fue aplicado telefónicamente y consta de 18 preguntas acerca de prácticas parentales y de crianza. Los datos recabados están siendo analizados y sus resultados serán publicados a fines del 2022.

Estudio cualitativo

Además, en 2021 se llevó a cabo un estudio cualitativo que recogió las opiniones de facilitadoras, enfermeras—quienes capacitaron y supervisaron a las facilitadoras—y familias sobre la viabilidad y aceptabilidad de la versión virtual del programa. Específicamente, entre abril y mayo, se entrevistó a 29 facilitadoras sobre el manual con pautas para realizar las llamadas; el paquete entregado a los padres (Manual y juguetes); la modalidad de entrega; el libro de registro de visitas; y su apreciación general de la intervención. En octubre, se recogieron las percepciones sobre estos mismos temas de 13 enfermeras, aproximadamente dos por distrito. Finalmente, entre julio y agosto, se entrevistó a 25 cuidadores, para obtener su opinión sobre los canales de entrega, el Manual para Padres y los juguetes recibidos, así como sus impresiones sobre la intervención. Todas las entrevistas, de entre 20 y 55 minutos de duración, se realizaron por teléfono y se grabaron digitalmente. Fueron transcritas para análisis usando Nvivo.

Principales hallazgos del estudio cualitativo

Modalidad de entrega y canales de atención:

- Se aprecia la flexibilidad de la virtualidad y que las actividades se puedan hacer desde casa, sin necesidad de salir. No obstante, más del 90% de las facilitadoras prefieren la atención

presencial debido a que les permite observar el desarrollo del niño, mientras que la estrategia virtual implica confiar en lo que dice el cuidador acerca del niño.

- Algunos de los padres declaran tener problemas de señal o no poder recibir las llamadas debido a compromisos laborales. En algunos de los casos en los que no se podía contactar a los padres, las facilitadoras realizaron las visitas en persona.
- Las facilitadoras consideran que el mensaje de texto es un buen recordatorio, le da credibilidad que lo haga una empresa telefónica externa y les ayuda a no olvidarse de realizar la actividad. El Manual, por otro lado, sirve para reforzar en caso de dudas. Algunos cuidadores coinciden en que el mensaje de texto es un buen recordatorio para fomentar el juego y la interacción con el niño.
- El principal problema técnico de tercerizar el servicio de mensajería es que algunos cuidadores recibieron los mensajes con el género incorrecto de su hijo.

Percepciones de las familias:

- Gracias a la atención remota, los cuidadores sienten que las facilitadoras siguen interesadas en el desarrollo de sus hijos y en mantener el vínculo. Además, declaran que las llamadas los hacían sentir acompañados y apoyados en la labor de crianza y que los animaron a interactuar más y mejor con su hijo, logrando que aprendan y que se genere un apego saludable durante la pandemia.
- El 50% de los cuidadores apreciaron los materiales, pero otros no estaban interesados en ellos. Algunos cuidadores pidieron más material de juego.
- Se valora el Manual para Padres positivamente porque se encuentra fácil de entender y útil para guiar las actividades y construir juguetes.
- Las familias que no pudieron utilizar el material reportan que fue porque no tenían el tiempo, porque tenían compromisos de trabajo o porque lo encontraban similar a los mensajes de texto. Algunos padres declaran que solo podían realizar las actividades los fines de semana y otros mencionan la necesidad de tener un espacio para poder jugar y realizar la actividad con los niños.
- Algunos cuidadores avanzaban con las tareas a su propio ritmo y otros sugerían aumentar el nivel de complejidad de las actividades para igualarlo al nivel de desarrollo del niño. Las actividades que más realizaron son aquellas que se podían integrar a la rutina, como cantar canciones, caminar por el barrio, el juego de roles o nombrar objetos.
- Algunos cuidadores sugieren aumentar las interacciones con las facilitadoras, especialmente dado que los niños no estaban asistiendo a establecimientos educacionales.

Percepciones de las facilitadoras:

- Más del 90% de las facilitadoras aprecian la intervención.
- Más del 50% encuentra los materiales útiles e informativos para las llamadas. Más de un 25% considera su estructura y organización aceptable y más de la mitad cree que el diseño facilita las llamadas. Sin embargo, alrededor del 20% declara que no había suficiente información y prefiere el currículum de las visitas domiciliarias presenciales.

- Uno de los desafíos mencionados es el adaptar el nivel de dificultad para cada niño.
- Sugieren incluir más juguetes/materiales ya que algunos padres no tenían los materiales o tiempo para construir los juguetes.
- Solo el 10% de las facilitadoras anotaron la información de las visitas en el libro de registro de vistas, debido a que consume tiempo y tienen muchas otras responsabilidades.
- Relacionado con lo anterior, algunas facilitadoras mencionan que se sienten abrumadas y frustradas por la carga de trabajo. Se sugiere dar incentivos (también a los padres) para mejorar los resultados.
- En relación con la supervisión, solo algunas enfermeras pudieron realizar la supervisión de las facilitadoras durante la intervención remota. El principal problema fue que tenían otras demandas asociadas a la pandemia.

IV. Panamá

En Panamá, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ente rector de la prestación de servicios de primera infancia para niños menores de 4 años, desarrolló dos intervenciones en respuesta a la pandemia: Tu CAIPI en Casa y Mochila CUIDARTE. Tu CAIPI en Casa ofrece servicios de educación a distancia para niños 0-4 años inscritos en los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI), así como una [plataforma web](#), abierta a todo el público, con recursos para el cuidado y la crianza. La Mochila CUIDARTE consiste en una mochila con una guía de actividades de juego y lenguaje y juguetes y materiales para desarrollarlas. Se ha distribuido a hogares vulnerables en áreas rurales y de difícil acceso.

Ambas intervenciones se diseñaron a partir de la Guía Semanal para Visitas de Desarrollo del programa CUIDARTE, usando como referencia el Manual para Padres. CUIDARTE es un programa de acompañamiento a familias con niños de 6 a 36 meses en comunidades rurales e indígenas sin acceso a servicios institucionales de educación inicial. Consiste en una adaptación del programa de visitas domiciliarias de Reach Up y su currículum de actividades, que MIDES diseñó y piloteó a pequeña escala entre 2018 y 2019 con el apoyo del BID, y que, actualmente, está en fase de implementación a escala.

Tu CAIPI en Casa

La intervención híbrida

Tu CAIPI en Casa incluye dos componentes. Por un lado, el servicio de educación a distancia para niños menores de 4 años matriculados en los CAIPI. Este servicio ofrece actividades educativas adaptadas del programa CUIDARTE con sus respectivos juguetes y materiales, elaborados

por las educadoras de los CAIPI. Cada 15 días, las familias van al CAIPI a retirar los materiales y la descripción de las actividades a realizar hasta la siguiente visita al centro. Durante el encuentro, las educadoras modelan cómo realizar las actividades a los padres. Semanalmente, las mismas educadoras realizan un monitoreo por teléfono. La intervención inició en agosto de 2020 con la realización de 5 jornadas de capacitación para presentar el currículo y los instrumentos de registro, acompañamiento y evaluación a todo el personal de implementación. A partir de febrero de 2021, Panamá inició la reapertura presencial, gradual y voluntaria, de los CAIPI, con lo que Tu CAIPI en Casa fue dejando de implementarse.

Por otro lado, el contenido disponible en un [micrositio web del MIDES](#), desarrollado en colaboración con BID y UNICEF, consiste en una biblioteca virtual y un repositorio con herramientas y materiales para fomentar la comunicación y el juego afectivo. Incluye videos, historias, canciones, recomendaciones de cuidados, actividades y ligas a otro material descargable, disponible en español y en idiomas nativos, y desarrollado por diferentes organizaciones, entre ellas Plaza Sésamo. El contenido está dividido en siete categorías: Leamos, Juguemos, Cantemos, Cuidémonos, Crianza Positiva, Hablemos de Primera Infancia y Educadores. También incluye pautas de nutrición, recetas para preparar en casa, y guías para el cuidado de enfermedades y la detección y atención al COVID-19.

Información de seguimiento a la intervención

Existen dos fuentes de información sobre el funcionamiento de Tu CAIPI en Casa. La primera son los informes de avances de implementación, que recopilan información sobre cobertura y su funcionamiento general. Además, en agosto de 2020, la unidad de Coordinación de Primera Infancia del MIDES aplicó una encuesta dirigida al personal del CAIPI, incluyendo maestras, asistentes y administradoras y padres de familia para conocer su nivel de aceptación de la modalidad híbrida y sugerencias para mejorar su implementación.

Principales hallazgos de los informes de avance y encuesta

Cobertura:

- A septiembre de 2020, el 81% de los 98 CAIPI del país estaban implementando la modalidad híbrida. Esta cifra subió hasta el 92% en diciembre de ese mismo año.

Participación de las familias:

- En agosto de 2020, al inicio de la intervención, la mayoría (70%) de los niños participantes tenían entre 3 y 4 años; un 20% adicional tenían entre 2 y 3 años.
- El 44% de las familias reporta haber desarrollado actividades de juego y comunicación en el hogar más de 7 días, un 45% entre 3 y 5 días, y el 11% restante menos de 2 días.

- Los adultos que realizan las actividades con los niños son, por lo general, las madres (70.3%), seguidas de las abuelas (16.7%) y los padres (13%).
- Según el personal del CAIPI, el compromiso de las familias fue muy alto. Destacaron su interés en participar (76%), de colaborar con el personal CAIPI (62%), y de asistir puntualmente a las citas (45%).

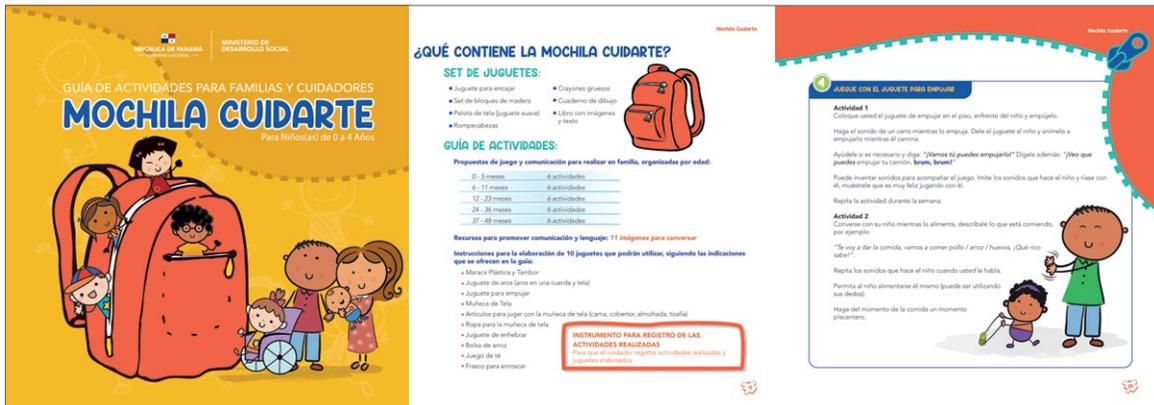
Percepciones de las facilitadoras:

- Con relación a las necesidades logísticas para implementar Tu CAIPI en Casa, las facilitadoras destacan: conexión a internet, computadores y teléfonos (35%); más recursos para construir juguetes y material didáctico (13%); la infraestructura y mantenimiento del centro (8%); y tarjetas para llamar a las familias (5%).
- De entre los aspectos de contenido, se identifican como necesidades: más actividades para los niños de 4 años, apoyo/orientaciones para realizar los seguimientos telefónicos semanales y evaluar avances, y capacitaciones en el uso del currículo CUIDARTE.
- El 53% sugiere cambios al diseño y forma de implementación de Tu CAIPI en Casa, de entre los que destacan realizar más talleres con los niños, aumentar la frecuencia de los encuentros con la familia, y más actividades para desarrollar habilidades motoras. Algunas educadoras solicitan poder ver a los niños al menos una vez al mes.
- En relación con lo que más les gusta del programa, mencionan: el trabajo en equipo, la participación de las familias, el manual de juguetes, e interactuar con los niños, aunque sea a distancia.

Mochila CUIDARTE

La Mochila CUIDARTE contiene juguetes y libros, una guía para construir juguetes en casa y una guía con 30 actividades de juego y lenguaje, dirigida a las familias, con instrucciones sencillas sobre cómo desarrollar las actividades y cómo usar el contenido de la Mochila. Las actividades están organizadas por edad y por juguete. Se proponen cinco actividades para cada rango de edad: 0-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses, 24-36 meses y 37-48 meses. El conjunto de materiales de la Mochila contiene juguetes para encajar, un set de bloques de madera, una pelota de tela, un rompecabezas, crayones gruesos, un cuaderno de dibujo y un libro de imágenes. El MIDES entrega el material directamente a las familias por medio de facilitadoras capacitadas, quienes, al momento de la entrega, promueven la exploración del contenido de la Mochila con la familia y aclaran preguntas. Estas facilitadoras son también responsables del seguimiento a la atención, el cual se hace por medio de visitas quincenales a los hogares o por llamadas telefónicas. Por lo general, las facilitadoras tienen experiencia en trabajo social, promoción social y estimulación temprana. La mayoría son personal del MIDES y unas pocas pertenecen a organizaciones no gubernamentales con las cuales el MIDES estableció una alianza para la implementación y seguimiento de la Mochila en ciertos territorios. La **Figura 3** muestra el contenido de la Mochila CUIDARTE y una página de la guía de actividades.

Fig. 3. Contenido de la Guía de la Mochila CUIDARTE y ejemplo de actividad



Se entregaron un total de 5.000 Mochilas a familias en áreas rurales y de difícil acceso en 12 regiones del país, iniciando en junio de 2021.³ El MIDES cuenta con el apoyo técnico y financiero de UNICEF para el desarrollo de una evaluación de la intervención, cuyos resultados estarán disponibles a lo largo del segundo semestre de 2022.

V. Colombia

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Ministerio de Educación Nacional (MEN) son los principales prestadores de servicios de educación inicial y preescolar por medio de centros de cuidado, servicios de acompañamiento familiar o hogares comunitarios (ICBF), y preescolares (MEN). La respuesta de ambas instituciones para dar continuidad a la atención de forma remota fue extraordinariamente rápida: ICBF diseñó y adoptó Mis Manos Te Enseñan (MMTE) y MEN el programa Aprender en Casa (AC). En diciembre de 2020, se realizó una evaluación de procesos y resultados de la implementación de ambos programas con el apoyo del BID. En el **recuadro 4** se detallan las estrategias de evaluación utilizadas.

3. 4.563 Mochilas fueron entregadas por facilitadoras del MIDES y 437 por facilitadoras de las organizaciones aliadas.

Recuadro 4. Diseño de la evaluación de procesos y resultados de MMTE y AC.

Se evaluó el diseño y los procesos de implementación de ambos programas a nivel nacional, con énfasis en zonas rurales y con limitaciones de conectividad, para explorar su efectividad en la promoción de interacciones cuidador-niño y en la participación de los cuidadores en el proceso de desarrollo. Se usaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos, en una muestra de usuarios de los servicios del ICBF y el MEN balanceada por región y condición de ruralidad. Los tamaños de muestra para cada instrumento se muestran a continuación.

Evaluación cualitativa. Se aplicaron virtualmente talleres Delphos, entrevistas semiestructuradas y etnografías. Los talleres Delphos consultaban la opinión de los cuidadores acerca del cuidado y crianza de sus hijos, desde sus vivencias durante la pandemia, y a las facilitadoras⁴ acerca de la realización de su trabajo de forma remota. Las entrevistas semiestructuradas ayudaron a profundizar en estos temas y la etnografía digital analizó audios, fotos, videos y textos.

Evaluación cuantitativa. Se administraron encuestas telefónicas a 749 familias y 657 facilitadoras. El cuestionario para las familias incluía preguntas sobre prácticas de crianza, cuidado y salud, y sobre los programas. El cuestionario al personal implementador se divide según el programa y rol—docentes, agentes educativos, madres comunitarias, profesionales en pedagogía, psicosociales y en salud o nutrición—e indagó sobre el trabajo con las familias.

	MMTE	AC	Total
Talleres Delphos	10 (en 2 talleres)	10 (en 2 talleres)	20
Entrevistas	4	4	8
Etnografías	2	2	4
Encuestas a familias	367	385	749
Encuestas a personal del programa	364	293	657

4. Por consistencia con las intervenciones presentadas a lo largo del documento usaremos el término 'facilitadoras'. En el caso de MMTE, este se refiere a madres y padres comunitarios y otros agentes educativos; en el caso de AC, se refiere a docentes.

Mis Manos Te Enseñan

La intervención híbrida

El objetivo principal de **MMTE** es “acompañar a las familias para que los días de aislamiento se conviertan en oportunidades de compartir tiempo, estrechar vínculos afectivos y hacer de su hogar el lugar más seguro para sus niños”. La estrategia tuvo dos momentos diferenciados. La etapa inicial, Contacto Sin Contagio, implementada entre marzo y abril de 2020, estuvo enfocada en continuar el proceso pedagógico en el hogar y asegurar la nutrición de los 1.7 millones de usuarios de los servicios de primera infancia del ICBF. Lo primero a partir de acompañamientos telefónicos a los hogares y lo segundo a partir de la entrega de canastas alimentarias. Una segunda fase, de abril en adelante, construyó sobre la primera y adicionalmente incorporó (i) acompañamientos psicosociales y nutricionales mediante llamadas para usuarios en riesgo; y (ii) kits pedagógicos y cartillas con base a 14 prácticas relacionadas con el cuidado y la crianza para que las familias continuaran con la promoción del desarrollo infantil. Las familias recibían hasta cinco llamadas sobre cuidado y crianza al mes y una llamada para seguimiento al desarrollo. Los usuarios con desnutrición, o en riesgo, recibían tres llamadas pedagógicas al mes, dos llamadas de seguimiento nutricional y una llamada mensual para el seguimiento del desarrollo. Para usuarios en zonas remotas y en ruralidad dispersa hubo atención presencial o se descansó en medios comunitarios alternativos. Asimismo, ICBF aseguró la capacitación de sus facilitadoras a través de su estructura de implementación en territorio.

Principales hallazgos del estudio cualitativo

i. Taller Delphos, Entrevistas y Etnografías

Percepciones de las familias:

- La percepción sobre la utilidad y pertinencia de los temas que trata la estrategia es favorable. Se considera que sirven para enseñar los riesgos que corren los niños en el hogar y cómo mitigarlos o eliminarlos, así como a mejorar la convivencia familiar, el respeto y la comunicación. Además, ayudan a prevenir el maltrato infantil, mostrando cómo utilizar prácticas de crianza que no recurran a la violencia.
- Se valoran positivamente: (i) la comunicación frecuente entre la facilitadora y el cuidador, de forma presencial o remota, que motiva y acompaña a las familias y resuelve dudas acerca de los cambios y actitudes de los niños o sobre las actividades y temas incluidos en la estrategia; (ii) actividades como pintar, bailar y hacer manualidades, con las que los niños se ocupan y aprenden al tiempo que se olvidan un poco de la situación de ‘encierro’; y (iii) el envío de la canasta nutricional y materiales para los niños, que ayudan a disminuir los gastos de las familias.
- Algunas familias señalan como debilidad que las actividades y contenidos de las cartillas están pensados para niños más grandes.

Percepciones de las facilitadoras:

- Consideran que las familias encuentran los temas y las actividades útiles y que son fuente de aprendizaje.
- La intensidad (frecuencia) de implementación fue suficiente dadas las otras ocupaciones (incluyendo laborales) de los cuidadores. En ocasiones, otros hijos mayores ayudaban.
- Contar con un taller de formación para cuidadores hizo más fácil la comprensión y aplicación de la estrategia.
- Pese a los esfuerzos realizados, sigue habiendo población rural dispersa con dificultades de acceso a la estrategia, por lo que se sugiere fortalecer MMTE con estrategias complementarias y no convencionales (perifoneo, radio, carteleras) de comunicación.

ii. Encuesta

Modalidad de entrega y canales de atención:

- El principal canal para comunicarse con las familias son las llamadas a celular (96%), seguido del WhatsApp (87%). Una menor proporción (40%), hace uso de Plataformas (Facebook, Google Meet, Zoom, Microsoft Teams). Son aún menos los que utilizan el teléfono fijo (13%) o medios comunitarios alternativos (11%).
- Los principales retos en la comunicación con las familias son la falta de tiempo de estas por trabajo (63%) y la falta de acceso a datos o minutos (48%).
- El 72% de las facilitadoras reporta haber recibido algún tipo de capacitación para cambiar la modalidad de atención de presencial a remota. La inmensa mayoría indica que esta fue útil, de calidad, práctica, concreta y pertinente. El 79% de facilitadoras señaló que recibe acompañamiento para ejercer sus labores de forma remota.

Participación y percepciones de las familias:

- Un 98% de las familias reporta haber recibido la canasta nutricional mensualmente y un 79% indica que ésta se comparte con otras personas del hogar. El 77% declara que la canasta es suficiente y el 94% declara que es de calidad.
- El 88% de los encuestados confirmó recibir las cartillas y materiales (kit pedagógico) que facilitó el ICBF. Casi todas estas familias (97%) también recibieron orientación sobre su uso y reportan haberlos usados extensivamente. Entre los motivos mencionados por quienes no los utilizaron destacan que no gustaron al niño (52%) y que los encontraron difíciles (39%).
- Las familias declaran haber recibido asesoría en temas pedagógicos (88%), en prácticas de crianza y cuidado (79%), y en temas psicosociales (68%) y de salud y nutrición (62%).

Percepciones de las facilitadoras:

- Para el 92,6% de las facilitadoras, la experiencia con el trabajo a distancia ha sido muy positiva y para el 7,4%, la experiencia ha sido menos favorable.
- En cuanto a la frecuencia de contacto con las familias, en su mayoría se realiza dos veces por semana (36%) o a diario (en días laborales, 35%). Una menor proporción reporta contactos

semanales (14%), quincenales (4%) o mensuales (4%). En pocas ocasiones, se reportaron contactos esporádicos (2%) o nunca (3%).

- El 72% de facilitadoras considera que cuenta con todos los elementos para realizar su trabajo. El resto identifica como limitantes la falta de: computador (79%), conexión a internet (50%), celular inteligente (26%), o tableta (26%). Una menor proporción señaló la necesidad de contar con equipo de sonido (12,3%), servicio de telefonía celular (11%), televisión (9%), servicio de telefonía fija (8%) o con un celular básico (5%).
- Casi todas las facilitadoras (97%) valora altamente los kits pedagógicos y cartillas e indica que han permitido a las familias participar en el proceso educativo de sus hijos. El 95% señala que estos kits han facilitado que los niños sigan aprendiendo desde casa.
- La mayor parte de facilitadoras valora como buena o excelente la calidad de la comunicación que mantienen con las familias desde el inicio de la pandemia.

Aprender en Casa

La intervención híbrida

El objetivo principal de [AC](#) es “promover y facilitar el aprendizaje en casa para la primera infancia”. Para ello, el MEN puso a disposición de todos los docentes, directivos y cuidadores una serie de guías imprimibles para trabajar con niños y adolescentes. Asimismo, la estrategia incluye lineamientos, orientaciones y recursos, tales como orientaciones para organizar kits pedagógicos, guías para el trabajo en casa, materiales para imprimir, recursos interactivos y otros contenidos digitales, organizados en la plataforma “[Aprende Digital: Contenidos para Todos](#)”, los cuales fueron adaptados por las Secretarías de Educación Locales e implementados por Instituciones Educativas y docentes. La estrategia también incluye programas educativos por televisión, radio e internet, por medio de alianzas con medios nacionales. Específicamente, MEN dispuso una parrilla de programación especializada para los niños, en la que se incluye Profe en tu Casa, con un programa semanal destinado a promover experiencias en casa para la población de primera infancia, así como uno dirigido a las familias; y contenido diario por radio. Para familias sin conectividad, MEN dispuso recursos técnicos y financieros para que las Secretarías de Educación tuvieran material físico, como guías y textos impresos, que por medio de los establecimientos educativos llegaran a familias y cuidadores. Asimismo, se capacitó a los docentes en el uso de estos materiales a través de las Secretarías de Educación Locales.

Principales hallazgos del estudio cualitativo

i. Taller Delphos, Entrevistas y Etnografías

Modalidad de entrega y canales de atención:

- Los principales canales de comunicación son videos enviados por WhatsApp que explican las actividades y los temas; y la comunicación regular con docentes por llamada telefónica o videollamada, o, de forma presencial, si bien menos frecuente.
- La comunicación con las familias fue constante y se adaptó a las familias que, por trabajo, solo podían comunicarse en las noches y fines de semana.

Percepciones de las familias:

- Las familias señalan que los temas tratados son pertinentes y que los niños los disfrutaron.
- El programa ha aumentado la participación de los cuidadores en la educación de los niños y ha generado mayor cercanía entre ellos.

Percepciones de las facilitadoras:

- Se considera que, por lo general, las actividades propuestas se ajustaron a las necesidades de educación inicial, aunque la parte motriz fue un reto.
- Si bien las herramientas desarrolladas fueron suficientes, la implementación requiere de mucha flexibilidad de parte de las facilitadoras para adecuarse a los tiempos y necesidades de las familias.
- Destacan la alta capacidad de adaptación e involucramiento de las familias en la educación de los niños y el trabajo en equipo implementando distintas herramientas.
- En zonas rurales, algunas familias no tenían medios para acceder al programa y hubo deserción porque varios se fueron al campo a trabajar. Además, hay padres analfabetos funcionales y es difícil que ellos enseñen a leer.
- Otras dificultades incluyen: la falta de motivación o de tiempo de las familias para realizar las actividades, que los temas y actividades no corresponden con la edad de los niños, y falencias en la conectividad y el Internet.
- Se sugiere contar con un equipo de nutricionistas para seguimiento al tema nutricional.

ii. Encuesta

Modalidad de entrega y canales de atención:

- El principal medio de comunicación que utilizan los docentes para comunicarse con los padres de familia es WhatsApp (91%), seguido de llamadas a celular (81%) y de Plataformas (Facebook, Google Meet, Zoom, Microsoft Teams) (47%). Una menor proporción reporta las reuniones presenciales (17%) y las llamadas al teléfono fijo (9%).

- Los canales considerados más efectivos son el WhatsApp (61%), seguido de llamadas al teléfono celular (26%) y en menor medida las reuniones presenciales y las plataformas (8 y 3%, respectivamente). En ningún caso se mencionaron las llamadas a teléfonos fijos.
- De entre los principales retos se identifican: la falta de acceso de las familias a datos, minutos, etc. (73%); su falta de tiempo debido a que tenían que atender su trabajo (50%); y la falta de equipos de comunicación por parte de los padres (49%).
- El 45% de las facilitadoras recibió algún tipo de capacitación para cambiar la atención de los niños de modalidad presencial a distancia, el 18% sólo recibió alguna indicación o acompañamiento puntual y el 32% no recibió ningún tipo de capacitación. El 77% de los docentes señaló recibir acompañamiento o apoyo de su establecimiento educativo para ejercer las tareas en modalidad virtual.

Percepciones de las familias:

- El 74% de las familias recibieron las guías orientadoras y el 70% reporta usarlas a diario.

Percepciones de las facilitadoras:

- El 59% de los docentes consideran que cuentan con todos los elementos para realizar su trabajo correctamente y el 40% considera que hay carencias.
- El 89% considera que el material pedagógico sirve de apoyo para que los niños sigan aprendiendo desde casa.
- El 86% reporta que estos recursos han permitido que las familias participen más y mejor en el proceso educativo de sus niños y que trabajen las habilidades socioemocionales con ellos.
- El 58% de docentes opina que el aprendizaje de los niños es igual o mejor respecto al de antes de la pandemia.
- El 61% señaló haber encontrado apoyo de los cuidadores.
- La mayor parte de los docentes califica como buena o excelente la calidad de la comunicación con los cuidadores desde el inicio de la pandemia, la cual es diaria (en días laborales) en un 80% de los casos.

VI. Uruguay

Desde hace más de 25 años, funcionan en Uruguay los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) dependientes del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) que atienden a casi 60.000 niños de 0 a 3 años, sea en modalidad de talleres para cuidadores (niños 0-2) o en modalidad de centro de cuidado de tiempo completo (niños de 3 años). Dentro de los CAIF, el programa Experiencias Oportunas (EO) ofrece un encuentro semanal para conversar sobre temas de crianza y promover el juego y el desarrollo entre cuidadores y niños de 0 a 2 años. Cada encuentro multifamiliar dura 3 horas y se divide en tres tiempos: juego, conversación y alimentación. En el tiempo de juego del niño junto a sus referentes adultos, se ofrece un espacio y variedad de materiales (colchonetas, pelo-

tas, telas, escaleras, túneles, bloques, etc.). Las coordinadoras usan fundamentalmente la técnica del juego espontáneo, observando qué quiere hacer el niño, a dónde quiere ir, qué objeto quiere usar, etc. Así, los materiales tienen un diseño simple que pueda adaptarse al interés de cada niño.

Crianza Positiva (CP), por otro lado, es un programa de carácter preventivo que ofrece una intervención breve e intensa a través de mensajes de WhatsApp (texto y audio) y talleres basados en un currículo específico del programa con el objetivo de fortalecer la crianza. Se diseñó en 2017-2018 para ser implementado en una decena de centros CAIF durante 8 sesiones (o talleres) con los padres. Al finalizar los talleres se enviaban mensajes de WhatsApp a los cuidadores participantes durante 24 semanas. Estos mensajes utilizaban herramientas de las ciencias del comportamiento, como recordatorios, llamados a la acción y mensajes motivadores y de repetición, con el objetivo de fortalecer las competencias de crianza, sostener prácticas en el tiempo y contribuir al mejor desarrollo del niño. Balsa et al. (2021a) evaluaron la primera implementación del programa de talleres y mensajes a través de un diseño experimental y mostraron un aumento de la frecuencia del involucramiento parental y de la calidad de las interacciones de lenguaje entre cuidadores y niños.

Finalmente, en 2016, la Subsecretaría Ejecutiva de Primera Infancia del INAU, en un trabajo conjunto con el área de Territorios para Crecer de Uruguay Crece Contigo (UCC-MIDES), diseñó Parentalidades Comprometidas (PPC). Desde un enfoque de prevención y promoción, PPC busca acompañar y promover parentalidades comprometidas con el desarrollo integral de niños de 0 a 3 años por medio de un ciclo de talleres con los padres de 8 encuentros. Específicamente, estos encuentros tienen como objetivo fortalecer las competencias parentales de referentes familiares, fomentar una distribución equitativa del cuidado y la crianza entre hombres y mujeres, y visualizar la corresponsabilidad social en los cuidados y la crianza.

Crianza Positiva con familias de CAIF

A raíz de la crisis sanitaria del COVID-19, los CAIF estuvieron cerrados desde finales de marzo hasta diciembre de 2020 por lo que las familias no tuvieron ni encuentros de EO ni los talleres de CP. Por ello, entre fines de marzo y junio, se diseñaron mensajes de texto y audio para mantener el contacto con las familias, los cuales se enviaron entre julio y diciembre a los padres de niños de 0 a 2 años que asistían a los centros CAIF y que no habían recibido talleres presenciales previos. Estos mensajes tenían como objetivo apoyar a los padres en su rol de promotores del desarrollo de sus hijos, pero también acompañarlos en la situación particular de la pandemia y mejorar el bienestar de la familia y del niño.

La intervención híbrida

Se adaptó la intervención de mensajes electrónicos de CP al contexto de COVID-19. Se enviaron 72 mensajes durante 24 semanas—3 cada semana—siempre en los mismos días y a la misma hora. El primer mensaje de la semana incluía información relacionada con la crianza de los hijos,

el segundo proporcionaba consejos para implementar actividades prácticas y el tercero animaba e invitaba a los padres a reflexionar. Entre las temáticas se incluyen: (i) reducir episodios de violencia doméstica; (ii) reducir accidentes en el hogar; e (iii) ofrecer apoyo emocional para todos los miembros del hogar.

La estructura de los mensajes siguió las pautas de las ciencias del comportamiento, apuntando a sesgos cognitivos como el sesgo presente, la falta de atención y las identidades negativas. No obstante, los mensajes de 2020 fueron un poco más largos que los de 2018 por dos motivos. En primer lugar, ante la ausencia de taller previo, se incluyeron algunos conceptos del currículo de CP (apego, lenguaje y reflexión) que permitían contextualizar mejor las actividades propuestas. En segundo lugar, se realizaron adaptaciones para trabajar aspectos vinculados al confinamiento y a la incertidumbre asociada a la pandemia.

Evaluación experimental

La intervención se evaluó utilizando un diseño experimental. La muestra incluyó 21 CAIF asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento y 18 CAIF asignados al grupo de control en todo el país (689 familias). Se administraron encuestas a padres y al personal del CAIF y se valoró una grabación (video) de una interacción de juego de 10 minutos entre el niño y su cuidador principal como parte de la línea de seguimiento.

Principales hallazgos de la evaluación

El análisis preliminar de los datos de las encuestas de seguimiento no muestra efectos significativos de los mensajes ni en el desarrollo del niño ni en las pautas de crianza o las prácticas de disciplina (Balsa et al., 2021b). Sin embargo, sí se observan asociaciones positivas entre un uso más intensivo de WhatsApp por parte del personal de los centros e indicadores de calidad y cantidad del involucramiento parental. Por otra parte, los mensajes parecen tener un efecto significativo cuando no compiten fuertemente con otros estímulos que debilitan la atención del receptor, como son, por ejemplo, otras campañas gubernamentales que usan también WhatsApp, y reducen la probabilidad de riesgo de depresión en madres con menor nivel educativo, si bien la aumentan en el caso de mujeres con mayor nivel educativo y trabajadoras, quienes tal vez estén sujetas a mayores demandas de tiempo a raíz de la necesidad de compatibilizar trabajo y cuidados. También se observa que los mensajes aumentan el estrés parental en hogares con hacinamiento, expuestos a presiones importantes por el mandato de distanciamiento social.

Parentalidades Comprometidas “PPC en Casa”

En 2020, se diseñó una adaptación del programa PPC, PPC en Casa, el cual consistía en una plataforma virtual para brindar acompañamiento remoto a las familias. El diseño, pilotaje y primera implementación se realizó en coordinación con UCC entre septiembre y noviembre de 2020. PPC

en Casa aborda la importancia de las rutinas, el vínculo, la promoción de espacios de encuentro y disfrute, el autocuidado parental, las estrategias de regulación emocional y la promoción de ambientes de convivencia saludables—todas ellas temáticas relevantes para acompañar la crianza en el contexto de pandemia.

La intervención híbrida

PPC en Casa se estructura en cuatro entregas secuenciales con las siguientes temáticas: (i) Rutinas, (ii) Encuentro y disfrute, (iii) Y yo, ¿cómo me cuido?, y (iv) Convivencia saludable. Cada entrega cuenta con un audio que introduce la temática y propuestas en distintos formatos de presentación—audios, videos, cuentos, canciones—tal que resulten atractivas para todo tipo de familias. Cada propuesta invita a una actividad, juego o intercambio, y puede acompañarse de una reflexión u orientaciones. La **Figura 4** muestra el contenido de la primera entrega.

Fig. 4. Entrega 1 de PPC: Rutinas

Hola!

Bienvenidos y bienvenidas a la **primer entrega** de esta iniciativa que busca estar cerca de las familias en este momento tan complejo. En el audio de introducción al tema les contamos un poco más acerca de lo que vamos a estar compartiendo esta semana.

Ustedes podrán ingresar a los temas que prefieran, la idea es que nos acompañemos y compartamos posibles formas de organizarnos, ideas para compartir con niños y niñas y otras que nos ayudan a sentirnos mejor mientras cuidamos! **¡Pasen y vean!**

Audio de introducción al tema

Nuestras Rutinas
Parentalidades Comprometidas

Nuestras Rutinas

<p>Un cálido amanecer</p>	<p>¡Al agua pato!</p> <p>Te dejamos dos canciones, ¿cual de las dos te gusta más?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canción 1 (Tamara Chubarovsky, Arg) • Canción 2 (Verónica Lauyó, Uru) <p>Para los más chiquitos</p>	<p>Nutriéndonos de afecto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder <p>Para los más chiquitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder 	<p>Para irnos a dormir...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder <p>Para los mas chiquitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceder
----------------------------------	--	---	---

Hay dos modalidades de entrega: (i) compartir el link directo a la página web para que la familia navegue libremente por la totalidad de las actividades, ingresando a las temáticas y propuestas que resulten de su interés; o (ii) compartir vía WhatsApp aquellas actividades que el equipo del programa considera pertinentes para el proceso de cada familia, sin compartir la totalidad de la propuesta. En 2021 se retomó la implementación de PPC de manera presencial gradualmente.⁵

Las facilitadoras que acompañan a las familias recibieron una jornada de capacitación en modalidad virtual. Se utilizó una modalidad teórico-vivencial, en la que las facilitadoras tomaron contacto con la herramienta tanto desde un punto de vista conceptual como práctico, vivenciando algunas de las propuestas. Desde el equipo central de PPC, se elaboraron y enviaron materiales escritos complementarios, de profundización conceptual y metodológica, relacionados a cada entrega para apoyar a las facilitadoras.

Estudio cualitativo

Entre septiembre y noviembre de 2020 se implementó el piloto de PPC en Casa con 73 familias en 10 departamentos del país. La implementación estuvo a cargo de 24 equipos de cercanía de UCC y se acompañó de una evaluación cualitativa y cuantitativa, en las que se recogió información a través de las siguientes fuentes: (i) las planillas de seguimiento de las facilitadoras, las cuales contienen el material enviado a cada familia, el canal utilizado y la frecuencia de envío; (ii) las encuestas a las familias; (iii) la encuesta final a las facilitadoras; y (iv) la jornada de cierre, en la que equipos y referentes institucionales identificaron las fortalezas y debilidades de la plataforma. La encuesta a facilitadoras fue contestada por 16 de los 24 equipos, mientras que la respuesta de las familias a la encuesta fue decreciendo a lo largo del período de implementación.

Principales hallazgos de la evaluación

Modalidad de entrega y canales de atención:

- Se compartió el 83% de las 925 propuestas (actividades) con las familias participantes.
- En un 93% de los casos, los equipos optaron por compartir las entregas semanalmente.
- Un 62% de las actividades fueron compartidas por WhatsApp y el 38% restante vía link.

Percepciones de las familias:

- El 95% reporta que el contenido de las entregas le resultó útil y le ayudó en su ejercicio parental en contexto de pandemia.
- Las familias describen que la herramienta impulsó un proceso reflexivo en torno a la temática planteada y que incorporaron las propuestas a su vida cotidiana.
- Se valoran positivamente las actividades concretas.

5. PPC se implementó en centros de atención a la primera infancia y la familia (CAIF, CAPI, SIEMPRE, CCC y Espacios de Liceos). Durante el 2021, 73 centros implementaron la herramienta con más de 1.600 cuidadores.

Percepciones de las facilitadoras:

- Reportan un alto grado de satisfacción, con un 75% indicando que recomendarían la herramienta, y más de la mitad calificándola como sumamente útil.
- El 30% expresa dificultades para la implementación, como la falta de motivación o los contratiempos de los cuidadores y aspectos metodológicos. Se sugirió que la propuesta integre acompañamiento presencial para promover una participación más activa de las familias y facilitar la contención cuando se abordan temas emocionales importantes. La implementación 100% remota dificulta el diálogo en torno a temáticas sensibles.
- Se sugirió ampliar los canales de distribución digital (estatus de WhatsApp, posts para Facebook, etc.) y considerar canales físicos (librillo, tarjetas, juguetes para armar, etc.).

3. Lecciones aprendidas

Cuando están bien diseñadas y adecuadamente implementadas, las intervenciones en la primera infancia—y, especialmente, los programas de acompañamiento familiar—pueden tener impactos importantes en el desarrollo infantil (Britto et al., 2017) que, a su vez, pueden traducirse en un mayor desempeño y bienestar a lo largo de la vida (Almond & Currie, 2011; Gertler et al., 2014; Walker et al., 2021; Gertler et al., 2021). La evidencia muestra que entre los principales mecanismos de acción de estas intervenciones está la mejora en las prácticas de crianza en los hogares (Walker et al., 2011). Por ello, ante la suspensión temporal de los servicios de primera infancia debido a la pandemia, actuar rápidamente y adaptar la prestación de los servicios a estrategias alternativas que permitieran la continuidad de la atención con la mejor calidad posible era un imperativo. Estas estrategias fueron adaptaciones de modelos de trabajo con familias en las que la atención se canalizó directamente a través de padres y cuidadores en el hogar, independientemente de que el servicio original fuera de acompañamiento familiar o con el niño en centros de atención infantil o prescolares—por ejemplo, los CDI en Ecuador o los CAIPI en Panamá, entre otras de las experiencias analizadas. Por lo general, estas estrategias se financiaron con los recursos asignados para los servicios presenciales que se suspendieron.

Ahora es el momento de preguntarse acerca de los aprendizajes que nos dejan estas estrategias de atención remotas e híbridas y cómo esto puede ayudarnos a mejorar la costo-efectividad de la atención presencial a escala o en el diseño de adecuaciones que permitan cerrar brechas de cobertura en poblaciones más dispersas y de más difícil acceso. Esto es particularmente importante dado el interés de muchos países en la región en emplear modalidades híbridas en otras situaciones de emergencia (sanitaria, por desastres naturales, desplazamientos forzados, etc.) o como estrategia de ampliación de cobertura. A continuación, resumimos los principales hallazgos del diseño y la implementación de las nueve experiencias analizadas en seis países de la región—Boa Vista-Brasil, Colombia, Ecuador, Jamaica, Panamá y Uruguay—y los aprendizajes derivados. Organizamos la exposición por secciones temáticas.

- **Modalidad virtual vs. híbrida.** Con relación a las modalidades exclusivamente remotas, las modalidades híbridas facilitan la atención a población de difícil acceso geográfico y/o más vulnerable, contribuyendo así a limitar la exclusión digital de familias potencialmente más vulnerables. Así, en ocasiones, en particular en zonas más dispersas y con conectividad limitada, ha sido preciso combinar la atención virtual con visitas presenciales al hogar para garantizar el servicio a familias sin acceso a datos, internet o dispositivos de telefonía inteligentes. Asimismo, de las reflexiones de las facilitadoras de las experiencias en Boa Vista y Jamaica, en las que la atención presencial existente se transformó en una atención híbrida con la irrupción de la pandemia, se destaca el considerar clave del éxito de la estrategia híbrida el vínculo ya construido con las familias durante las visitas domiciliarias presenciales. En Jamaica, las familias directamente indican una preferencia por las visitas presenciales. Facilitadoras de Panamá solicitaron más encuentros con los niños y, en Uruguay, se subraya el valor añadido de los encuentros presenciales periódicos para fortalecer la relación entre la facilitadora y las familias. Esta interacción es crítica tanto para promover cambios conductuales en las prácticas de crianza en los hogares como para mantener la motivación de los equipos y el compromiso de las familias. La flexibilidad de facilitadoras y supervisoras para adecuar la modalidad de atención a la situación de cada familia es muy importante. También lo es la flexibilidad en los canales de atención—ver siguiente numeral.
- **Canales.** Por lo general, los canales favoritos fueron los mensajes multimedia, vía WhatsApp, por su versatilidad en cuanto a formatos que incluían: fotografías, audios, textos con emoticones, videos, etc. El segundo canal favorito fue la videollamada, la cual, además de combinar el lenguaje sonoro y visual, permite también la comunicación interactiva entre la facilitadora y la familia y la participación activa del niño. No obstante, al igual que los mensajes multimedia, conlleva ciertos requisitos específicos (teléfono inteligente, internet, plan de datos). Los mensajes SMS se pueden recibir prácticamente con cualquier celular de forma gratuita, pero resultaron más limitados dado que solo permiten texto. Además, las limitaciones de caracteres complejizaron el envío de la información de forma fácilmente digerible. Parece haber coincidencia en que la llamada telefónica es el canal menos atractivo. Otro aspecto que aprovecharon todas las experiencias analizadas es el combinar canales de atención, ya sea para prestar la atención o para dar seguimiento a la misma. Por ejemplo, es frecuente que la actividad se presente por mensaje multimedia de texto y video y que el seguimiento al progreso del niño se haga por videollamada. La flexibilidad de la facilitadora en el uso de diferentes canales de atención es muy importante.

Independientemente del canal de comunicación, es crítico adecuar el material tanto en formato como en contenido para que sea lo más efectivo posible. Por ejemplo, todo mensaje de texto debe ser corto, conciso y usar un lenguaje sencillo sin palabras complicadas ni técnicas. Además, es ideal que esté bien estructurado y escrito en un tono respetuoso, pero a la vez motivante. Para los mensajes multimedia, el uso de emoticones, mayúsculas, signos de exclamación o imágenes puede facilitar la comprensión del mensaje. Los videos son un recurso útil para demostrar la actividad, dar un mensaje particular o dar aliento; pero, más allá de la finalidad, es importante que sean cortos y estén bien organizados para no perder la atención del receptor. Para lograr esto, el personal de las intervenciones considera muy importante contar con

lineamientos específicos sobre cómo diseñar contenido para cada canal y formato, tal y como se hizo en Ecuador y Jamaica. En Ecuador y Boa Vista también se incluyeron orientaciones acerca de cuándo enviar mensajes a las familias por canales (chats) individuales y cuándo por canales grupales. Si bien estos últimos generan un sentido de pertenencia y apoyo entre pares, los mensajes individuales generan un mayor vínculo.

- **Frecuencia de la atención.** En todos los países, las familias han valorado muy positivamente mantener el contacto semanal o quincenal con la facilitadora, especialmente durante los duros primeros meses de pandemia. Los espacios de interacción han resultado estimulantes, les han permitido sentirse acompañados, y las actividades propuestas motivaron a mantener un sano vínculo entre padres e hijos y contribuyeron a seguir promoviendo su desarrollo. No obstante, no todas las familias han mostrado el mismo nivel de interés ni han podido atender a las llamadas o mensajes de las facilitadoras dadas otras obligaciones laborales o dentro del hogar. De modo similar, las demandas de tiempo también han sido altas para las facilitadoras, especialmente aquellas en el sector salud, quienes han tenido una menor capacidad de implementar la atención debido a la necesidad de atender otras obligaciones impuestas por la pandemia. Esto sucedió en Jamaica, por ejemplo, donde la capacidad del asistente de salud de la comunidad para hacer llamadas a las familias o supervisar la intervención se vio disminuida debido a las prioridades de la emergencia.



Independientemente del canal de comunicación, es crítico adecuar el material tanto en formato como en contenido para que sea lo más efectivo posible.

- **Seguimiento y monitoreo de la atención.** Los canales más adecuados para el seguimiento a la atención y a su calidad son las visitas presenciales o las videollamadas dado que permiten la interacción directa con la familia, y especialmente con el niño, lo que facilita la observación. Se sugiere también enviar mensajes de retroalimentación, por WhatsApp o por SMS, periódicos y en seguimiento a cada sesión para mantener la cercanía con la familia y mantenerlas motivadas. En algunos países en los que se solicitaba a las familias reportar acerca de sus avances, como en Ecuador y Boa Vista, las fotos o los vídeos enviados por mensaje multimedia resultaron ser una buena forma de verificación.
- **Materiales.** El contenido del Manual para Padres, en sus varias versiones adaptadas (fichas, mensajes de texto), tuvo muy buena acogida entre las familias y las facilitadoras. Las actividades propuestas y los materiales se consideraron adecuados y conducentes a generar interacciones de calidad y promover el juego. Por lo general, las actividades que tuvieron mayor aceptación fueron aquellas que estaban mejor integradas a las rutinas del hogar—por ejemplo, cantar canciones, caminar por el vecindario, juegos de roles, nombrar objetos, hablar sobre actividades cotidianas (bañarse, vestirse, comer). En los países en los que se entregaron kits de juguetes, como Jamaica y Panamá, los equipos se vieron obligados a reducirlos al mínimo tanto por su costo como por aspectos logísticos. Como alternativa se sugería el uso de objetos domésticos o la confección de juguetes sencillos con materiales disponibles en el

hogar o su entorno inmediato. En estos países, tanto familias como facilitadoras apreciaron los juguetes, pero solicitaron más materiales en físico que fomentaran el realizar las actividades. De cara a futuras intervenciones, se podría pensar en un kit de juguetes, algo más extenso que el producido en el contexto COVID-19, pero con menos materiales que en las intervenciones originales prepandemia tal que se reduzcan los desafíos de producción, compra y distribución de materiales que enfrentan los países al escalar este tipo de intervenciones.

Un aspecto clave en la aceptación de los materiales (fichas de actividades) descansa en su fácil comprensión por familias con bajo nivel educativo. Para ello, se recurrió al uso de un lenguaje sencillo y cercano, y de imágenes que reflejaran exactamente la actividad a desarrollar. En Ecuador, además, se procuró reflejar toda la diversidad étnica del país en las imágenes para generar cercanía y facilitar el autorreconocimiento de la familia. Haciendo uso de las ciencias del comportamiento, se buscó también abordar la atención limitada de los padres, muy común en contextos de alta vulnerabilidad. Así, además de desarrollar mensajes cortos, fáciles y atractivos, también se pensó en el momento óptimo del envío—por ejemplo, al final del día cuando los cuidadores están más disponibles—y en el mensajero—como en Jamaica, donde se decidió que el mensaje proviniera de una empresa telefónica y no de parte del Ministerio de Salud y Bienestar. Se reconoce que todos estos esfuerzos son importantes para fomentar la apropiación de la intervención y mantener a las familias comprometidas.

- **Individualización.** Para los usuarios de servicios de atención infantil o de acompañamiento a familias ofrecidos mediante sesiones grupales, la virtualidad permitió individualizar la atención, elaborando planificaciones para cada niño según su edad y nivel de desarrollo con base a los materiales y actividades existentes, y no en relación con el grupo etario al que pertenece. Dicho esto, en Ecuador y en Boa Vista, entre otros, se consideró que algunas de las actividades eran demasiado fáciles y que los materiales no ofrecían orientación suficiente sobre cómo complejizarlas según el nivel de desarrollo de cada niño, por lo que las facilitadoras solicitaron lineamientos más específicos. En Colombia, en cambio, la impresión era que los repositorios no contenían suficientes materiales para los niños más pequeños o menos avanzados en su desarrollo.
- **Estrategia estructurada y capacitación.** En todos los países, las facilitadoras consistentemente apreciaron contar con materiales y una propuesta de actividades a realizar. En aquellos países en los que se ofrecieron guiones y orientaciones para las llamadas y videollamadas, como Ecuador y Jamaica, estos también fueron altamente valorados. Otra solicitud común fue el contar con más y más detalladas capacitaciones sobre el uso de los materiales y que guiaran el cómo de la implementación de la atención por canales remotos, incluyendo estrategias para mantener la participación en línea de la familia. En todos los países en los que se realizaron capacitaciones, estas estuvieron muy bien valoradas por las facilitadoras. Se reconoce también que la capacitación adicional y el apoyo de supervisión pueden ayudar a involucrar a los padres menos interesados. Los esfuerzos de supervisión fueron, no obstante, complejos de implementar dadas las dificultades de incluir a la supervisora en una llamada telefónica o un intercambio de videos por WhatsApp y fue importante descansar en la presencialidad para ello. En Jamaica, por ejemplo, cuando se reabrieron físicamente algunos servicios, las facilitadoras compartieron el consultorio desde donde se realizaban las llamadas con sus supervisoras. Si bien se abordó el autocuidado

en algunos países como Jamaica, Uruguay y Ecuador, las restricciones de tiempo y la distancia limitaron abordar adecuadamente este importante punto con el personal implementador.

- **Dificultades para la evaluación de estas estrategias.** Como describimos a lo largo del documento, las estrategias de identificación de las evaluaciones sufrieron desafíos importantes dada la presión por implementar rápidamente y responder a las necesidades de apoyo a las familias ante la suspensión de la atención presencial, lo que, en muchas ocasiones, no permitió tener grupos de control. Asimismo, los retrasos en la implementación obligaron, por ejemplo, a cambiar el instrumento de medición del desarrollo infantil conforme el niño crecía en edad. Se esperan primeros resultados sobre prácticas de crianza para finales de 2022 provenientes de las experiencias de Uruguay y Jamaica; así como resultados para 2023 sobre el impacto de estas modalidades en el desarrollo infantil (auto-reportados por teléfono) de la experiencia en Boa Vista. Sin duda, el resultado de estas evaluaciones serán reveladores en cuanto al impacto real que pueden tener este tipo de intervenciones para menores de 5 años—algo sobre lo que no existe ninguna evidencia a la fecha. Si bien las evaluaciones experimentales en curso analizan los impactos de la intervención sin determinar los mecanismos o aspectos de cada intervención que explican los resultados, estos estudios, combinados con la evidencia cualitativa recabada y reportada en este documento, orientarán sobre aspectos de implementación clave para su uso efectivo en la postpandemia, tales como el grado de hibridez, los canales, contenidos, o necesidades de formación de personal, entre otros.



En todos los países, las facilitadoras consistentemente apreciaron contar con materiales y una propuesta de actividades a realizar. Una solicitud común fue el contar con más y más detalladas capacitaciones sobre el uso de los materiales y que guiaran el cómo de la implementación de la atención por canales remotos, incluyendo estrategias para mantener la participación en línea de la familia.

Las modalidades híbridas emergen como estrategias menos costosas y más flexibles en su implementación que la atención presencial, reduciendo ciertas limitantes logísticas como los largos desplazamientos u ofreciendo una mayor disponibilidad horaria para la atención. Eso tiene beneficios importantes y permite a los servicios contar con una modalidad de intervención alternativa para responder en circunstancias particulares (emergencias de diversa índole) o contextos que no permitan acceder a las familias de manera presencial, así como escalar a un menor costo.

Una de las principales desventajas es que estas estrategias pueden dejar fuera del servicio a aquellas familias sin acceso, o con acceso limitado, a servicios de internet o de telefonía y, posiblemente, más vulnerables, limitando su potencial para atender a poblaciones que no recibían servicios antes de la pandemia. Estas dificultades técnicas y de conectividad, así como la falta de disponibilidad o de interés de algunas familias, están entre los desafíos más comunes. Otro desafío importante es el cómo ofrecer el acompañamiento y seguimiento adecuados. La flexibilidad en la combinación de sesiones virtuales y presenciales y el envío directo de materiales

son alternativas interesantes para atender estas cuestiones. Esto permite además dar respuesta a una ‘tensión’ importante que ha aparecido consistentemente en todos los países: el *‘trade-off’* entre ofrecer atención remota vs. el contacto personalizado y más cercano que ofrece la presencialidad. Parece existir consenso en que unos mínimos de presencialidad contribuyen a aumentar la aceptación y adherencia a la intervención por parte de las familias, así como a facilitar el seguimiento a la calidad de la atención.

En la medida en la que puedan implementarse, nuevos esfuerzos de evaluación podrían contribuir a validar estas hipótesis y otras de las lecciones aprendidas señaladas. Definitivamente, se requiere de más evaluaciones de proceso y de evaluaciones rigurosas que analicen el impacto de las modalidades híbridas en las prácticas de crianza, en el desarrollo cognitivo y socioemocional del niño y en la propia salud mental de los padres y las facilitadoras para realmente comprender sus alcances. Es importante que estas evaluaciones cuenten con el diseño adecuado para poder identificar qué elementos de la modalidad de atención son críticos (no-negociables) para su efectividad y cuáles podrían llegar a ser prescindibles. Asimismo, el uso de diagnósticos y mapas de oferta de servicios—tanto de desarrollo infantil como de telefonía, mensajería (telefónica y física) y otros canales de comunicación—podrían apoyar el diseño de intervenciones ‘customizadas’ en las que la combinación óptima de presencialidad y virtualidad, así como los mecanismos y canales de entrega específicos, se definieran de forma ‘localizada’ o ‘personalizada’, en función de la realidad de cada contexto.

A pesar de sus nefastas consecuencias, la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 ha representado una oportunidad de transformación de la prestación de los servicios de primera infancia en la región, como muestran las varias experiencias revisadas en este reporte. Más investigación es necesaria para concluir si estas nuevas modalidades logran modificar prácticas de crianza en los hogares y mejorar los niveles desarrollo infantil entre sus beneficiarios, contribuyendo así a generar sociedades más equitativas y resilientes ante futuras crisis.

4. Referencias

Abufhele, A., Bravo, D., Boo, F. L., & Soto-Ramírez, P. (2021). Developmental Losses in Young Children from Pre-Primary Program Closures During the COVID-19 Pandemic. Banco Interamericano de Desarrollo IDB-TN-2385, Washington D.C.

Almond, D., & Currie, J. (2011). "Human Capital Development before Age Five." In O. Ashenfelter and D. Card, eds., *Handbook of Labor Economics*. North Holland: Amsterdam, pp. 1315-486.

Balsa, A., López-Boo, F., Bloomfield, J., Cristia, A., Cid, A., Ferro, M.P., Valdés, R. & González, M.L. (2021a). Effect of Crianza Positiva e-messaging program on adult-child language interactions. *Behavioural Public Policy*, 1-37.

Balsa, A., Bloomfield, J., Cid, A., López-Boo, F. (2021b). The Impact of Sending Parenting Messages During the COVID-19 Pandemic. Mimeo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.

Barron Rodríguez, M.R., Cobo Romani, J.C., Muñoz-Najar, A., Sanchez Ciarrusta, I. (2021). Remote Learning During the Global School Lockdown: Multi-Country Lessons. Washington, D.C.: World Bank Group.

Blackman, A., Ibáñez, A. M., Izquierdo, A., Keefer, P., Moreira, M. M., Schady, N., & Serebrisky, T. (2020). *La política pública frente al COVID-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe* (Vol. 810). Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.

Brentani, A., Ferrer, A.P.S., Bessa, L. et al. (2020). Survive and Thrive in Brazil: The Boa Vista Early Childhood Program: study protocol of a stepped-wedge, randomized controlled trial. *Trials* 21, 390.

Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., ... & Bhutta, Z. A. (2017). Early childhood development interventions review group, for the lancet early childhood development series steering committee. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 389(10064), 91-102.

Chang-Lopez, S. M., Walker, S.P., Grantham-McGregor, S., Powell, C., López Bóo, F., Rubio-Codina, M., Ferro Venegas, M. P. (2020). Manual para padres: Actividades de estimulación temprana para niños de hasta 3 años de edad. The University of the West Indies, Kingston, y Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.

Gertler, P., Heckman, J. J., Pinto, R., Chang, S. M., Grantham-McGregor, S., Vermeersch, C., ... & Wright, A. (2021). Effect of the Jamaica Early Childhood Stimulation Intervention on Labor Market Outcomes at Age 31. National Bureau of Economic Research Working Paper 29292.

Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., ... & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*, 344(6187), 998-1001.

Hincapié, D., López-Boo, F. & Rubio-Codina, M. (2020). El alto costo del COVID-19 para los niños. Estrategias para mitigar su impacto en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo IDB-DP-00782, Washington D.C.

López-Boo, F., Behrman, J., Vázquez, C. (2020). Costos económicos de las reducciones en los programas preescolares por la pandemia del COVID-19. Banco Interamericano de Desarrollo IDB-TN-2000, Washington D.C.

Mehrin, S. F., Hasan, M. I., Tofail, F., Shiraji, S., Ridout, D., Grantham-McGregor, S., ... & Baker-Henningham, H. (2022). Integrating a Group-Based, Early Childhood Parenting Intervention into Primary Health Care Services in Rural Bangladesh: A Cluster-Randomised Controlled Trial. *Frontiers in Pediatrics*, 10: 886542.

Muñoz-Najar, A., Gilberto Sanzana, A.G, Hasan, IopA., Cobo Romani, J.C., Azevedo, J.P. & Wagner De Akmal, M. (2021). Remote Learning During COVID-19: Lessons from Today, Principles for Tomorrow. Washington, D.C: World Bank Group.

Roben, C. K. P. & Costello, A. H. (2022). Increasing Support for Home Visiting Innovation is Critical for Young Children and Their Families. *Society for Research in Child Development*.

Walker, S. P., Chang, S. M., Walker, S. P., Chang, S. M., Wright, A. S., Pinto, R., Heckman, J. J., & Grantham-McGregor, S. M. (2021). Cognitive, psychosocial, and behaviour gains at age 31 years from the Jamaica early childhood stimulation trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 63(6):626-635.

Walker, S. P., Chang, S. M., Smith, J. A., & Baker-Henningham, H. (2018). The Reach Up Early Childhood Parenting Program: Origins, Content, and Implementation. *Zero to Three*, 38(4), 37-43.

Walker, S. P., Chang, S. M., Vera-Hernández, M., Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*.127(5): 849-857.

World Bank. (2021). Actuemos ya para Proteger el Capital Humano de Nuestros Niños: Los Costos y la Respuesta ante el Impacto de la Pandemia de COVID-19 en el Sector Educativo de América Latina y el Caribe. World Bank, Washington, DC.



ANEXOS

TABLA A1. DETALLE DE CONTENIDOS DE LAS ESTRATEGIAS ANALIZADAS

Estrategia (País)		Contenido de la estrategia	Edad
Basados en el Manual para Padres y Reach Up	S&T (Boa Vista, Brasil)	Envío de mensajes de WhatsApp . Llamadas telefónicas o videollamadas para dar seguimiento a los mensajes. Conversación breve, preguntas sobre COVID-19, seguimiento a las últimas actividades, e introducción de las siguientes. Ejemplo mensaje: <i>Propósito Actividad: Ayudar al niño a tocar o buscar objetos por su nombre. Piense en los objetos de la casa que el niño conoce y puede alcanzar con facilidad. Pedirle que traiga un objeto para ti. Dile: ¡MUY BIEN! ¡TOMASTE EL ZAPATO! Prueba con otro objeto.</i>	0 – 36 meses
	PAVS (Ecuador)	Consejería virtual , empleando diversos canales , en 4 momentos: - Fase previa: seguimiento de estado de salud física y socioemocional del niño y familia, y revisión de la actividad de la sesión anterior. - Jugando en familia: explicación de la ficha virtual al adulto. - Compartiendo saberes: entrega mensaje de salud y nutrición, o entornos protectores, según indique la ficha. - Hoy aprendimos: recapitulación y motivación al adulto a realizar la actividad.	0 – 36 meses
	Early Estimulation Program (Jamaica)	Envío de mensajes de texto . Entrega de materiales: Libro para padres (“ <i>Activities we can do at home with baby</i> ”), con actividades de juego y de lenguaje; 6 bloques de madera; 2 crayones; 2 libros de imágenes. Llamadas para incentivar a los padres a realizar las actividades, explicar o ajustar las actividades y escuchar cómo está el niño, y la relación padres-hijo. Ejemplo mensaje: <i>¡Hora del baño! ¡No pierda esta oportunidad de hablar y jugar con el bebé! Habla del agua. Muéstrale cómo hacer un chapoteo. Déjala divertirse con el agua.</i>	6 – 36 meses
	Tu CAIPI en Casa (Panamá)	Biblioteca virtual: con videos, cuentos, canciones, recomendaciones de cuidado, actividades y material descargable. El contenido está dividido en siete categorías: Leamos, Jugamos, Cantemos, Cuidémonos, Crianza Positiva, Hablemos de Primera Infancia y Educadores. Quincenalmente, las familias van a buscar al CAIPI materiales y orientaciones para realizar las actividades. Se hace seguimiento telefónico con las familias.	0 – 48 meses
	Mochila CUIDARTE (Panamá)	Mochila con juguetes: juguetes para encajar, bloques de madera, pelota de tela, rompecabezas, crayones, cuaderno, libro; e instrucciones para la elaboración de 10 juguetes con materiales de casa. Incluye guía con una selección de actividades de Cuidarte (versión de Panamá del modelo Reach Up), organizadas por edad (0-5, 6-11, 12-23, 24-36 y 37-48 meses).	0 – 48 meses
Basados en el Manual para Padres y Reach Up	MMTE (Colombia)	Envío de mensajes de WhatsApp y llamadas de teléfono orientadas a acompañar y potenciar el desarrollo de los niños. Apoyo pedagógico, psicosocial, de salud y nutrición. Acceso a repositorio de recursos y kit pedagógico (cartillas/guías de experiencias en el hogar y materiales). Entrega de canasta nutricional a los hogares.	0 – 60 meses
	AC (Colombia)	Guías imprimibles para trabajar con niños. Lineamientos para que el sector educativo (docentes, directivos) brinde atención a primera infancia a distancia.	0 – 60 meses
	Crianza Positiva con familias de CAIF (Uruguay)	Envío de mensajes de WhatsApp informados por las ciencias del comportamiento, con el objetivo de mejorar las decisiones parentales a través de 4 herramientas: recordatorios, llamados a la acción, motivación y repetición. Las temáticas que abordan los mensajes son: vincular, protectora, reflexiva, formativa y de autocuidado personal.	0 – 36 meses
	PPC en Casa (Uruguay)	Envío de mensajes de WhatsApp que se estructuran en 4 entregas: Nuestras rutinas; Para el encuentro y disfrute; Y yo, ¿cómo me cuido?; y Convivencia saludable. Cada entrega cuenta con un audio de introducción y propuestas de actividades para la familia en audios, videos, plantillas, cuentos y canciones.	0 – 36 meses

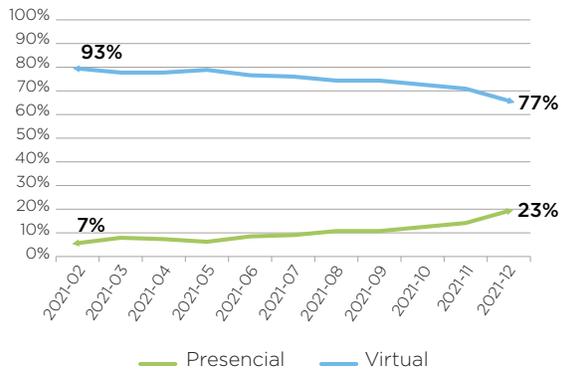
TABLA A2. ATENCIÓN PAVS SEGÚN FASE Y MODALIDAD DE SERVICIO

FASE	DESCRIPCIÓN	CNH y CCRA	CDI, mujer gestante y niños menores de 12 meses	CDI, niños de 12 a 36 meses
1	Atención	Virtual		
	Frecuencia y duración	Semanal (20-25 min)	Quincenal (20-25 min)	Diaria (20 min)
	Seguimiento	Semanal (10 min) Medio virtual	Quincenal, como parte de la atención Medio virtual	Diario, como parte de la atención Medio virtual
2	Atención	Semipresencial: virtual + visitas domiciliarias		
	Frecuencia y duración	3 atenciones virtuales mensuales (20-25 min) + 1 visita domiciliaria al mes (30 o 40 min)	Atención virtual quincenal (20-25 min) + 1 visita domiciliaria al mes (60 min)	Atención virtual diaria (20 min) + 1 visita domiciliaria al mes (60 min)
	Seguimiento	Semanal, en atenciones virtuales (10 min)	Mensual, en la visita domiciliar Medio presencial	Diario, como parte de la atención Medio virtual o presencial
3	Atención	Semipresencial: virtual + visitas domiciliarias	Semipresencial: atención presencial según aforo aprobado y atención semipresencial (virtual y visita domiciliar) para completar cobertura	
	Frecuencia y duración	2 atenciones virtuales mensuales (20-25 min) + 2 visitas domiciliarias al mes (30 o 40 min)	Atención virtual quincenal (20-25 min) + 1 visita domiciliaria al mes (60 min)	Atención semipresencial: Atención virtual diaria (20 min) + 1 visita domiciliaria al mes (60 min) Atención presencial: 6 horas diarias de acuerdo con aforo autorizado por el COE Nacional y Cantonal
	Seguimiento	Semanal (10 min), en atenciones virtuales únicamente	Mensual, en la visita domiciliar Medio presencial	Atención semipresencial: Diario, como parte de la atención. Medio virtual o presencial. Atención presencial: Diario, en el CDI.

Fuente: Instructivo de Aplicación del PAVS, septiembre 2021. Las familias que no autorizan la atención presencial en el hogar son atendidas de forma virtual. Asimismo, aquellas familias que no autorizan la asistencia de sus hijos a los CDI, reciben atención semipresencial (o virtual).

Fig A1. Porentaje promedio de atenciones virtuales y presenciales, febrero a diciembre de 2021

Centros de Desarrollo Infantil (CDI)



Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)

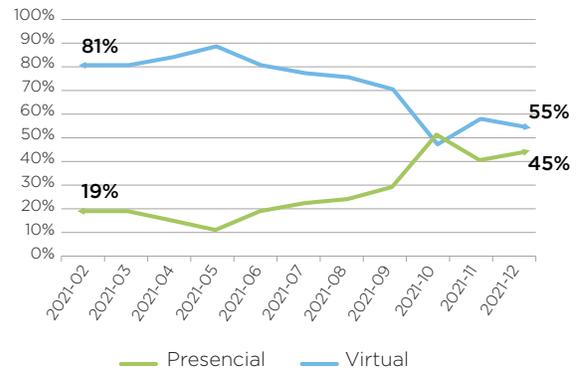
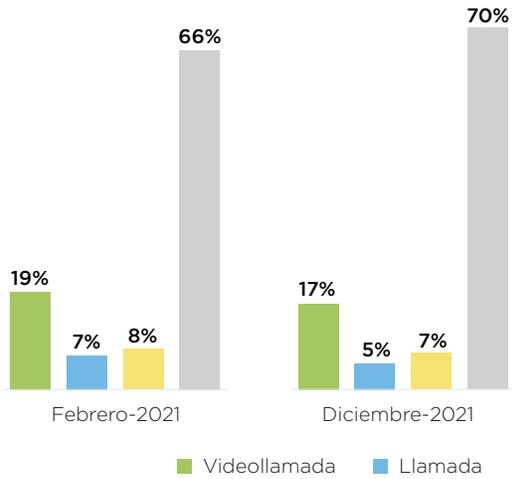
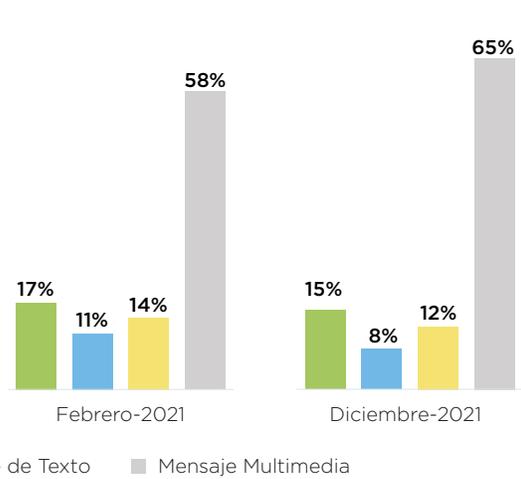


Fig A2. Distribución de la atención virtual según canal

Centros de Desarrollo Infantil (CDI)



Creciendo con Nuestros Hijos (CNH)



Fuente: SIIMIES. CNH incluye CCRA.

