

Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano



Relevamiento
en países seleccionados
de América Latina



unicef 
para cada infancia

Dirección editorial

Javier Quesada, Especialista en Primera Infancia y Salud. UNICEF.

Pablo Vinocur, Director del programa de desarrollo humano, área de desarrollo humano y salud. FLACSO.

Coordinación de contenidos

Julia Anciola, Oficial de salud. UNICEF

Flavia Raineri, Experto apoyo técnico acciones salud perinatal y desarrollo infantil temprano UNICEF

Raúl Mercer Flacso. Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud. Área de Desarrollo Humano y Salud Argentina. FLACSO.

Supervisión de contenidos

Verónica Schiaritti. Developmental Pediatrician. Adjunct Associate Professor – Division of Medical Sciences. University of Victoria. Victoria, BC, Canada

Autoría

Giorgina Garibotto, Magister en Desarrollo Humano. Experta en investigación y evaluación de políticas públicas y de salud en la primera infancia, infancia y la adolescencia

Dayana Curbelo, Magister en psicología. Consultora en infancia y género.

Agradecemos la disposición permanente de la oficina LACRO UNICEF por el acompañamiento de la Oficial de Desarrollo Infantil, Patricia Nuñez.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Flacso Argentina.

Primera edición

Abril de 2023

Diseño y diagramación

Valeria Goldsztein

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Cita sugerida: UNICEF Argentina, Flacso (2023), Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

www.unicef.org.ar

@UNICEFArgentina

Instrumentos y metodologías de evaluación del desarrollo infantil temprano

Relevamiento en países seleccionados de América Latina

UNICEF - FLACSO
Argentina

Diciembre - 2022

Contenido



Introducción	5
Fundamentación	7
Antecedentes	9
Preguntas de investigación	11
Objetivos	12
Materiales y métodos	13
Relevamiento de campo	16
Principales resultados	18
1. Salud	21
2. Educación	32
3. Estudios poblacionales	36
Análisis de las entrevistas	41
Recomendaciones	57
Bibliografía	61
Anexo 1	66
Anexo 2	68
Anexo 3	83



Introducción



Esta investigación genera evidencias y recomendaciones relevantes sobre el uso de instrumentos de evaluación del desarrollo infantil temprano (DIT) para las organizaciones e instituciones que tienen competencias en la rectoría e implementación de políticas de primera infancia. Se espera que los insumos aquí presentados faciliten el debate y la toma de decisiones acerca de la utilización de estos instrumentos en la Argentina.

El análisis se basa en información disponible sobre las experiencias de distintos países de América Latina en la medición del DIT en servicios de salud, en centros educativos y en encuestas poblacionales. Además, se incluye el análisis de los procesos institucionales y la revisión de acuerdos y desafíos que se encontraron durante la toma de decisiones.

Para llevar adelante este informe se realizó una recopilación de revisiones de instrumentos de medición del DIT hechas en la región (Taborda, 2021; REMDI, 2020; Bedregal, 2020). A partir de allí se seleccionó un grupo de países que tuvieran experiencia en acordar interinstitucionalmente estos instrumentos y se realizaron entrevistas a informantes calificados con perfil técnico y técnico-político que participaron en los procesos de definición y selección en su país (ver Anexo 1). La revisión de instrumentos de DIT incluye una caracterización técnica de cada uno de los considerados relevantes al momento de ser seleccionados para su aplicación a escala.

En las entrevistas se diseñó una pauta para responder a cada uno de los objetivos de este estudio y se hizo énfasis en profundizar en los aspectos institucionales y de proceso de toma de decisiones, así como en la valoración tanto del instrumento como del proceso experimentado por parte de cada una de las personas expertas.

A partir de la revisión y las entrevistas de los países de la región, se realizó una serie de entrevistas a expertos y expertas de la Argentina para ajustar las recomendaciones que se proponen para la situación y



las condiciones actuales del país. Todo ello, considerando que la realidad local es esencial al momento de tomar una decisión relativa a los aspectos programáticos e instrumentales a considerar al momento de su aplicación.

La Argentina, de acuerdo al último censo (datos provisorios) cuenta con una población estimada de 46.044.703 habitantes. Según la SENAF (2021), sobre la base de las proyecciones de edades simples realizadas por el INDEC (2013), la población de niños y niñas menores de 5 años alcanza aproximadamente 4.445.976. Esta información permite dimensionar la población de niños y niñas que deberá ser cubierta en todo el país, y debe ser complementada con un análisis de la disponibilidad de personal en los servicios en condiciones de realizar las evaluaciones del desarrollo, así como el alcance de los diferentes servicios de salud, educativos e instituciones con capacidad para hacer estudios poblacionales, que permitan dimensionar los recursos necesarios para alcanzar los diversos objetivos de medición.



Fundamentación



En las últimas décadas se acumuló evidencia acerca de que el período que transcurre entre el embarazo y los primeros años de vida es fundamental en la formación de las personas y clave para el desarrollo de los países.

La genética interactúa con las condiciones ambientales desde la gestación y luego con la calidad de las relaciones y las experiencias que los niños y las niñas acumulan en el hogar, en los centros de cuidado infantil y en la escuela. De esta forma se esculpen los circuitos neuronales del cerebro en pleno desarrollo que se encuentran detrás del aprendizaje, el lenguaje, las funciones cognitivas superiores, y la conducta social y emocional (Vegas y Santibáñez, 2010; Molina y Torres, 2013).

Por otra parte, estudios longitudinales muestran que la adversidad en la primera infancia tiene efectos a largo plazo en el desarrollo de niños y niñas (Walker *et al.*, 2011). En la literatura sobre la temática, el término *desarrollo infantil temprano* refiere a la condición óptima de un niño o una niña para enfrentar los desafíos, las diferentes transiciones y los cambios en la primera etapa de su vida. Esta condición se fundamenta en la adquisición progresiva de habilidades y herramientas en múltiples dimensiones: motora, física, cognitiva, psicoemocional y social (PRIDI, 2011).

En la región se realizaron importantes avances para reducir la mortalidad y la desnutrición en la niñez; sin embargo, el progreso en otras dimensiones del DIT es menor. Persisten importantes brechas entre grupos socioeconómicos, lo que implica que demasiados niños y niñas no desarrollarán plenamente su potencial, y esto se observa en la escuela con déficits que constituyen una fuente importante de fracaso escolar (Fiszbein *et al.*, 2016).

Muchos de los países de América Latina vienen generando estrategias para medir el DIT en las dimensiones del neurodesarrollo antes mencionadas. Sin embargo, se dispone de pocos instrumentos accesibles



económicamente, adecuados culturalmente y validados para estas poblaciones. A su vez, cada país tomó diversas decisiones acerca de los instrumentos a validar y aplicar.

Cuando se hace referencia a la medición del DIT, como ya se mencionó, hay al menos tres ámbitos de referencia: a) en el marco de la consulta de salud, b) en los centros educativos¹ y c) en encuestas para análisis poblacional. La aplicación en estos ámbitos implica consideraciones distintas acerca del lugar, el perfil de quien realiza el test, el tipo de institución y la metodología tanto para la aplicación como para el análisis. Esto por lo tanto también requiere la coordinación de diferentes actores institucionales. Por ejemplo, no es lo mismo tomar decisiones acerca de la medición en la consulta pediátrica que en el marco de una encuesta poblacional. Incluso los propósitos de la medición inciden en el tipo de resultados esperados y su modo de aplicación. Los instrumentos son imprescindibles tanto para medir características del desarrollo a nivel poblacional como también para monitorear y evaluar la eficacia de intervenciones (Engle, 2007).



¹ Comprende centros de cuidado, de desarrollo infantil temprano, de primera infancia, jardines maternos y/o jardines de infantes.



Antecedentes



Existen diversas recopilaciones de antecedentes de uso y características de instrumentos de medición del DIT en la región (Taborda, 2021; REMDI, 2020; Bedregal, 2020). Además, se relevaron otras que se tomaron en cuenta para el análisis (Rubio *et al.*, 2020). En algunos casos, con el objetivo de diseñar instrumentos nacionales, y en otros para la selección y la validación de instrumentos ya existentes.

Este informe sintetiza y unifica los instrumentos de evaluación del DIT utilizados en los servicios de salud, en educación y en estudios poblacionales, a partir de documentos publicados en distintos países de la región.

En la mayoría se puede observar una exhaustiva revisión de los instrumentos, pero son escasos los estudios que incluyen la revisión de las condiciones institucionales en que se procesan los acuerdos, el alcance y la duración.

Además de las recopilaciones señaladas para decidir qué instrumentos utilizar en los diversos ámbitos, en cada país se hicieron estudios de las propiedades psicométricas de cada uno de ellos, así como otros poblacionales para definir sus baremos. Estos estudios son de gran valor para la presente sistematización.

En los distintos países que se consideraron para la elaboración de este documento se implementaron comisiones y espacios interinstitucionales para acordar el seguimiento del DIT tanto a nivel de servicios, como a nivel poblacional; y en algunos de ellos se conformó en modelos de gestión, aspecto clave para pensar en nuevas propuestas.

Cada país tiene su historia respecto de las estrategias que definió para medir el DIT, por lo que profundizar en esas trayectorias en este estudio se orienta a dar luz sobre las futuras decisiones que puedan adoptarse en la Argentina.



Además de los instrumentos en cada caso, se revisó la información acerca de iniciativas de instrumentos globales de acceso libre que están en proceso de validación y en sus primeras aplicaciones piloto, como la Escala Global de Desarrollo Infantil Temprano (GSED, por sus siglas en inglés) y el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI 2030, por sus siglas en inglés); en estos casos también se analizan sus fortalezas y debilidades (GSED Team, 2021; UNICEF, 2021).



Preguntas de investigación



Las preguntas realizadas sobre las experiencias regionales, los instrumentos disponibles y las posibilidades de su aplicación en el contexto argentino fueron las siguientes.

1. ¿Cómo fue el proceso y qué instrumentos se usan en los países seleccionados para la revisión?
2. ¿Qué debe tener un instrumento de medición del DIT y cuáles deben ser las condiciones de su aplicación dependiendo de los objetivos de cada uno de ellos?
3. ¿Cuáles son las necesidades que se plantean para la Argentina y qué condiciones institucionales son la base para tomar decisiones acerca del o los instrumentos de medición del DIT a aplicar en los diferentes ámbitos y para diferentes edades?



Objetivos



Objetivo general

Indagar y analizar las experiencias de los países de la región que hayan implementado o estén implementando alguna herramienta de medición del DIT, que permita valorar y promover el desarrollo de niños y niñas desde una perspectiva integral.

Objetivos específicos

1. Generar evidencia actualizada sobre instrumentos de evaluación, monitoreo y seguimiento del DIT que pueda aplicarse en todos los niveles de atención y en especial en el primer nivel.
2. Desarrollar recomendaciones para discutir la construcción de un instrumento consensuado para el nivel nacional en la Argentina.
3. Identificar actores relevantes que puedan liderar/impulsar el proyecto e implementación de un instrumento de evaluación y seguimiento del desarrollo de la primera infancia.
4. Identificar experiencias sobre sistemas nacionales de medición integral del DIT.



Materiales y métodos



De acuerdo con los objetivos específicos, se recopiló primero la información ya existente acerca de instrumentos de medición del DIT en servicios (de salud y educación) y el ámbito poblacional, a partir de la revisión de documentos oficiales e informes técnicos de los países seleccionados, a efectos de contar con una base de información de la región. Luego se realizaron entrevistas a informantes calificados orientadas a profundizar en los aspectos institucionales del proceso y para complementar la información obtenida en el análisis documental.

Los países fueron seleccionados por su trayectoria en el uso de instrumentos de evaluación del DIT y de experiencias en generar institucionalidad específica para promover e implementar políticas de primera infancia. A su vez, se realizó una revisión bibliográfica de cerca de 50 instrumentos y/o recopilaciones. En esa revisión se obtuvo información detallada acerca de los instrumentos y las experiencias disponibles en la región a ser seleccionados. Finalmente se incluyeron ocho instrumentos de uso en salud, cuatro en educación y 11 en estudios poblacionales.

Se realizaron ocho entrevistas a personas expertas de la región y a seis de la Argentina. Si bien las entrevistas se hicieron con posterioridad a la revisión bibliográfica, se aprovecharon las instancias cara a cara para chequear que no faltaran documentos fundamentales en la revisión a tener en cuenta; y en los casos que fue necesario, se solicitó el envío de documentación relevante. En las entrevistas no se pudo chequear la totalidad de los instrumentos relevados, pero sí se cumplió el objetivo de profundizar en los procesos institucionales y de toma de decisiones.

La selección de las personas entrevistadas se realizó a partir de una lista de expertos de los países seleccionados que hayan creado e implementado instrumentos, así como personas en posición de liderazgo encargadas de tomar decisiones o asesorar a quienes las toman. Se tuvo en cuenta que estas personas conocieran las condiciones institucionales de sus países para llegar a acuerdos tanto sobre la implementación como también

acerca del análisis y el uso de la información generada. Se entrevistó a 14 expertos², lo que permitió lograr el objetivo de cantidad de entrevistas a realizar, y la calidad de la información y los criterios también se adecuaron a los objetivos propuestos.

Por lo tanto, la propuesta de este informe es realizar la revisión de instrumentos y experiencias de los siguientes países: Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay. En el caso de la Argentina, se profundizará especialmente en los instrumentos ya existentes: PRUNAPE, PRE PRUNAPE y IODI. Además, se revisaron las iniciativas globales ECDI 2030 de UNICEF y GSED de OMS.

Tabla 1. Resumen de información recabada [cantidad de instrumentos referidos y países]

Información recabada	Cantidad de instrumentos relevados	Países incluidos en la revisión documental	Países incluidos en las entrevistas
Instrumentos de uso en salud	8	Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay	Chile, Argentina, Colombia, Uruguay
Instrumentos de uso en educación	4	Colombia, México, Perú y Uruguay	Chile, Uruguay
Instrumentos de uso en estudios poblacionales	11	Casi todos los países de la región e internacionales	México, Perú, Uruguay, GSED (global)

Fuente: elaboración propia en base a la revisión bibliográfica y las entrevistas.



² En total, se contactó a 18 personas, pero por diversos motivos con cuatro de ellas no se logró concertar las entrevistas.



La información recopilada se encuentra diferenciada según lo que son instrumentos de análisis del DIT a nivel poblacional de lo que es su medición en servicios de salud y educación. La recolección de datos se realizó a través de fuentes secundarias como documentos normativos, programáticos y de gestión producidos por los países, y la compilación, revisión y análisis de informes de investigación, evaluaciones, lineamientos, protocolos, presupuestos, bibliografía especializada e información disponible en sitios web oficiales.

El análisis se presenta de forma complementaria entre las diversas fuentes (informes de instrumentos, páginas web institucionales y entrevistas a personas expertas) para poder valorar de manera integrada los aspectos técnicos de los instrumentos con los aspectos institucionales y operativos. Se considera que el éxito en la toma de decisiones y en la aplicación generalizada de un instrumento en los países depende del equilibrio entre estos dos aspectos: técnico e institucional.



Relevamiento de campo



En el Anexo 2 se caracterizan los instrumentos seleccionados y utilizados en el ámbito de la salud, la educación y en encuestas poblacionales, y con ese criterio se presentan principalmente para facilitar su lectura. La selección se realizó en base a los siguientes criterios:

1. Que fueran instrumentos utilizados posteriormente a 2015 para los países de la región, aunque su creación sea anterior.

Que los instrumentos de medición del DIT cubrieran edades de niños y niñas, al menos desde 6 meses³ en adelante (hasta 36, 47 o 59 meses dependiendo del instrumento). El único que no cumple con este requisito es el ECDI 2030 (es de 24 a 59 meses), pero se decidió incluirlo por su potencial de comparabilidad regional.

2. Que contemplaran alguno de los tres grandes grupos en base al ámbito de aplicación: instrumentos diseñados para evaluación del desarrollo en el ámbito de la salud, en el educativo y para medición poblacional.
3. Que no fueran instrumentos de diagnóstico. Solo se analizó el potencial de los instrumentos de observación, tamizaje y las versiones cortas de estos.

Los instrumentos seleccionados fueron analizados incluyendo en la información relevada las siguientes categorías a efectos de realizar recomendaciones para la implementación: alcance territorial, escalabilidad; ámbito



3 Dado que la edad de inicio de los instrumentos varía entre los 0 y 24 meses, se tomó como criterio que fuera anterior a los 6 meses. Solo se hizo excepción en el caso del ECDI 2030.



de aplicación; periodicidad de su aplicación; tiempo de aplicación del instrumento; rangos de edad; dimensiones que evalúa la prueba; fuente de información (observación del niño o la niña, reporte de cuidadores); número mínimo de niños y niñas por cada grupo de edad en los casos de muestras representativas; institución responsable; personal responsable de su aplicación; sostenibilidad; financiamiento; existencia de sistema de información: acceso y uso; disseminación de resultados; comparabilidad a nivel internacional; fortalezas y debilidades.

Si bien algunas de las categorías no pudieron ser relevadas con la documentación disponible de los instrumentos, se completaron en las entrevistas posteriores.



Principales resultados



Una primera consideración en relación con los instrumentos es la necesidad de establecer su uso en relación al marco en que se aplican y a los objetivos que persiguen. En este informe la referencia será fundamentalmente a instrumentos de tamizaje y observación que tienen la finalidad de brindar información sensible sobre el DIT, pero con menor especificidad que los instrumentos diagnósticos. Estos se aplican a un conjunto amplio de población, brindan información sobre el desarrollo general, aunque también consideran las dimensiones abordadas, son de uso sencillo y de bajo costo. Permiten identificar el estado general de un conjunto poblacional y habilitan la identificación de rezagos en relación con el desarrollo típico. No obstante, una vez identificados, y dependiendo del ámbito de aplicación, requieren el uso de herramientas más específicas para el diagnóstico y el abordaje posterior. Así, por ejemplo, en el ámbito de la salud, la aplicación de instrumentos no sustituye la mirada clínica y la valoración profesional considerando las particularidades del niño o la niña y su entorno. Cuando se aplican en el ámbito educativo, además del niño o la niña y su entorno, su lectura debe vincularse con las características y la calidad de los servicios.

En consecuencia, como ya se mencionó, si bien el análisis de los instrumentos se organizó considerando tres ámbitos de aplicación, en algunos casos se superponen y requieren adaptación para el uso específico.

En segundo lugar, desde el punto de vista de la implementación, se destaca la diferencia entre instrumentos de reporte, en general por la madre, el padre o cuidador principal, y aquellos que requieren observación y aplicación directa a niños y niñas.

Los instrumentos por reporte son fáciles de usar, emplean menos tiempo, requieren menor complejidad con relación al vínculo con el niño o la niña, aunque tienen menor precisión que los de aplicación directa. Esta, a su vez, evita los sesgos de quien reporta y tiene mayor objetividad, pero requiere más tiempo y personal formado específicamente en la temática y la técnica a utilizar. La evidencia en cuanto a la validez del



reporte de madres, padres y cuidadores es variable, pero en la mayoría de los estudios se encuentra una correlación aceptable entre las preocupaciones de estos y los hallazgos mediante evaluación directa. Asimismo, se considera que hay dimensiones del desarrollo, como los aspectos emocionales, que son más viables de abordar mediante reporte debido a la complejidad de la evaluación directa y rápida en niñas y niños pequeños (Fiszbein *et al.*, 2016).

En tercer lugar, es importante considerar la solidez técnica del instrumento a utilizar, esto implica un marco teórico, que garantice el reconocimiento de niños y niñas como sujetos de derecho, que reconozca a la primera infancia como una etapa vital con características específicas y respete los diferentes ritmos en que se produce el DIT en las personas. Un enfoque garantista permite el seguimiento del ejercicio de derechos, a la vez que posibilita identificar y generar políticas para afrontar las brechas de desigualdad.

Asimismo, es necesario que el instrumento cumpla con propiedades psicométricas sólidas, que esté probado y validado. En este sentido, es relevante enfatizar que luego de definir cuál es necesario, se realice una adaptación (para que sea culturalmente sensible) y luego una validación nacional (para establecer relaciones con la población y posibles comparaciones internacionales), con respecto a la población en la cual se va a aplicar, lo que implica costos iniciales y de sostenibilidad.

De acuerdo con la bibliografía especializada para analizar los instrumentos de desarrollo se toman aquí las siguientes categorías de análisis que se describen como relevantes. A efectos de este estudio, se definen más adelante algunas otras categorías que no se vinculan con las propiedades psicométricas que son recabadas en las entrevistas, pero que se observan como relevantes para garantizar el uso, la sostenibilidad y la extensión del instrumento.

En su análisis para Chile, Bedregal (2020) considera algunos aspectos clave de los instrumentos para medir el DIT que no son exclusivamente aspectos técnicos, sino que hacen a la posibilidad efectiva de ser utilizados en el mediano y largo plazo en los servicios. Los aspectos considerados son: la eficacia, referida a la capacidad que tenga el instrumento para lograr identificar lo que busca medir y permita tomar decisiones oportunas; la equidad y la pertinencia, orientadas a que el instrumento debería medir diferencias según criterios (socioeconómicos, sexo, etnia, etc.);



ser aplicable en el contexto donde se va a utilizar y renovarse cada diez años para que contemple los cambios generacionales. Lejarraga (2015) señala que la edad a la cual los niños y las niñas cumplen determinados ítems de desarrollo varía entre los países. Es por este motivo que los instrumentos que se están desarrollando a nivel global llevan extensos procesos de validación intercultural.

La eficiencia referida al equilibrio entre el costo y los insumos (incluyendo el tiempo de aplicación) se traduce en una evaluación ajustada del desarrollo y la sostenibilidad vinculada a que las características del instrumento (costos, reposición de materiales, capacitaciones, tiempo de aplicación, etc.) permitan su aplicación a gran escala y a largo plazo.

Luego están los aspectos más comunes vinculados a las condiciones para su validez: la sensibilidad y la especificidad. La sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento de generar resultados positivos correctos en un alto porcentaje (se considera en general aceptable entre 70% y 80%) y la especificidad a detectar correctamente a quienes no presentan alteración (aceptable un 80%) (Glascoe, 2005; Rydz *et al.*, 2005). Dentro de estas pruebas comunes que deben superar los instrumentos se encuentra el valor predictivo positivo (VPP), vinculado al equilibrio que debe existir entre la sensibilidad y la especificidad para tener la menor cantidad posible de falsos positivos y falsos negativos.



1. SALUD



Los instrumentos de medición de DIT que se utilizan en el sector de la salud tienen por objetivo el acompañamiento o la vigilancia del desarrollo, y están destinados a identificar diferencias con el desarrollo típico esperado para la edad en relación con la población general. En su mayoría, se trata de instrumentos sencillos que identifican hitos respecto de la edad del niño o la niña y detectan factores de riesgo, rezago o retraso a fin de ser abordados por el profesional de la salud especializado. Se aplican en el primer nivel de atención y en la mayoría de los casos no requieren especialistas en desarrollo. Están pensados para ser aplicados en el marco del control periódico que puede ser realizado por pediatras, médicos generales, enfermeras o auxiliares de enfermería, dependiendo de la disponibilidad en las diversas áreas territoriales.

En el *Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil Temprano en el contexto de AIEPI* (Figueiras et al., 2006)⁴ de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se señalan dos aspectos relevantes para el análisis que aquí se propone: tamizajes y vigilancia del DIT. Estos dos aspectos se mencionan en el manual dentro de las formas de seguimiento: 1) Tamizajes de desarrollo: proceso de control metodológico del desarrollo en niños y niñas con desarrollo típico; 2) Vigilancia del desarrollo: todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas de desarrollo en la atención primaria de la salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales, a los padres y a otros; 3) Evaluación del desarrollo: investigación más detallada de niños y niñas con sospecha de ser portadores de alteraciones en el desarrollo. Generalmente es multidisciplinaria y basada en un diagnóstico;



⁴ Si bien este documento es del 2006 y cambió la situación en las necesidades de la medición del DIT, contiene las recomendaciones válidas hasta la fecha, y en todo caso habrá que revisar a la luz de los nuevos usos y expectativas.



4) Monitoreo o acompañamiento del desarrollo: asistir en forma cercana el desarrollo del niño o la niña, sin que esto signifique la aplicación de una técnica o proceso específico. Puede ser periódico o continuo, sistemático o informal, e involucrar o no un proceso de tamizaje, vigilancia o evaluación.

Los procedimientos que se dan en el primer nivel de atención de salud pueden ser tanto tamizajes o vigilancia del desarrollo, y en ambos casos se requieren instrumentos o guías estandarizadas. Los aspectos vinculados a necesidades diagnósticas no serán profundizados en este estudio, donde la discusión se centrará en las recomendaciones de medición del desarrollo para ser generalizado o universalizado en el marco del control de salud. Si bien se hace referencia a la importancia de prever todo el flujograma de atención, una vez que se inicia el proceso de detección de riesgo.

Corresponde en este punto considerar también que el manual se refiere al rol de los padres y las madres como detectores certeros de posibles alteraciones o deficiencias en sus hijos e hijas. Esto se pone sobre la mesa porque en general en la literatura actual, y también se observó en las entrevistas en el área de salud, los instrumentos de declaración por parte de las y los referentes de cuidado no se manejaron como opción. Los instrumentos internacionales actuales como el GSED y el ECDI 2030 de UNICEF utilizan el reporte de padres, madres y cuidadores para la identificación de retrasos o desvíos en el desarrollo típico en estudios poblacionales. Sin embargo, al analizar las alternativas de instrumentos en el área de la salud, parece haber un sesgo hacia instrumentos de observación clínica.

A través del proceso de entrevistas, el análisis de los instrumentos de medición del DIT queda enmarcado en una estrategia más amplia referida a la atención de salud del niño o la niña que son los controles periódicos; y esta estrategia en el marco de una aún más global, que tiene que ver con la priorización de las políticas de primera infancia y las diversas estrategias para que las acciones vinculadas a esta tomen un lugar central.



Tabla 2. Instrumentos de salud relevados y analizados⁵

INSTRUMENTO	SIGLA Y LINK	PAÍS	AUTORÍA	AÑO
Test de Aprendizaje de Desarrollo Infantil	TADI	Chile	Edwards y Pardo	2013
Escala Abreviada del Aprendizaje-3	EAD-3	Colombia	Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística	2016
Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil	EDI	México	Secretaría de Salud de México	2013
Test Peruano de Evaluación del Desarrollo	TPED	Perú	Gerencia General de prestadores de salud de Perú	2017
Guía Nacional de Evaluación del Desarrollo-2	GNVD-2	Uruguay	Cerutti <i>et al.</i>	2019
Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)	PRUNAPE	Argentina	Lejarraga <i>et al.</i>	2002
Prueba Pre Pesquisa (PRE PRUNAPE)	PRE PRUNAPE	Argentina	Lejarraga <i>et al.</i>	2013
Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil	IODI	Argentina	Alchouron <i>et al.</i>	2017

Fuente: elaboración propia en base a revisión bibliográfica.

Todos estos instrumentos fueron desarrollados en los países de la región por especialistas e implican la observación de niños y niñas; en algunos casos, son pruebas (EAD-3, EDI, TADI, GNVD-2, PRUNAPE y TPED) y en otros, observación sin proponer actividades o posturas (IODI).



5 La descripción completa de cada uno de estos instrumentos se encuentra en el Anexo 2.



Las áreas de observación varían entre los instrumentos, algunos de ellos tienen más énfasis en aspectos del desarrollo neurológico o psicomotor (EAD-3, TADI, PRUNAPE, PRE PRUNAPE y TPED) y otros incorporan aspectos sociales y vinculares como parte de la observación (GNVD-2, EDI y IODI).

De los instrumentos relevados se seleccionaron algunas de las categorías sugeridas tanto por la bibliografía como por las personas entrevistadas como más relevantes al momento de definir la pertinencia del uso de un instrumento u otro de forma universal en los controles de salud periódicos de niños y niñas. En la región, y particularmente en la Argentina, se cuenta con una extensa trayectoria respecto al diseño y la aplicación de instrumentos adecuados culturalmente que data de los años 1980 en muchos casos. Este aspecto da cuenta de la existencia de grupos de expertos en el tema con alta calificación y experiencia, pero también que es importante realizar actualizaciones periódicas cuando se incorporan instrumentos de medición del DIT.

Contar con validaciones poblacionales confiables, cubrir un amplio grupo de edad que permita ver las trayectorias, tener una duración adecuada para ser incluido en el marco de la consulta, así como ser de aplicación accesible para personal no especializado en desarrollo, son algunas de las categorías que se pueden ver en los documentos recolectados con la descripción de los instrumentos. Otros aspectos también relevantes serán abordados posteriormente en el análisis de las entrevistas a informantes calificados.



Validación

Sobre los procesos de validación, muy pocos instrumentos cuentan con validaciones con sensibilidad y especificidad aceptables. La más sólida es la PRUNAPE, pero es del 2002, lo que requeriría actualización⁶. En los casos de EAD-3 (sin datos), EDI (sin datos), TADI (22%) (Bedregal, 2020), GNVD-2 (77%) y PRE PRUNAPE (41-41%), los procesos de validación están en curso o no han mostrado niveles aceptables de sensibilidad.

Respecto a la especificidad, no se tienen datos de EAD-3 y EDI; TADI tiene un 97%, GNVD-2 presenta un 65% y PRE PRUNAPE, 85%.

Tiempo de aplicación

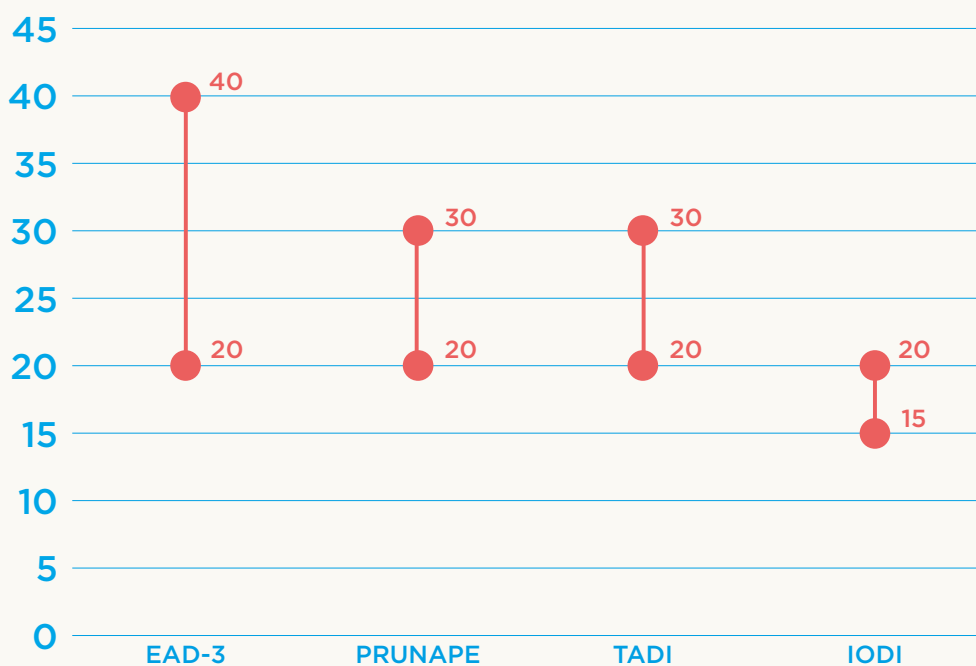
Otro aspecto clave es la duración, punto crucial cuando se piensa en pautas de evaluación del desarrollo que se apliquen de forma universal en los controles de salud de niños y niñas. En todos los países de la región se plantea que las consultas de control de salud tienen una duración de entre 10 y 20 minutos.

Los instrumentos relevados tienen una duración que oscila entre los 10 minutos, en niños y niñas más pequeños, y 50 minutos en niños y niñas más grandes, según se declara en las entrevistas. A continuación, se presentan los datos de duración promedio de los instrumentos incluidos en el estudio, tal como son declarados en los documentos de referencia. Por lo que puede haber más variabilidad según experiencias, pero no se refleja en el siguiente gráfico.



⁶ En el caso de Chile se aplican de forma sistemática EEDP y TEPPI, que no fueron incluidos en la tabla por ser anteriores a las fechas seleccionadas de análisis. Respecto a la sensibilidad y especificidad, contaban con buenos porcentajes, pero al igual que PRUNAPE ya están obsoletos en cuanto a adecuación cultural y de lenguaje especialmente.

Gráfico 1. Máximos y mínimos de duración de aplicación por instrumento (en minutos)



Fuente: elaboración propia en base a revisión documental.

NOTA: solo instrumentos que cuentan con datos disponibles. En el caso de la PRUNAPE, existe distinta información en distintos documentos. Por lo que se tomó la recomendación de la SAP.

Personal responsable de la aplicación de la evaluación del DIT

En la mayoría de los países, y en la mayoría de los casos, los controles se realizan por personal de salud no especializado en DIT, incluso en muchos casos no son especializados en niñez. En la mayoría de las ciudades medianas o chicas y en zonas rurales, los controles de salud los realizan personal de enfermería y/o médicos generales o las especialidades disponibles. Por lo tanto, y esto surgió con muchísima fuerza en las entrevistas, la posibilidad de que estos perfiles puedan aplicar los instrumentos es clave. Además de eso, se profundizará más adelante en la importancia central de las instancias de capacitación sobre el uso de los instrumentos, pero también sobre el DIT global.

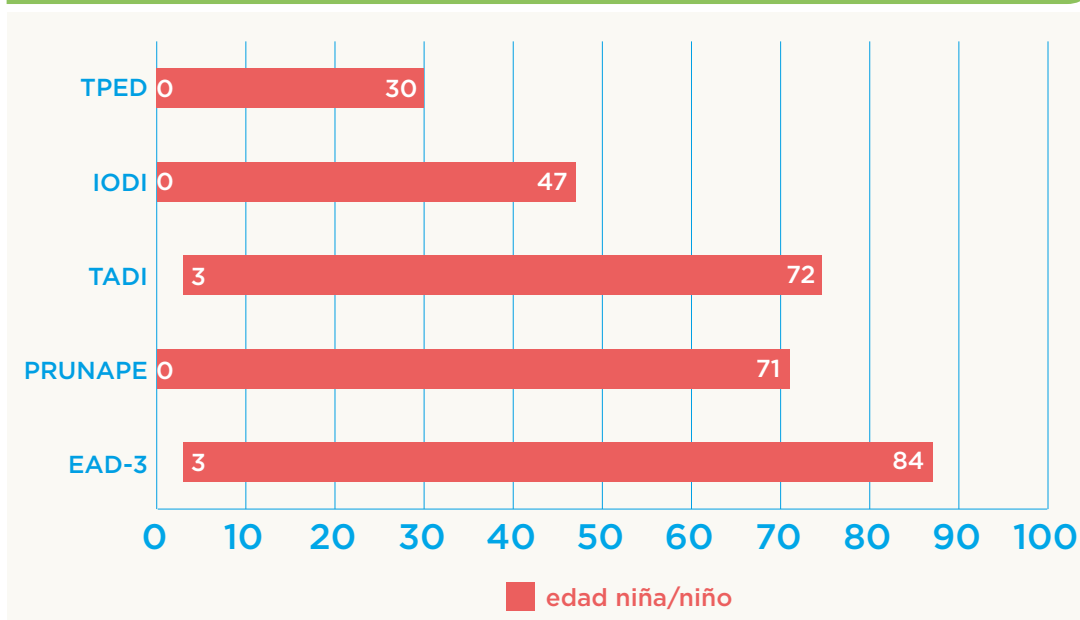


Rango de edad contemplado por cada instrumento

La edad cubierta por las pruebas relevadas en la región no parece presentar mayores inconvenientes, ya que la mayoría de las pruebas aplicadas en el ámbito sanitario cubren al menos hasta los 36 meses (exceptuando el TPED). La edad de inicio varía entre los 0, 3 o 6 meses. Cualquiera de estas edades es aceptable para el inicio de la evaluación del desarrollo.

En la documentación relevada para este estudio se observó un gran número de experiencias tanto en la región como en la Argentina. Pareciera que el hecho de que la medición del DIT implica conocimientos muy específicos en aspectos estadísticos y psicométricos hace difícil su difusión en otros círculos profesionales vinculados a la primera infancia y a la toma de decisiones sobre políticas de primera infancia.

Gráfico 2. Edad del niño o la niña en el inicio y la finalización de la aplicación del instrumento de evaluación del DIT en el ámbito de la salud (en meses)



Fuente: elaboración propia en base a revisión documental.



Frecuencia o periodicidad de aplicación

Algunos de estos instrumentos fueron propuestos para evaluar el desarrollo en cada uno de los controles de salud; y otros prevén edades “aduana” en las que debido a los hitos del desarrollo se recomienda su aplicación. Esto implica seleccionar tres o cuatro edades en las que se incorpora la evaluación del desarrollo en la consulta, lo que facilita bastante la tensión que se genera en las consultas respecto del tiempo requerido cuando se incorpora un test o instrumento.

Costos

Todos los instrumentos tienen costos relativamente bajos si se comparan con los instrumentos de países anglosajones disponibles en años anteriores. En todos los casos, tienen costos asociados a la divulgación y la capacitación que deben sí o sí ser costeados, como el pago a autores; o si bien el instrumento y su divulgación son libres, la adecuada utilización requiere un equipo capacitador especializado.

Fortalezas y debilidades de los instrumentos de evaluación del DIT

La tabla 3 presenta un resumen de las fortalezas y las debilidades (tomado de Tabora, 2021) de cada uno de los instrumentos. Respecto a las áreas del desarrollo que cada instrumento incorpora, las dimensiones clásicas siempre están reflejadas en mayor o menor medida (motora gruesa y fina; lenguaje, personal-social o socioemocional y cognitiva). Las principales diferencias radican en la cantidad de ítems que se orientan a la evaluación del neurodesarrollo o a la más fisiológica, y en la inclusión de elementos del entorno, vinculados al ambiente en el que se desarrolla el niño o la niña. Estos énfasis, además de dar cuenta de bases conceptuales diferentes, afectan la toma de decisiones acerca de por quién y cuándo puede ser implementado el instrumento, en la medida que algunos ítems requieran más experticia en la temática.



Tabla 3. Fortalezas y debilidades de los instrumentos analizados

País	Instrumento	Fortalezas	Debilidades
Argentina	IODI	<p>Es de observación y procesual.</p> <p>Si bien es clínico, su marco conceptual (pikleriano) y su enfoque de vigilancia mediante observación continua lo hace adaptable a contextos educativos.</p> <p>No requiere material estandarizado, razón por la cual los costos son mínimos. Permite evaluar la presencia de signos de alarma en un sentido más abarcativo e incluye aspectos medioambientales como determinantes del desarrollo.</p>	<p>No es un instrumento psicométrico, no tiene dimensiones ni se agrupan los indicadores en puntajes y estos en baremos (puntajes estandarizados).</p> <p>Tiene problemas de sensibilidad, de validez de constructo.</p> <p>Rango de edad: evalúa hasta 3 años y 11 meses.</p> <p>No tiene baremos para la población de referencia (se pueden construir) en caso de que se considere necesario.</p>
Argentina	PRUNAPE	<p>Cuenta con muchos años de uso por parte del personal de salud, es un instrumento robusto y validado.</p> <p>Altos niveles de sensibilidad y especificidad.</p>	<p>Desactualizado, hay ítems que ya no funcionan.</p> <p>Muy largo para ser incluido en los controles periódicos de salud. Requiere personal acreditado y autorizado para su uso.</p>
Argentina	PRE PRUNAPE	<p>Es fácil de usar e interpretar.</p>	<p>Es aplicable a grupos de población, pero no a individuos.</p> <p>Tiene poco tiempo de aplicación, es necesario estudiar su uso en poblaciones más amplias.</p>
Chile	TADI	<p>Es un instrumento conocido y usado en la región a nivel privado y en políticas públicas regionales.</p> <p>Actualmente se encuentra en revisión por parte de sus autoras.</p>	<p>Presenta baja sensibilidad. Detecta solamente a niños y niñas con mayor nivel de retraso, pero no a los rezagos.</p> <p>Expertos en desarrollo no recomiendan su uso hasta que no se lo revise.</p> <p>No tiene un patrón oro de referencia.</p>

Tabla 3. Fortalezas y debilidades de los instrumentos analizados (cont.)

País	Instrumento	Fortalezas	Debilidades
Colombia	EAD-3	<p>Rango de edad amplio (hasta 7 años).</p> <p>Sostenibilidad: no requiere materiales formalmente estandarizados, aunque ofrece orientaciones para su selección.</p> <p>Manual con descripciones breves pero claras. El examinador puede adaptar elementos para poder evaluar cada ítem teniendo en cuenta el contexto, por lo que no requiere elementos específicos o costosos.</p> <p>Detecta tempranamente alertas en el desarrollo de niños y niñas. Facilita realizar un seguimiento de las habilidades de desarrollo en el tiempo.</p> <p>Facilidad de aplicación.</p>	<p>No tiene patrón de oro, no se verifican pruebas de validación.</p> <p>Dificultad en la interpretación de los ítems, ausencia de criterios estandarizados de puntuación. Falta de claridad en la forma de administración de los ítems.</p> <p>La valoración del área de lenguaje no es sensible para el reporte de alertas e intervenciones tempranas.</p> <p>No hay ajuste por prematuridad.</p> <p>No hay ítems que evalúen el desarrollo de la integración sensorial de niños y niñas.</p>
México	EDI	<p>Sencillo y económico, contempla una mirada integral sobre el niño y la niña, y el desarrollo.</p>	<p>Es fuertemente clínico, por lo cual requiere capacitación extensa del personal no especializado.</p> <p>Tiene varios ítems que exploran el desarrollo neurológico durante el primer año de vida, lo que complejiza su aplicación.</p>
Perú	TPED	<p>Puede ser aplicado por personal no profesional de la salud.</p>	<p>Cubre solo hasta los 30 meses. No tiene documentación técnica disponible como para ser analizado en profundidad.</p>



Tabla 3. Fortalezas y debilidades de los instrumentos analizados (cont.)

País	Instrumento	Fortalezas	Debilidades
Uruguay	GNVD-2	Ofrece percentiles 25, 75 y 90. Complementa la evaluación directa del desarrollo con indicadores indirectos (señales de alerta) para 4, 6, 9, 12, 18 meses. Y para 2, 3, 4 y 5 años. Varios ítems se exploran con preguntas a los referentes y observación espontánea. Estandarizado para población uruguaya. La dimensión socioemocional se evalúa mediante indicadores indirectos (señales de alarma) en varios cortes de edad. Tiene patrón oro (BDI).	Tiene algunas inconsistencias menores en las instrucciones de aplicación y en las descripciones de las conductas.

Fuente: elaboración propia en base a revisión bibliográfica.

En el análisis de las entrevistas se profundizará en cuánto pesan cada una de estas características, y sus fortalezas y debilidades, en la toma de decisiones vinculada a una política universal de inclusión de la evaluación del DIT en los controles de salud.



2. EDUCACIÓN



Los instrumentos relevados de uso en centros educativos son los siguientes:

Tabla 4. Instrumentos de educación analizados

INSTRUMENTO	SIGLA Y LINK	PAÍS	AUTORÍA	AÑO
Escala Cualitativa de Valoración del Desarrollo Revisada	ECVD-R	Colombia	Instrumento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, elaborado por un equipo de la Universidad Javeriana en cooperación con otros referentes institucionales, y coordinado por la Fundación Saldarriaga Concha.	2017
Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil	CEDI	México	Versión educativa del EDI clínico. En su elaboración participó el Dr. Antonio Rizzoli, autor del EDI.	2017
Escala de Desarrollo Infantil	ESDI	Perú	Mariela Rocío Ortiz Obando y Eliana Victoria Rodríguez Fernández (Cunas Más).	2015-2016
Inventario de Desarrollo Infantil	INDI	Uruguay	ANEP y Facultad de Psicología UDELAR.	2015

Fuente: elaboración propia en base a revisión bibliográfica.



En el ámbito educativo la discusión acerca de la medición del DIT es más nueva y tiene objetivos diversos, por lo que es indispensable acotarlos. Existen diferentes objetivos y los mismos instrumentos también pueden cumplir diferentes propósitos. Entre los objetivos más comunes se encuentran: definir un diagnóstico o línea de base, crear planes de mejoramiento, aplicar como un recurso útil para evaluar el desarrollo profesional docente y evaluar resultados producto de alguna política en particular. A partir de la definición de los objetivos de la medición, resulta clave a su vez tener claridad sobre cómo se van a utilizar los datos, independientemente de si los resultados muestran alta o baja calidad (Cortázar, *et al.*, 2021).

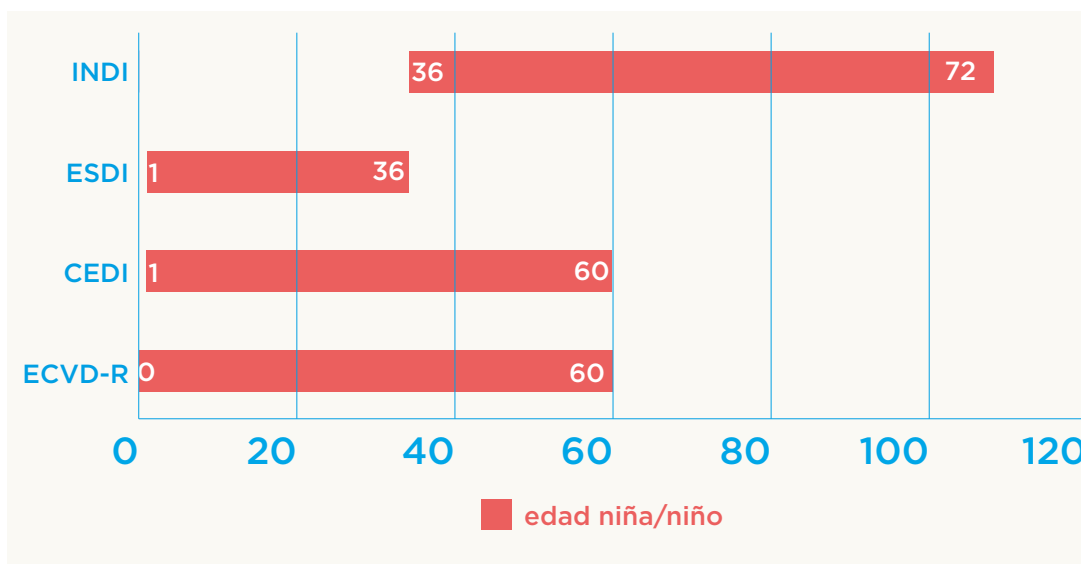
A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la salud, el tiempo de observación no es tan determinante, en la medida que el personal de educación puede disponer de varias jornadas para la observación, siempre y cuando el instrumento lo permita.

En todos los casos se cuenta con validaciones (ver Anexo 2) con diversas características, pero todas adecuadas a su población.

Las dimensiones del desarrollo que se abordan son las clásicas que ya se mencionaron en el ámbito de la salud. En el caso de la ECVDI-R evalúa 12 dimensiones y su marco conceptual está organizado en torno a un eje articulador del DIT que es el “sistema de relaciones” que niños y niñas construyen con la realidad. En ese sistema de relaciones se distinguen tres tipos: la relación consigo mismo, la relación con los otros y la relación con los objetos. En cada una de estos sistemas de relaciones se evalúan dimensiones.

Por otra parte, la aplicación y el propósito de las escalas tienen varias diferencias. En los últimos años tomó más fuerza la evaluación desde el punto de vista de la calidad e integrar varias dimensiones de evaluación. Al evaluar la calidad de los programas de educación inicial es importante identificar qué se quiere evaluar (variables estructurales y de procesos), para qué se quiere evaluar (diagnóstico, línea de base, plan de mejora, desarrollo profesional docente, etc.), cómo se van a utilizar los potenciales resultados, e incluir a los diferentes actores educativos para involucrarlos en el proceso; definir de cuánto tiempo y recursos se dispone, y la capacidad técnica que se requiere para desarrollar los objetivos trazados, levantar y analizar la información (Cortázar, 2022).

Gráfico 3. Edad del niño o la niña en el inicio y la finalización de la aplicación de los instrumentos de evaluación del DIT en el ámbito educativo (en meses)



Fuente: elaboración propia en base de bibliografía.

Las edades de inicio de la evaluación del DIT en los centros de educación adquieren relevancia en términos de política pública a partir de los 36 meses, que es la etapa en la que la educación inicial en los países de la región tiene mayor cobertura. Es decir, en la mayoría de los países de la región, antes de los 3 años la cobertura es menor al 50% de la población de esas edades. Por lo que el espacio de encuentro con esos niños y esas niñas es en el sector salud o comunitario. A partir de los 3 años, el espacio educativo cobra relevancia y es en definitiva en el que más se comparte tiempo con niños y niñas, además de las familias. La aplicación de escalas de desarrollo a niños y niñas más pequeños tiene como objetivo orientar el trabajo de las personas educadoras.

Existe bibliografía actualizada que da soporte a la idea de que el DIT y la asistencia a centros de calidad en los primeros años de vida tienen una asociación directa, especialmente en los sectores de menor nivel socioeconómico (Araujo, 2017; SENAF, 2019; Lo Priore Infante, 2021; Raikes, 2017; Cortázar *et al.*, 2021).

Tal como se señaló más arriba, se debe dar una discusión profunda y conceptual sobre la medición del DIT en los centros educativos: para qué, y a partir de allí, definir las alternativas a considerar. Los objetivos



son clave, las edades deben ser definidas, y posteriormente, fijar los propósitos.

En el caso de la Argentina se cuenta con la experiencia del instrumento MirAr, que incluye estos aspectos vinculados a la calidad, pero también hay otras experiencias en la región, que se podrían profundizar en futuros estudios.



3. ESTUDIOS POBLACIONALES



Acerca de la medición del desarrollo en estudios poblacionales, se tomó como base la [Plataforma de encuestas e instrumentos de medición del desarrollo infantil](#) publicada por la Red Regional de Medición del Desarrollo Infantil (REMDI) en 2020. A partir de esa base se actualizaron las encuestas relevadas y se desagregaron los instrumentos utilizados.

Varias de las encuestas consideradas incluyen estudios longitudinales donde se sigue una cohorte de niños y niñas en su trayectoria de crecimiento. Por este motivo, los instrumentos también varían bastante de acuerdo con el tramo etario de niños y niñas que forman parte de las respectivas muestras.

A efectos de este estudio, se tomarán los instrumentos aplicados para la población de niños y niñas menores de 6 años.

Las primeras experiencias de encuestas sobre primera infancia en los países de la región iniciaron en torno al 2012. Para este propósito, se aplicaron test de desarrollo para dimensionar, a nivel poblacional, las alteraciones del DIT y sus dimensiones. En ese momento no existían instrumentos locales para estas mediciones y especialmente que se adecuaran al contexto de entrevista en el hogar, llevada adelante por personal no especializado.

Así como en otras áreas, el rol de UNICEF fue central en el apoyo a la medición del DIT. Entre las primeras experiencias, y las más extendidas en la región, se encuentra la aplicación del ECDI que era parte de las [encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados \(MICS, por sus siglas en inglés\)](#). Son 18 los países que aplicaron el ECDI en el marco de MICS en la década 2010-2020, pero se pueden encontrar MICS en la región que datan de los años 1990. Este instrumento no es considerado de evaluación del desarrollo en el sentido tradicional proveniente de las disciplinas vinculadas al neurodesarrollo, pero el principal tema vinculado a esta metodología es el relevamiento por declaración parental o de cuidadores. Sin embargo, se puede decir que fue la oportunidad



para muchos países de la región para dimensionar la situación de su población de primera infancia en lo referido al DIT.

Por otra parte, algunos países que ya tenían marcos institucionales que les permitían contar con fondos propios para desarrollar encuestas de primera infancia o incluir módulos sobre este tema en encuestas demográficas, desarrollaron estrategias para aplicar y validar instrumentos más extensos que abordaban la medición del DIT de forma integral. Los instrumentos usados por otros países que se relevaron en este trabajo son:

Tabla 5. Instrumentos de estudios poblacionales analizados

ENCUESTA	INSTRUMENTO Y LINK	PAÍS	AÑO
Evaluación CPI	Battelle Development Inventory-2 (Battelle)	Argentina-Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)	2019
Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés)	ECDI (viejo)		
ELPI 2010, ENDES	Battelle Development Inventory-2 (Battelle), área de comunicación del Batelle	Chile, Perú	
ELPI 2012, ELCA, ENDIS 2013, 2015 y 2018	Ages & Stages Questionnaire socioemocional (ASQ-SE)	Chile, Colombia, Uruguay	2012, 2013, 2015, 2018
ENDIS 2013, 2015 y 2018	Ages & Stages Questionnaire 2 y 3	Uruguay	2013, 2015, 2018



ENCUESTA	INSTRUMENTO Y LINK	PAÍS	AÑO
ELPI 2017, ELCA y ELCO, ENSANUT México	Test de imágenes visuales Peabody (tvip)	Chile, Colombia, México	2017, 2019
ELCO	Strengths and Difficulties Questionnaire O SDQ-CAS	Colombia	
ELPI 2017, ENDIS 2013, 2015 y 2018	CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5 (CBCL, por sus siglas en inglés)	Chile Uruguay	2017, 2013, 2015, 2018
ENDES	Emotion Regulation Check List (ERC)	Perú	Sin dato
ENDES	Pretend Play Enjoyment Developmental Checklist (PPE-DC)	Perú	Sin dato
ENSANUT México	ECDI 2030	México	2021
Sin aplicación aún en la región	Global Scales for Early Development (GSED)	Global	En validación

Fuente: elaboración propia en base a revisión bibliográfica.

Como se observa en la tabla 5, en 2021 México incorporó en la ENSANUT el ECDI 2030 de UNICEF. Esta es la nueva versión que fue validada en México para su uso en la región y se espera que sirva para reportar el Indicador [4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible](#).

El último instrumento que se incluye en el relevamiento es el Global Scales for Early Development (GSED), respaldado y promovido por la OMS, que si bien no fue usado aún y está en proceso de validación a nivel global, es un instrumento que al igual que el ECDI 2030 promete ser comparable internacionalmente y adecuado para la aplicación en encuestas por declaración de la persona entrevistada.

En los casos de México (ENSANUT), Colombia (ELCO) y Perú (ENDES), las mediciones del DIT a nivel poblacional han sido incluidas como módulos de DIT en encuestas más amplias. Estas estrategias son interesantes porque además de darle sustentabilidad a la medición del desarrollo, son parte de estrategias globales de gobiernos que le dan espacio a la primera infancia en la agenda de conocimiento.



Por otra parte, Chile y Uruguay cuentan con estudios longitudinales exclusivos de primera infancia y trayectorias de conocimiento. Estas encuestas vienen siendo aplicadas desde 2010 en Chile y desde 2013 en Uruguay, y se incorporaron a las **agendas de generación de conocimiento del Estado**. En principio, esto se sostuvo por al menos una década, pero al requerir presupuestos específicos es un poco más frágil que los ejemplos anteriores.

Si bien estos países muestran avances en la medición sistemática del DIT, como se señala en párrafos anteriores, se observan dificultades para comparar los datos regionales. En los últimos años, los países tomaron diversas decisiones acerca de los instrumentos a ser utilizados, y luego no se cuenta con posibilidades de comparar los resultados. Exceptuando los casos que aplicaron los módulos de las MICS (el instrumento ECDI viejo) que daba un panorama de la situación global de desarrollo.

El hecho de que cada país cuente con mediciones anteriores lo coloca en el dilema de mantener un instrumento que le permita compararse consigo mismo y sus relevamientos anteriores, o hacer un cambio que lo habilite a compararse con los otros países de la región (estos son los casos de Chile, Uruguay, Colombia y México, entre los países incorporados en este estudio).

En este punto, las decisiones, en general, llevaron a asegurar la posibilidad de cada país de compararse consigo mismo. Por lo que, al observar los instrumentos usados, se ve que muy pocos países utilizaron instrumentos en común.

Por otra parte, surge el tema de las validaciones y las condiciones en las que estos instrumentos se aplicaron, en especial porque se trata de instrumentos anglosajones, con escasos antecedentes de uso poblacional y menos aún en las poblaciones de la región. En este proceso, casi todos los países validaron los instrumentos para su población, como es el caso de ASQ 3 y CBCL en Uruguay o el ASQ SE en Chile, y el Peabody en México y Perú.

Otro aspecto que adquiere especial relevancia en el marco de las encuestas es la duración de la aplicación de los instrumentos. Encuestas muy extensas bajan radicalmente la confiabilidad de los datos que se recogen. En términos generales, se valora especialmente



en las encuestas que impliquen preguntas a las personas cuidadoras e incluyen muy poca observación directa de niños y niñas.

También es importante quién aplica estos instrumentos. En los distintos países se han hecho varias pruebas: contratar personal con formación específica para la aplicación de los test o formar a encuestadores con experiencia en encuesta para realizarlos.

En los últimos años, el perfil de los aplicadores de los test es personal encuestador con capacitación en la aplicación de los instrumentos (Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay).



Análisis de las entrevistas



Aparte de considerar los instrumentos en los cuales las personas tenían antecedentes, las entrevistas se centraron principalmente en la experiencia y la valoración de procesos institucionales y en la toma de decisiones en cada uno de los países. Se realizaron 18 solicitudes de entrevista, de las cuales se concretaron 14 (ocho regionales y seis en la Argentina).

Las entrevistas abarcaron las siguientes dimensiones:

1. Caracterización de las personas entrevistadas, especialmente para garantizar la adecuación y su experticia.
2. Descripción, alcance del o los instrumentos incluidos en la entrevista y análisis de fortalezas y debilidades.
3. Análisis de criterios indispensables e irrenunciables que debe tener un instrumento de evaluación del DIT para ser usado de modo universal en la población del país, e informes que se deben reportar.
4. Descripción y análisis de los procesos institucionales de toma de decisiones de los países y globales en el caso de los instrumentos internacionales.
5. Valoración general de los procesos y las condiciones institucionales más relevantes.



Las personas entrevistadas y su experiencia en la temática

Provenientes de diversas disciplinas, casi todas están vinculadas a la primera infancia, psicomotricidad, pediatría, psicología y educación parvularia. En un caso, la entrevistada proviene de Relaciones Internacionales con posterior maestría en Desarrollo Infantil Temprano.

En todos los casos, se señalan diversos estudios de posgrado adecuados a cada perfil técnico, especializaciones en salud pública, DIT y en epidemiología, entre otras.

Las expertas y los expertos tienen una trayectoria de entre 5 y 40 años trabajando en estos temas. En todos los casos, participaron activamente del proceso de decisión institucional de incorporación de los instrumentos de medición a usar en su país en alguno de los ámbitos seleccionados para este trabajo (salud, educación o estudios poblacionales).

Vinculación con el tema

En su mayoría se encontraban o se encuentran trabajando en los ministerios de Salud o Educación de sus países, como referentes de los equipos técnicos que realizan los análisis y las recomendaciones de instrumentos. Otros tienen inserción académica o en sociedades científicas. Quienes no estaban en esos espacios se encontraban participando de la mesa interinstitucional de su país convocada a efectos de fortalecer las políticas de primera infancia.

Instrumentos

Si bien las personas entrevistadas provienen de diferentes ámbitos de trabajo relativos a la medición del DIT, los instrumentos descritos en su mayoría son analizados también en las entrevistas. Sin embargo, existen algunas excepciones donde no se pudo contactar al referente de algunos de los instrumentos.



En algunos casos, las personas entrevistadas eran referentes de uno de los instrumentos usados en el país y por lo tanto se profundiza en uno y no en todos los instrumentos. El otro punto relevante es la complementariedad de la información obtenida, ya que en las entrevistas se analizan más detalladamente los procesos institucionales, los actores involucrados en el proceso, y los estudios y antecedentes que condujeron a la selección de los instrumentos y la valoración que tienen de ello las expertas y los expertos, dado que la información técnica ya estaba disponible en los documentos relevados.

En el caso de Colombia, México y Perú se cuenta con encuestas que incluyen módulos de DIT de levantamiento periódico. Esto es valorado muy positivamente para el reporte de indicadores, así como para la orientación de políticas de primera infancia. Este logro se atribuye a la conformación de una mesa interinstitucional que posicionó el tema de la primera infancia como prioridad de política pública. En el análisis de procesos institucionales se profundizará sobre este aspecto.

En los casos de Chile y Uruguay, se cuenta con estudios longitudinales específicos de primera infancia. Estos logros también se atribuyen en ambos países a contar con respaldo de las autoridades; y en el caso de Chile, la prioridad de la primera infancia quedó plasmada en la ley conocida como *Chile Crece Contigo*, que da marco legislativo para garantizar la continuidad de estos estudios.

En Colombia (EAD-3), México (EDI) y Perú (TPED) existen instrumentos de medición del DIT creados y validados en sus países, y con respaldo oficial para la aplicación en el marco del control periódico de salud. En estos casos se llegó a la etapa de capacitación de los equipos y a la inclusión en las resoluciones ministeriales requeridas para incluirlos en la norma de atención a niños y niñas. Sin embargo, la capacitación del personal de salud se vio afectada por la pandemia por COVID-19, lo que retrasó los procesos.

A su vez, en Perú y Colombia no hay sistemas de información para el registro de las mediciones realizadas que permitan dimensionar cuán extendido está el uso de las pautas en los controles de salud. En el caso de México, por tratarse de un Estado federal, estaba en proceso de extensión por estados, pero esto se vio interrumpido por la pandemia y también por el cambio de gobierno.



Chile tiene los instrumentos (EEDP y TEPSI) que se aplican en la consulta del control de salud del niño o la niña desde el 2010. Esta evaluación está totalmente arraigada como parte de la consulta. Al profundizar en las condiciones que se fueron dando para que esto sea así, se pueden identificar al menos cuatro aspectos clave.

1. La existencia de una política explícita e interinstitucional de primera infancia con respaldo de las autoridades.
2. Un sistema de cápitas que incluye el pago específico a los prestadores de salud por la aplicación y el ingreso en el sistema de los resultados de las evaluaciones del desarrollo.
3. La inclusión en la formación de grado de Enfermería en Desarrollo Infantil Temprano y en la administración del EEDP y TEPSI.
4. Una tradición anterior a *Chile Crece Contigo* de registro y reporte dentro del sistema de salud.

En este punto, surgen varios elementos a destacar; por un lado, la importancia de contar con fondos específicos que financien las horas técnicas que se requieren para realizar estas actividades; y por otro lado, la previsión de capacitación desde la formación de grado de los aplicadores.

En el caso de Chile se detectó al personal de enfermería como posible candidato para cumplir la tarea. En cada país se puede prever cuáles serían las opciones más adecuadas. En toda la región, se observa la no disponibilidad de pediatras para los controles y, en general, en las ciudades más pequeñas y zonas rurales, el perfil del personal de salud que realiza los controles se diversifica.

El desafío con el que se encuentra Chile es actualizar los instrumentos y volver a capacitar a los equipos con los instrumentos nuevos. La dificultad surgió en los procesos de validación del TADI, que es el instrumento diseñado especialmente a estos efectos; y como se vio, su sensibilidad es menor a la aceptable.

En la Argentina, existe la PRUNAPE, que es un instrumento de evaluación del desarrollo muy arraigado en los equipos, sobre todo de pediatría. Se cuenta con muchas experiencias de uso de esta prueba tanto en el



ámbito particular de consulta, como en múltiples investigaciones en el país y en la región. En los últimos años, se desarrollaron propuestas de diseño de versiones resumen de la PRUNAPE, como el cuestionario PRUNAPE de Pre Pesquisa (PRE PRUNAPE). Se sabe que existe un grupo de profesionales que la aplican, pero no se tiene registro de la extensión. La PRUNAPE es reconocida regionalmente y está validada. Sin embargo, no ha sido actualizada y esto parece ser un problema para su aplicación actual de forma completa. Por otra parte, si bien en términos de solidez técnico-metodológica no hay otras alternativas de instrumentos, se señala que esta prueba no parece ser adecuada para un uso universalizado por personal no especializado.

El IODI fue desarrollado específicamente para incorporar la observación del desarrollo en el control de niños y niñas. Este instrumento contó con procesos de consulta a expertos durante varios años, y finalmente fue aprobado y recomendado por el Ministerio de Salud argentino para ordenar la observación del DIT en el marco de la consulta periódica⁷. La extensión de su uso y la capacitación del personal se vieron afectadas por la pandemia. Actualmente se está retomando la capacitación y tiene pendiente, al igual que sucede en otros países de la región, la incorporación del registro digital. Este proceso redundaría en dimensionar el alcance que está tomando y usar los propios datos generados para realizar los estudios psicométricos necesarios para seguir adelante.

En varias entrevistas, para el caso de la salud, surge la importancia de analizar la situación de la evaluación del DIT en el marco de una estrategia de salud de la niñez más amplia. Es decir, como parte de la universalización del control de salud en niñas y niños sanos e incluso como parte de una política más global de primera infancia.

Por otra parte, en algunos de los países, la pandemia generó grandes dificultades para sostener los controles de salud según las normativas, por lo que más aún se vio resentida la evaluación del desarrollo.



⁷ Resolución 699/2016 del Ministerio de Salud.



En el ámbito educativo, la tradición de evaluación del desarrollo de forma universalizada es más nueva en la región. El único instrumento relevado que se aplica de forma más generalizada es el INDI en Uruguay que, al ser aplicado en los centros de educación inicial públicos de la Administración Nacional de Educación Pública, tiene una cobertura del 80% aproximadamente de niños y niñas de esas edades.

Este instrumento tiene una particularidad y es que se plantea como objetivo evaluar la disposición al aprendizaje y tiene la especificidad del abordaje psicopedagógico, como forma de orientar la práctica en el aula según las necesidades.

En los casos de México y Colombia, la EVCD-R y el CEDI, respectivamente, se diseñaron para su aplicación en centros educativos y están en proceso de extensión. Al igual que con los instrumentos que se usan en el ámbito de la salud, la pandemia significó un retraso de las actividades, pero también implicó una oportunidad al iniciar procesos de capacitación a distancia haciendo más frecuente la incorporación de tecnologías para llegar a los equipos de los países y reduciendo costos.

Tabla 6. Frecuencia de aplicación de instrumentos de uso en educación

País	Instrumento	Frecuencia de aplicación
Colombia	EVCD-R	Cada 3 meses
México	CEDI	Cada 6 meses
Perú	ESDI	Sin dato
Uruguay	INDI	Al inicio y al final del año lectivo

Fuente: elaboración propia en base a revisión bibliográfica.

Como resumen acerca de los instrumentos aplicados en servicios, tanto en salud como en educación, se puede afirmar que los costos de capacitación en recursos financieros y de gestión deben ser previstos previamente y progresivamente para que no sean un cuello de botella.



El otro punto clave es contar con sistemas de información para el registro digital desde el inicio, de forma que permitan monitorear el avance de la implementación y las mejoras que deban hacerse en tiempo real.

En los estudios poblacionales, los instrumentos utilizados se diversifican y los criterios de selección son distintos a los anteriores. Las elecciones de los países que cuentan con encuestas en un inicio (en los primeros años de aplicación de encuestas de este tipo, en torno al 2012) se usaron instrumentos de medición del desarrollo internacionales validados, que implicaban realizar las pruebas u observaciones en el marco de la entrevista en el hogar. Posteriormente se vio que esta estrategia generaba muchos errores de medición y faltante de datos debido al tiempo que llevaba la entrevista. En este contexto, se pasó a usar instrumentos ya existentes o a diseñar instrumentos de cuestionario, donde se responde por consulta a la persona cuidadora. Como ejemplos, en Chile se aplicó en la ELPI el Battelle Development Inventory-2 (Battelle) y en México el Peabody. Pero posteriormente en las entrevistas se valora tener instrumentos validados para la población y de fácil aplicación en el contexto de entrevista.

La mayoría de los países aplicaron la ECDI de UNICEF en el marco de las MICS y si bien presenta algunas limitaciones, se continúa avanzando y apostando por ese camino. Actualmente se cuenta con la ECDI 2030, que permite ser aplicada por equipos no técnicos entrenados y con corta duración, y estandarizado y validado en México para la región. Esta nueva versión, a diferencia de la anterior, da un índice global de desarrollo sin discriminar por áreas.

Su aplicación junto con la GSED, para niños y niñas de 0 a 36 meses, parece ser una opción prometedora para evaluar el desarrollo a nivel poblacional.

Actualmente las encuestas que se vienen realizando fuera de las MICS no permiten la comparación entre países. Por lo que habrá que seguir explorando alternativas como estas iniciativas internacionales, para poder unificar criterios de medición en la región y lograr la comparabilidad.



Descripción, alcance del o los instrumentos incluidos en la entrevista, y análisis de fortalezas y debilidades

A continuación, se profundiza en los procesos institucionales y los estudios previos que se hicieron de cada uno de los instrumentos seleccionados.

Cuando se preguntó a las personas entrevistadas si consideran que el instrumento cumple con los requisitos que debe tener para los fines que fue seleccionado, en general se hace hincapié en la relevancia del objetivo para el cual se busca el instrumento, la validación para la población en la que se va a aplicar y su actualización periódica. No en todos los casos se consideró que el instrumento en uso cumplía los requisitos necesarios.

En esta dimensión surgen principalmente dos señalamientos. Por un lado, los procesos de validación y la complejidad, y los costos que implican, que hacen que en muchos casos estos procesos se vean truncados debido a lo difícil que es llevarlos adelante en las condiciones adecuadas.

En este sentido, surgió en las entrevistas que muchas veces no se toma el tiempo para contactar especialistas en psicometría y desarrollo, que, a pesar de ser un área muy específica del conocimiento, la consulta a un experto puede abrir opciones de análisis que con frecuencia desde las especialidades de salud o educación se desconocen. Esta opinión fue compartida, a partir de que muchas veces se dificulta hacer las validaciones tradicionales, pese a que por las características de los instrumentos y sus objetivos sería posible realizar otros estudios psicométricos.

El otro punto señalado en las entrevistas es el de los objetivos de los instrumentos. En la experiencia de Uruguay, se indica que se generó una mesa interinstitucional de desarrollo con el fin de acordar un instrumento de evaluación para ser utilizado en todos los ámbitos. Sin embargo, cuando se profundizó en la discusión, quedó claro que al menos en el ámbito de la salud y la educación, los objetivos eran distintos y por lo tanto los instrumentos debían ser diferentes. Para ello, luego de definidos y diseñados los dos instrumentos a ser usados en salud y educación (GNVD-2 e INDI), se realizaron estudios de **validez concurrente** que permitieran observar los comportamientos de uno y otro.



En el caso de México, se parte del diseño del instrumento para ser usado en salud, y para el ámbito educativo se realiza una revisión específica de este instrumento y se transforma. Esto tiene como fortaleza que el EDI y el CEDI están articulados. No se relevó en este estudio datos más específicos acerca del funcionamiento del CEDI y si logra en la práctica adecuarse a las necesidades específicas del ámbito educativo.

En general para cada uno de los instrumentos, y luego de haber participado de instancias de discusión y decisión acerca de cuáles usar, las personas entrevistadas en su totalidad señalan estar conformes con los resultados. Se valora muy positivamente el proceso por el cual se llega a los instrumentos, por las instancias de discusión y acercamiento entre diversas disciplinas que implicó.

En cada país estos procesos son distintos y más allá de los procesos de discusión implicados, luego de acordar las grandes líneas, lo que sucedió en la mayoría de los casos es que los análisis y la confección de propuestas se le encargaban a un equipo de expertos.

En todos los países, finalmente, se tomó el camino de diseñar un instrumento adecuado a su población y sus necesidades. En general, se tienen como base instrumentos ya existentes, y se actualizan y adecúan a los nuevos requerimientos.

En el caso de la Argentina, se diseñó el IODI que se apoya en varios instrumentos preexistentes. Sin embargo, tiene la particularidad de implicar un cambio en el enfoque conceptual, pues se plantea su aplicación en todas las consultas de control de salud de niños y niñas. Esto requiere grandes esfuerzos para acortar tiempos, así como disminuir las exigencias de materiales para la evaluación y los requerimientos acerca de las dimensiones del espacio físico, atendiendo a la diversidad de contextos en los que será aplicado. Los propios entrevistados definen el instrumento como un “ordenador” de la observación en el marco de la consulta.



Aspectos considerados indispensables e irrenunciables

- Que sea un instrumento validado para su población (especificidad y sensibilidad), que se aplique en servicios de salud para niños y niñas menores de 3 años, que es donde hay más cobertura y contacto.
- Que sea un instrumento de tamizaje de acuerdo con recomendaciones de OPS (Figueiras *et al.*, 2006).
- Que haya acuerdo intersectorial, sobre todo para promover su uso efectivo y sistemático.
- Que tenga prevista su actualización periódica como máximo cada 10 años.

Los puntos anteriores refieren a los aspectos, señalados en las entrevistas; sin embargo, en el punto acerca de que sea un instrumento de tamizaje, parece no haber acuerdo, principalmente porque esta definición se vincula más a los propósitos de las evaluaciones en el ámbito de la salud, pero no así en la educación o en estudios poblacionales.

A su vez, en el propio ámbito de la salud se señaló la importancia de que el instrumento se use de forma efectiva y sistemática en el marco de la consulta de salud, que tiene una duración en todos los países de 10 minutos y excepcionalmente llega a 20. En las entrevistas se observan algunas tensiones en este punto, ya que en la mayoría de los casos se espera que se aplique en todas las consultas o en algunas edades definidas, pero la duración de algunos de los test, sobre todos en niños y niñas más grandes en algunos casos, llega a 50 minutos. En el caso de Uruguay, se aplica el test de desarrollo en algunas edades (4 meses, 18 meses y 4 años). En Colombia y la Argentina también se está pensando en seleccionar edades para la aplicación de los test, pero aún no está definido.

En el análisis de fortalezas y debilidades de los instrumentos señalados por las personas entrevistadas parece haber algunas contradicciones respecto de las condiciones que se consideran que debería cumplir el instrumento y el tiempo que se le destina para la aplicación. Esto sucede especialmente en el ámbito de la salud.



Informes y utilidad

Si bien en la mayoría de los casos los países capacitaron a los equipos, y aún continúan haciéndolo, la pandemia fue un factor relevante que afectó el proceso de formación de los recursos porque, en algunos casos, no se pudo dar continuidad, en especial, a las prácticas.

En los sistemas de salud de Colombia, Perú y Uruguay, los reportes que se generan a partir de la aplicación de los instrumentos de evaluación del desarrollo son a nivel individual. Es decir, es la puntuación del técnico o profesional en el consultorio, y no se logró sistematizar los resultados.

En Chile es diferente, ya que existe un sistema de registro administrativo que reporta todos los resultados de la aplicación de los instrumentos en el país. Se registran los resultados por centro de salud, provincia y región, y por edades de niños y niñas. Esto les permitió ver que los resultados nacionales de la aplicación de los instrumentos diferían de los resultados de la ELPI en DIT y esto motivó que se iniciara un proceso de renovación de instrumentos. Sin embargo, y a diferencia de los otros países de la región, cuentan con instrumentos muy arraigados, con todo el personal de enfermería capacitado en su uso desde la formación de grado, lo cual se convirtió en una restricción para sustituirlos por otro más actualizado.

En el ámbito de la educación, se profundizó en la experiencia de Uruguay, donde el instrumento INDI fue incorporado en el sistema de educación pública y el registro se incluyó en el sistema de registro habitual de las educadoras. Esto tuvo como consecuencia que luego de los períodos correspondientes de negociación y capacitación, el llenado de los datos tuvo un 95% de adhesión y que la información de desarrollo del 80% de niños y niñas que asisten a las escuelas públicas uruguayas esté disponible a nivel individual, en reportes de grupos, incluyendo un listado de los casos de riesgo alto por grupo, por centro y por región de inspección. A su vez, el equipo de investigación que diseñó el instrumento anualmente confecciona reportes globales para la institución.

En cuanto a los instrumentos poblacionales, en todos los casos se generan reportes periódicos cada vez que se realiza una encuesta donde se condensan los principales resultados, lo que en general



incluye un capítulo sobre desarrollo. En los últimos años se avanzó en estrategias de difusión de la información y se incluyeron iniciativas para ampliar el uso de las bases de datos en sectores académicos y especializados a través de la publicación de las bases de datos para uso público y la generación de concursos dirigidos a investigadores, mediante la conformación de fondos específicos, para promover el uso de las bases de datos.

Estas experiencias fueron exitosas porque aumentaron el uso de la información, especialmente el análisis orientado a generar aportes a las políticas públicas.

Sin embargo, se presenta como desafío que el uso de la información que se genera es aún parcial y, en la práctica de los decisores políticos, si bien se viene avanzando, todavía queda mucho por trabajar en el uso sistemático de la evidencia en la orientación de políticas públicas.

Proceso de toma de decisiones y estrategias técnico-políticas

Acerca de los procesos de toma de decisiones se observan distintos modelos, dependiendo de las características e idiosincrasia de los países:

1. Formación de una mesa interinstitucional legitimada. En el caso de México, Perú y Colombia, se trata de una mesa interinstitucional orientada a posicionar y dar lineamientos a las políticas de primera infancia en la agenda global del gobierno. En Uruguay, se trata de una mesa interinstitucional concentrada en los temas de medición del DIT.
2. Respondiendo a una estrategia bastante distinta, Chile y el GSED, que si bien no se trata de un país sigue procesos similares, generan documentos técnicos y alianzas de especialistas para que, con la documentación producida, se lleven a cabo recomendaciones con el propósito de definir o diseñar instrumentos que cumplan con los requerimientos sugeridos por las expertas y los expertos.



Estas dos estrategias no son contradictorias; en algunos casos se hacen primero los acuerdos interinstitucionales pertinentes y luego se encomiendan los análisis y las propuestas técnicas de acuerdo con los objetivos planteados.

En las entrevistas se señalan diversas experiencias respecto al uso de instrumentos ya existentes o el diseño específico de nuevos instrumentos. Sin embargo, más allá de que se usen instrumentos ya existentes, en todos los casos son nacionales, diseñados y validados especialmente para el país en cuestión.

Solo en el caso de los instrumentos para evaluación a nivel poblacional mediante el uso de encuestas se observa el uso de instrumentos internacionales (en general anglosajones) a los que previamente se los valida, se los traduce y se los adecúa a la cultura nacional.

Actores centrales y liderazgo en la toma de decisiones

En Perú y Colombia se resalta particularmente el rol de UNICEF apoyando los procesos de discusión y para poner en agenda el DIT, así como también el apoyo en los aspectos más operativos, como las capacitaciones y la participación en la elaboración de materiales para la formación.

Por otra parte, el liderazgo del Ministerio de Salud es clave como rector, y es quien define los instrumentos y las prestaciones que se deben dar en los servicios. En estos países además se resalta el respeto a las normas y decretos del Ministerio; y si esto es comunicado a los servicios en general, entre los profesionales y los equipos no se observan resistencias, se cumple con las normativas y se agradecen especialmente las instancias de capacitación.

En Uruguay también el Ministerio de Salud tuvo un papel central y en diversas etapas contó con el apoyo de UNICEF.

Sin embargo, aún no se tiene sistematizada la información acerca de cuántos servicios efectivamente han implementado la nueva pauta, dado que al igual que Colombia, el proceso de capacitación se vio interrumpido por la pandemia, aunque en Uruguay no se reanudó.



En Chile el liderazgo es del Ministerio de Salud junto con el apoyo de *Chile Crece Contigo* (un sistema de apoyo a la primera infancia organizado, coordinado y monitoreado por el Ministerio de Desarrollo Social). Allí el EEDP y TEPSI eran instrumentos que se venían usando desde los años 1990 y ya estaban instaurados, a la inversa de lo que pasó en los otros países. Lo que costó fue desarraigarlos y reemplazarlos por un instrumento con los mismos niveles de especificidad y sensibilidad, pero que se adecúe a los niños y las niñas actuales. Con ese fin, en 2016 se construyó el TADI, que no logró cumplir con la calidad esperada de la medición. Por esta razón, se dificultó la sustitución de los instrumentos anteriores.

Respecto a los instrumentos de medición del desarrollo en estudios poblacionales, se destaca en las entrevistas el fortalecimiento de los vínculos de distintas instituciones y tradiciones de conocimiento, como son: los institutos nacionales de estadísticas; los especialistas en DIT, primera infancia y psicometría con perfiles más académicos; y los ministerios dedicados a temas de infancia.

En los casos de Colombia, México, Perú y Uruguay, se destaca el rol de las mesas interinstitucionales y la voluntad política desde la presidencia, como claves en este proceso. Esto se facilita más en los países con Estados unitarios. En el caso de los Estados federados como México, los procesos de negociación de la presidencia con los estados federales agregan tiempo y complejidad a los procesos de toma de decisiones. En el caso de la Argentina, es un aspecto a contemplar.

Duración del proceso, factores facilitadores y barreras o resistencias

Sobre la duración de los procesos se pueden rastrear los inicios de la definición de instrumentos en torno al año 2010, donde se empiezan a instaurar los **programas específicos de primera infancia en los países de la región**: *Chile Crece Contigo* (2007); *De Cero a Siempre* en Colombia (2011); *Uruguay Crece Contigo* (2012); posteriormente el *Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes* (SIPINNA) en México en 2016; y *Cuna Más* en Perú (2017).



A partir de los espacios institucionales que legitimaron la prioridad en la niñez, con programas específicos orientados a la primera infancia, se inician procesos diversos de construcción de acuerdos para evaluar el DIT. Allí se convocan bajo distintos “paraguas institucionales”, especialistas en neurodesarrollo y otras disciplinas afines (pediatría, psicometría, etc.) que ya venían trabajando estos temas para acordar instrumentos para ser usados de forma más o menos generalizada y estandarizada en los diversos servicios.

Dentro de estos procesos, y habiendo pasado cerca de 10 años de estas iniciativas, se le consultó a las personas entrevistadas **qué factores consideraban facilitadores** para el escalamiento del uso de instrumentos de evaluación del DIT y qué barreras o resistencias encontraban. Sobre los factores facilitadores, se señaló la importancia del marco de la creación de políticas con respaldo de las oficinas presidenciales sobre primera infancia y cómo esto permitió a través de la instalación de mesas interinstitucionales y de expertos que acordaron como prioridades financiar procesos de diseño y validación de instrumentos de medición del DIT.

Entre las **barreras y resistencias** señaladas, se destacan:

1. Operacionalización de los instrumentos; es decir, independientemente de que sean de excelente calidad, la aplicación en el marco de la consulta tensiona los tiempos estipulados y previstos en los servicios de salud para el control.
2. Estos instrumentos requieren instancias de capacitación extensas y sensibilización de los equipos encomendados en la tarea, que en general en su formación profesional no incluyen aspectos específicos del desarrollo. Excepto Chile, donde el personal de enfermería que lo aplica en la consulta de la niña o el niño sano recibe la capacitación en la formación de grado.
3. La evaluación de niños y niñas pequeños tiene una duración menor; pero en los que tienen más de 24 meses, la duración es mayor y eso tensa el tiempo de espera en los servicios.
4. La disponibilidad de espacios adecuados y materiales para la observación de niños y niñas. Es importante considerar la reposición de los materiales periódicamente que, si bien en general no son costosos, sí requieren esfuerzos de gestión.



5. Sistemas de información que tienen problemas para procesar datos, y devolverlos en tiempo y forma para poder darles seguimiento, sobre todo en los casos de riesgo. En los instrumentos de medición poblacional también surgen situaciones de discusión cuando hay que publicar datos que provén.

Desafíos de atención a las situaciones de riesgo detectadas

En las entrevistas se relevó un último aspecto vinculado a las experiencias que cada uno de los países tenía sobre las respuestas de atención frente a las situaciones de riesgo detectadas. Surgió que el país que tiene más sistematizadas y dimensionadas las rutas de atención necesarias es Chile, porque cuenta con un flujograma y prevé fondos específicos para la atención de estas situaciones (que promedian el 14% de la población infantil), que luego se ajustan por región y unidades territoriales más chicas. En las zonas urbanas, cuentan con centros de desarrollo y en las zonas con poblaciones más dispersas, hay servicios móviles que van haciendo rondas de atención.

Por otra parte, hubo acuerdo en todas las entrevistas que, del porcentaje de niños y niñas con algún riesgo en su desarrollo, una proporción alta se puede abordar y mejorar sensiblemente con intervenciones comunitarias y grupales. Esto requiere coordinación intersectorial entre salud y educación y/o con grupos de referentes de cuidado (madres, padres o cuidadores). Este grupo de niños y niñas alcanza en los países una incidencia que oscila entre el 10% y el 50%, según el nivel socioeconómico y territorial.

Existe otro grupo de niños y niñas de alto riesgo, que requiere atención especializada, y se estima en cifras que oscilan entre un 2% y 4%, dependiendo de los países.

Es importante que estos servicios de respuesta sean previstos desde el momento de iniciar la aplicación universalizada de pautas de medición del desarrollo, a efectos de dar respuesta a las situaciones detectadas. Sin embargo, la mayoría de los países presentan dificultades en este proceso y reconocen los desafíos que tienen por delante en este aspecto.



Recomendaciones



➤ **Política pública de primera infancia**

El primer aspecto que surge del análisis es la importancia de enmarcar las decisiones acerca de los instrumentos de desarrollo a usar en una política pública de primera infancia más global. A su vez, se plantea como muy importante que cuente con respaldo político amplio, y que, en la medida de lo posible, garantice la continuidad de las líneas de trabajo más allá de los cambios de autoridades y gobiernos.

También en esta línea se puso énfasis en el respaldo de las oficinas presidenciales a los temas de primera infancia, porque esto permite la instalación de mesas interinstitucionales y de expertos para definir prioridades, y así financiar procesos de diseño y validación de instrumentos de medición del DIT.

Este respaldo de la primera línea de autoridad supone una decisión de asignación de fondos o el respaldo para la búsqueda de recursos que resulta indispensable.

Se considera que el actual es un contexto nacional e internacional óptimo para los temas de primera infancia, en la medida que globalmente se demostró la importancia de invertir en esta etapa de la vida; y tanto los países como las agencias de cooperación respaldan estas acciones. En el caso de la Argentina se destaca el *Plan 1000 días*, sustentado en la Ley N.º 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia.



➤ Acerca del proceso

La definición de instrumentos para evaluar el DIT tiene algunos hitos que cumplir para garantizar la calidad y la sostenibilidad de los procesos que son clave tener presentes desde el inicio. Las siguientes constituyen actividades que deben ser previstas:

1. Procesos de acuerdos interinstitucionales y con el asesoramiento de expertos. Especialmente centrados en los objetivos o necesidades a los que debe dar respuesta el instrumento.
2. Revisión del estado del arte acerca de instrumentos ya existentes, principalmente en el país y la región.
3. Diseño y validación; o en caso de tomar un instrumento ya existente, validación y adecuación cultural.
4. Capacitación sostenida y periódica de los recursos humanos. La posibilidad de incluirla en currículas académicas de grado o posgrado es una buena opción para garantizar contar con el personal formado en estos instrumentos y en desarrollo en general.
5. Sistemas de incentivos para promover la aplicación de los instrumentos y su reporte:
 - a. En el sistema de salud debe pensarse en incentivos directos a los prestadores de salud, pero también al personal que desarrolla la tarea en el marco de los controles de salud (en algunos países se paga por el control, por ejemplo, en Chile y Uruguay) y por la evaluación de desarrollo (Chile) con un sistema de cápitax.
 - b. En el caso de los servicios de cuidado y educación, no están tan claras las estrategias, pero sí se demostró que las educadoras lo incorporan, en la medida que les permite planificar mejor su tarea y disponer de reportes del grupo de niños y niñas que la ayudan a visualizar estrategias de trabajo.
 - c. En el caso de las encuestas poblacionales, se observa un gran avance en los países que midieron a nivel poblacional



la situación del DIT de su población en los primeros años de vida. Sin embargo, aún hay desafíos en la comparabilidad regional. Dar seguimiento a las iniciativas de UNICEF con el ECDI 2030 y de OMS con el GSED puede ser una buena opción.

6. Sistemas de registro digitalizados que incluyan reporte a nivel individual, de centro o aula, por municipio, provincia o región, y nacional. Esto tiene beneficios en varios sentidos: a nivel profesional facilita el manejo de la información de resultados individuales, pero también según niveles de agregación permite planificar las políticas públicas y el diseño de flujogramas de atención adecuados a las necesidades.

➤ **Financiación**

Cada uno de los pasos descritos en el punto anterior debe ser adecuadamente **planificado y dimensionar los recursos humanos y financieros** necesarios para garantizar su calidad.

Los procesos de...

- Validación
- Capacitación
- Digitalización
- Análisis
- Aplicación de la información

... son tan relevantes como el propio instrumento para asegurar la calidad y la sostenibilidad del proceso.



➤ **Tensión (tiempo y espacio) requerida para la aplicación de los instrumentos**

La aplicación de los instrumentos en el marco de la consulta, el aula o la entrevista en estudios poblacionales, independientemente de que los instrumentos sean de excelente calidad, presenta importantes tensiones entre los tiempos que requiere su aplicación y la disponibilidad de tiempo y espacio en cualquiera de los ámbitos estudiados aquí (salud, educación, encuestas poblacionales).

Se recomienda tener este punto como central en la toma de decisiones, ya que el equilibrio entre estos aspectos es clave para garantizar la medición del desarrollo y la calidad de las evaluaciones realizadas por los equipos. Las instancias de capacitación y sensibilización de los equipos respecto de la importancia de la medición del DIT actúa como un facilitador de la implementación.

➤ **Diseminación y uso**

En este estudio se observó una gran cantidad de experiencias tanto en la región como en la Argentina. Pareciera que el hecho de que la medición de DIT implica conocimientos muy específicos en aspectos estadísticos y psicométricos hace difícil su difusión en otros círculos profesionales vinculados a la primera infancia y a la toma de decisiones sobre políticas públicas.

En este punto, y vinculado a la primera recomendación, contar con difusión enmarcada en una **política más global orientada a la primera infancia** es clave para que tanto madres, padres y referentes de cuidado de niños y niñas, como equipos técnicos involucrados en las instituciones, reconozcan la importancia de evaluar el DIT y dar respuesta desde las etapas más tempranas de vida.



Bibliografía



Alchouron, C. et al. (2017). *Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)*. Buenos Aires: Cooperativa Universal de Salud y Ministerio de Salud.

Araujo, M. C. (2017). *¿Cómo promover servicios de cuidado infantil de alta calidad en América Latina?*

Bedregal, P. et al. (2020). *Evaluación de instrumentos de medición del desarrollo infantil para niños y niñas de 0 a 5 años, para mejorar el seguimiento de la trayectoria de desarrollo en la primera infancia en Chile*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Castro Rendón (2019). *Guía de Práctica Clínica "Detección de dificultades en el Desarrollo Infantil de 0 a 5 años"*. Hospital Provincial de Neuquén.

Cortázar, A., L. Rivera y M. Miranda (2021). "Aprendizajes sobre mediciones de calidad de la educación inicial en América Latina y el Caribe", *El Diálogo*. The Lego Foundation.

Edwards, M. y M. Pardo (2013). *Manual del Examinador TADI (volumen I)*. Santiago de Chile. Ediciones Universidad de Chile.

Equipo Gerencial del PRIDI (2011). *Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI)*. Washington: BID.

Engle, P. et al. (2007). "Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world", *The Lancet*.

EsSalud (2021). *Documento Técnico Orientador de Atención del Crecimiento. Desarrollo de la niña, niño y adolescente en el contexto de la COVID-19, en el Seguro Social de Salud*. Resolución de gerencia central de prestaciones de salud N.º 36-GCPS. Lima: Ministerio de Salud.



Figueiras, A. et al. (2006). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI*. Washington: OPS.

Fiszbein, A. et al. (2016). *Medición del Desarrollo Infantil en América Latina. Desafíos para la medición y respuestas de política*. Washington: Diálogo interamericano.

Flores Choquejahuá (2014). *Validez concurrente del test abreviado peruano y su concordancia con EEDP en evaluación del desarrollo psicomotor a niños (as) de 0 a 12 meses*. Tesis de grado en Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna.

Giachetto Larraz, G., A. Santoro Ferrero, M. M. Pérez Roca y F. F. Mass Mandagaran (2020). "Validación de un instrumento para la pesquisa de problemas del desarrollo en menores de 5 años en Uruguay", *Revista Médica del Uruguay* 36(1), 65-94.

GSED Team (2021). *The Global Scales for Early Development (GSED) project*. OMS.

Glascie F. P. (2005). "Tamizaje for developmental and behavioral problems", *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 11 (3): 173-179.

Jumbo Salazar, F. F., M. G. Salazar Villacis, R. I. Acosta Gavilánez y D. V. Torres Constante (2021). "Test de Denver y el test Prunape, instrumentos para identificar alteraciones de desarrollo psicomotor", *Revista Científica UISRAEL* 8(1): 123-136.

Lejarraga, H., D. Kelmansky, M. C. Pascucci y G. Salamanco (2004). *Prueba Nacional de Pesquisa. PRUNAPE. Tiempo requerido para la administración de una prueba de pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor infantil*. Buenos Aires: Fundación Hospital Garrahan.

Lejarraga, H. et al. (2013). "Validación de un formulario para la detección de niños con alto riesgo de padecer trastornos del desarrollo. Cuestionario PRUNAPE Pre Pesquisa", *Arch Argent Pediatr* 111 (6): 476-483.

Lejarraga, H. et al. (2015). "Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud", *Arch Argent Pediatr* 114(1): 23-29.



- Loizillon, A., N. Petrowski, P. Britto y C. Cappa (2017). *Development of the Early Childhood Development Index in MICS surveys. MICS Methodological Papers*, N.º 6. Nueva York: Data and Analytics Section, Division of Data, Research and Policy, UNICEF.
- Lo Priore Infante, I. (2021). *Tendencias en las evaluaciones en la atención y educación en primera infancia en América Latina y el Caribe*. Documento de trabajo N°5. CLADE, OMEP.
- Mackrides P. y S. Ryherdy (2011). "Tamizaje for Developmental Delay", *Am Fam Physician*. 84 (5): 544-549.
- Ministerio de Salud de Perú (2011). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco Años*. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas.
- Ministerio de Salud de Perú (2017). *Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años*. Lima: Ministerio de Salud. Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Molina, H. y A. Torres (2013). *Gestión de políticas y programas de desarrollo infantil temprano*. Curso virtual para formuladores de políticas y gestores de programas y proyectos. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- OMS (2020). *Improving early childhood development: WHO Guideline*. Ginebra: OMS.
- Pascucci, M. C. et al. (2002). "Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años", *Arch Argent Pediatr* 100(5): 374-84.
- Pérez, M. y A. Cerutti (2019). *Guía Nacional para Vigilancia del Desarrollo del niño y la niña menores de 5 años (GNVD-2)*. Montevideo: Ministerio de Salud y UNICEF.
- Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística (2016). *Escala Abreviada de Aprendizaje*. Bogotá: Gobierno de Colombia, De Cero a Siempre.



Raikes, A. (2017). *Overview MELQO: Measuring Early Learning Quality and Outcomes*. UNESCO, UNICEF, el Centro de Educación Universal, Brookings Institution y el Banco Mundial.

REMDI (2020). *Recopilación de encuestas e instrumentos de medición del Desarrollo Infantil hallados en la región de América Latina*. REMDI.

Rydz, D., M. I. Shevell, A. Majnemer y M. Oskoui (2005). "Developmental tamizaje", *J Child Neurol*. 20 (1): 4-21.

Secretaría de Salud de México (2013). *Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI"*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

SENAF (2021). *Indicadores de niñez y adolescencia*. Ministerio de Desarrollo social de la Nación.

SENAF (2019). *MirAr. Monitoreo de Interacciones Receptivas en salas de Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Banco Interamericano de Desarrollo.

Sociedad Argentina de Pediatría (s/d). *Detección oportuna de los problemas de desarrollo. La Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE*. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Taborda, C. (mimeo 2021). *Revisión de instrumentos*. INAU- UNICEF (uso autorizado por las instituciones para este estudio).

Tenorio, M., J. Bunster, P. S. Arango, A. D. Aparicio, R. Rosas y K. Strasser (2020). "Evidencia de Confiabilidad y Validez del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) para Evaluación de Niñas y Niños Chilenos con Síndrome de Down", *Psykhé* 29(1): 1-16.

Vásquez-Echeverría, A. (2020). *El Inventario de Desarrollo Infantil y la evaluación sistemática del desarrollo en contextos educativos. Teoría, creación e implementación*. Montevideo: INDI.

UNICEF (2021). *Quick Implementation Guide ECDI 2030*. Nueva York: UNICEF.

Vegas, E. y L. Santibáñez (2010). *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*. Washington: Banco Mundial.



Walker, S. *et al.* (2011). "Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development", *Lancet* 378: 1325-38.



ANEXO 1



Listado de personas entrevistadas

	Nombre y apellido	País / institución
1	Mercedes Pérez	Uruguay Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
2	Carolina Taborda	Argentina Universidad de Córdoba. Relevamiento de instrumentos
3	Argelia Vázquez	México Instituto Nacional de Salud Pública
4	Michelle Pérez	GSED / OMS avances
5	Felipe Arriet	Chile Ministerio de Educación, Subsecretaría de Educación Parvularia
6	Alejandro Vásquez	Uruguay Psicometría UdelaR INDI / ASQ3
7	Regina Kiyomi Moromizato	Perú Consultora UNICEF, Universidad Católica, Suma (ONG)
8	Natalia Munarth	Colombia Ministerio de Salud
9	Iris Schiapira	Argentina Especialista en Seguimiento de Prematuros, Maternidad Ramón Sardá
10	Lucrecia Manfredi	Argentina Ministerio de Salud de la Nación, Programa de Niñez
11	Alicia Rozic	Argentina Psicóloga especialista en desarrollo infantil
12	Celina Lejarraga	Argentina Ministerio de Salud de la Nación, Redes Integradas



	Nombre y apellido	País / institución
13	Esteban Rowensztein	Argentina Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
14	Ana López	Argentina Ministerio de Salud de la Nación, Programa de Niñez

ANEXO 2 (en base a Taborda, 2021)

Instrumentos de salud

País	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Validación	Dimensiones	Tiempo de aplicación (en minutos)	Materiales	Costo
Argentina	PRUNAPE	Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría Garrahan a cargo del Dr. Lejarraga.	2004	0 a 72	La sensibilidad es del 80%, la especificidad del 93% y el VPP de 94%. El valor Kappa (que estima la coincidencia entre los resultados del tamizaje con las pruebas diagnósticas, independientemente del azar) es de 0,71. Todos los valores son buenos.	PRUNAPE evalúa 79 pautas distribuidas en cuatro áreas del desarrollo: 1. Personal-social: 18 pautas 2. Motricidad fina: 19 pautas 3. Lenguaje: 19 pautas 4. Motricidad gruesa: 23 pautas	12-15	Estandarizados, sencillos y de bajo costo	bajo costo: USD 20 (dólares estadounidenses)
Argentina	PRE PRUNAPE	Lajerraga	2013	6 a 71	Sensibilidad 41-42% y especificidad 81-85%. Se transformaron en preguntas 57 pautas PRUNAPE, organizadas en cinco formularios (uno para cada grupo etario entre 6 y 71 meses) con dibujos ilustrativos. En una muestra de 533 niñas y niños sanos con sus madres, de bajo nivel socioeconómico, el PRUNAPE pre-pesquisa (GPPP) fue sucesivamente: a) autoadministrado por cada madre (GPPP-A), b) por personal de salud (GPPPPS) y finalmente, c) se administró la PRUNAPE a cada niña o niño por profesionales capacitados.	Motricidad y personal-social. Se aplica cuestionario a madre o cuidador principal.			

País	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Validación	Dimensiones	Tiempo de aplicación (en minutos)	Materiales	Costo
Argentina	OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL (ODI)	Oberman, Schiapira, Schlemenson (entre otras) con consenso ampliado a otros profesionales, incluyendo los que poseen representación ministerial.	2016	0 a 48	La validación realizada (entrevista entre pediatras) resultaría insuficiente para otorgarle robustez al instrumento.	El instrumento explora 4 dimensiones y contiene 54 ítems de evaluación. 1. Socio-emocional: 20 ítems. Tres de ellos se evalúan transversalmente en todos los tramos de edad (dos corresponden a la disponibilidad del referente y el tercero a la interacción niño-referente). El resto de los ítems evalúa la conducta del niño. 2. Comunicación: 12 ítems. 3. Motriz: 9 ítems. 4. Coordinación visomotora y cognitiva: 13 ítems.	15 a 20	No estandarizados. Esto es acorde con el espíritu de la prueba: de vigilancia y de observación apelando a los objetos de uso común. No obstante, el criterio de selección del material se deja librado a la decisión del técnico porque se supone que tiene experiencia en el DIT.	USD 300
Chile	TEST DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO INFANTIL (TADI)	Marta Edwards	2012/2015	3 a 72	Sensibilidad: 22% y especificidad: 97%				

País	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Validación	Dimensiones	Tiempo de aplicación (en minutos)	Materiales	Costo
Colombia	ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO (EAD-3)	Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana. El instrumento es una revisión de la EAD-1 (1999), también conocida como Escala de Nelson Ortiz, que fue el consultor contratado por UNICEF para la construcción original del instrumento. La EAD-1 se construyó mediante la revisión de una serie de test como: Griffiths, Denver, Kent y otros. Para la construcción de la EAD-3 se revisaron varios instrumentos de la región y los dirigidos a la población hispano parlante en Estados Unidos (concretamente el BDI) en los cuales se mapearon los ítems que coinciden con las dimensiones evaluadas por la escala. Se utilizaron: BDI, Bayley11, EDI, Merrill Palmer-R, TEPSI, TADI, entre otros.	2016	3 a 84		Motricidad fina-adaptativa; motricidad gruesa; audición y lenguaje; y personal- social	20 a 40	No sería un material estandarizado, pero presenta una serie de especificaciones que se inclinan hacia un "estándar". Introduce la evaluación del recién nacido menor a un mes y la evaluación de niño o niña entre los 6 y los 7 años de edad cumplida, conservando la estructura de cuatro áreas con tres indicadores por cada rango de edad.	

País	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Validación	Dimensiones	Tiempo de aplicación (en minutos)	Materiales	Costo
México	ESCALA DE DESARROLLO INFANTIL (EDI)	Secretaría de Salud. Fue construido en base a la AIEPI.	2013	0 a 60		Factores de riesgo biológico: cualquier situación identificable que vive o ha vivido el niño o la niña que lo pueda predisponer a un retraso en el desarrollo. Señales de alerta: signos o síntomas que en ausencia de una alteración pueden indicar una desviación en el patrón normal de desarrollo. Esto se evalúa, entre otros, preguntando la opinión del referente familiar ("¿tiene usted alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo?"). Áreas del desarrollo: conjunto de habilidades en las que el niño o la niña va mostrando una evolución. Motor fino; motor grueso; lenguaje; social y conocimiento. Exploración neurológica. Conjunto de preguntas, maniobras y observaciones que tienen como fin evaluar la indermidad y madurez del sistema nervioso central. Señales de alarma. Expresión clínica de un probable retraso o desviación en el desarrollo. Requieren exploración diagnóstica.			
Perú	TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO (TPED)	Es una versión simplificada de la EEDP y TEPSI.		0 a 30	No consta.				
Uruguay	GNVD-2	M. Pérez y A. Cerutti Ministerio de Salud Pública	La GNVD-2 es una revisión de la GNVD presentada en 2010.	6 a 60	El test tiene 77% de sensibilidad y 65% de especificidad, pero posee "modestos" valores predictivos. Las correlaciones entre ítems y los índices de ajuste para los modelos unidimensionales de cada componente presentan valores > 0,95 (buenos).	Por observación directa (o mediante preguntas a madres, padres, cuidadores) el instrumento explora 94 ítems distribuidos en las siguientes dimensiones: Motora: 21 ítems; Coordinación: 22 ítems; Lenguaje: 29 ítems; Social: 22 ítems.	25	Utiliza materiales estandarizados. Se trata de objetos sencillos y de relativo bajo costo.	Requiere comprar los manipulables. Costo aproximado: USD 20 por kit.

Instrumentos de educación

Pais de origen	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Objetivos	Validación	Estudio base	Baremo	Dimensiones	Materiales	Descripción
Colombia	Escala Cualitativa de Valoración del Desarrollo Revisada (ECVD-R)	Es un instrumento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, publicado en 2017. Fue elaborado por un equipo de la Universidad Javeriana en cooperación con otros referentes institucionales y coordinado por la Fundación Saldarriaga Concha.	2017	0 a 60	<p>Evaluar el estado actual y potencial del niño o la niña en interacción con otros niños, niñas y con los adultos; y a partir de esta, reorientar tanto las acciones pedagógicas en sala, como las prácticas de socialización en las intervenciones familiares.</p> <p>Sistema educativo.</p>	<p>El manual recomienda que sean las personas que más conocen al niño o la niña las que valoren el desarrollo en el ambiente donde cotidianamente se encuentra. Eventualmente, si la persona que lo evalúa es externa al centro educativo y desconocida por el niño o la niña, se sugiere que al menos pase dos jornadas con este antes de sustanciar la evaluación.</p>	<p>Esta versión preliminar fue pilotada en 1228 niños y niñas realizándose análisis estadísticos de la frecuencia con que se alcanzan pisos y techos.</p>	<p>La escala está organizada en torno a un eje conceptual articulador del DIT que es el "sistema de relaciones" que los niños y las niñas construyen con la realidad. En ese sistema de relaciones se distinguen tres tipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la relación consigo mismo, 2. la relación con los otros, 3. la relación con los objetos. <p>A su vez, en cada una de estas relaciones se evalúan determinados aspectos del desarrollo, observables en nueve procesos psicológicos que refieren a diferentes dimensiones o áreas del desarrollo (12 en total) y que, al ser considerados en conjunto, permiten hacer inferencias sobre la globalidad del proceso.</p>	<p>No se establece un límite preciso ni predeterminado pero se estiman unos 20 a 30 minutos. Si bien el manual plantea que es el observador quien determina el tiempo según las necesidades del contexto (y del niño o la niña), también podrían establecerse parámetros más específicos.</p>		

País de origen	Instrumento	Autoría	Año creación/actualización	Rango etario (en meses)	Objetivos	Validación	Estudio base	Baremo	Dimensiones	Materiales	Descripción
México	Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil (CEDI)	Es la versión educativa del EDI clínico y en su elaboración participó el Dr. Antonio Rizzoli, autor del EDI.	2017	1 a 60	Medir el DIT para planear actividades en el centro educativo y orientar a las madres y los padres en el ámbito familiar.	La sensibilidad (global) encontrada es de 0,81 (buena) y la especificidad de 0,61 (debajo de lo deseable: 70%) pero esta llega a 80 y más cuando se la analiza por dominio o subdominio del desarrollo. El VPP es de 0,65 y el VPN de 0,78, que se suponen aceptables considerando que el porcentaje de falsos positivos de la EDI es bajo (6,8%). La especificidad y VPP más baja se obtuvieron en el grupo de 4-5 meses (0,42 y 0,21 respectivamente) y en el de 48 a 60 meses (0,53 y 0,33). Esto, en los hechos, supone tener más cautela en los resultados obtenidos a esa edad y si es posible, cruzar la información con aquella obtenida por otras fuentes (observación continua, señales de alerta, etc.). El tipo de riesgo es la única variable en la que se encontró diferencias significativas entre las zonas geográficas. En el análisis por área, en la correlación de la prueba EDI con BDI-2 y Bayley, oscila entre moderada y altamente significativa. El estudio por dominio se hizo con BDI-2 y Bayley 3, teniendo en cuenta entonces las conductas esperadas en el eje de áreas del desarrollo, que es el eje que estructura a la CEDI. No obstante, hay que aclarar que en el estudio por dominio, el análisis de la sensibilidad se realizó teniendo en cuenta los cinco ejes (no solo áreas del desarrollo).	En el primer estudio transversal, la muestra incluyó 438 niños y niñas con riesgo y sin riesgo de dos Estados Mexicanos, más niños y niñas del Distrito Federal (DF). Para la validez concurrente se utilizó el Batelle-2 (BDI-2) y además, en los niños y niñas del DF (n=87) menores de 42 meses, se utilizó el Bayley 3. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativo y positivo (VPN y VPP respectivamente), con un intervalo de confianza de 95%. El análisis de sensibilidad se realizó para las sedes (Estados), el tipo de riesgo y el estado nutricional. El tipo de riesgo fue determinante para la representatividad de la muestra. Para establecer las propiedades psicométricas de la EDI se consideró un resultado "positivo" (alterado) tanto a los amarillos (rezago) como a los rojos (riesgo de retraso). Se hizo un análisis comparativo entre los dominios y subdominios para los dos resultados (amarillo y rojo) y se analizó en base a la correlación entre lo evaluado por la EDI y cada dominio y subdominio del BDI-242. El punto de corte de la prueba diagnóstica y de tamizaje se estableció en función del coeficiente de desarrollo del BDI-2, pero finalmente se fijó en 90 (más exigente). Si bien el BDI-2 considera retraso clínicamente significativo a todo valor menor a 80 en el puntaje estandarizado, los autores decidieron el corte en 90 porque, aunque algunos niños y niñas presentaban retraso en algún dominio del desarrollo, llegaban a un puntaje promedio en el coeficiente total del BDI-243.	149 ítems totales y evalúa: Motriz gruesa (MG): 35 ítems divididos en 13 etapas. Motriz fina (MF): 35 ítems divididos en 13 etapas. Lenguaje (LE): 35 ítems divididos en 13 etapas. Social (SO): 35 ítems divididos en 13 etapas. Conocimiento (CO): 9 ítems divididos en las tres últimas etapas.	Requiere materiales sencillos que se encuentran disponibles en un centro educativo. El manual no específica si están estandarizados.	La evaluación tendrá lugar cada seis meses y se aplicará a todas las niñas y los niños de un mes a 5 años que asisten a los centros de atención infantil que operan en el Estado en sus diferentes tipos y modalidades por medio de la Cédula de Evaluación del Desarrollo Infantil (CEDI), que es un instrumento que permite identificar el nivel de progreso de las áreas MG, MF, LE, SO y CO; también la toma del peso y de la talla de cada niña o niño.	

País de origen	Instrumento	Autoría	Año creación/ actualización	Rango etario (en meses)	Objetivos	Validación	Estudio base	Baremo	Dimensiones	Materiales	Descripción
Perú	Escala de Desarrollo Infantil (ESDI)	Mariela Rocío Ortiz Obando y Eliana Victoria Rodríguez Fernández (Cunas Más)	2015-2016	1 a 36	<p>Evaluar el nivel de desarrollo logrado por niñas y niños de 1 a 36 meses de edad.</p> <p>Identificar las dimensiones de desarrollo que necesitan mayor acompañamiento para maximizar el efecto esperado de las intervenciones.</p>	<p>Se realizó validez de contenido en base a criterios de jueces expertos.</p> <p>Se evaluó la confiabilidad a través de la Metodología de Confiabilidad de Aplicadores (Brown, 2002), obteniendo buenos resultados en la totalidad de la prueba y cada una de sus dimensiones.</p>		Población del Programa Nacional Cuna Más a nivel nacional.			<p>La ESDI es un instrumento descriptivo de seguimiento, que recoge información acerca del nivel de desarrollo de niños y niñas a través de un listado de indicadores de logro o ítems; en su estructura enfatiza los hitos de desarrollo en las dimensiones: socio-emocional, motora, comunicativa y cognitiva.</p> <p>Este instrumento se construyó en base a la secuencialidad de desarrollo y con rangos que dan cuenta de los períodos sensibles que pueden tener cada niño o niña de acuerdo a sus características, necesidades de aprendizaje, intereses y las oportunidades que su entorno familiar promueve.</p>

País de origen	Instrumento	Autoría	Año creación/actualización	Rango etario (en meses)	Objetivos	Validación	Estudio base	Baremo	Dimensiones	Materiales	Descripción
Uruguay	Inventario de Desarrollo Infantil (INDI)	ANEP-Facultad de Psicología UDELAR	2015	Niños y niñas que asisten al sistema educativo público en el nivel inicial (nivel 3 y nivel 4-5). 36 a 72	<p>Evaluar rezagos y fortalezas en el desarrollo.</p> <p>Evaluar la disposición para el aprendizaje.</p> <p>Contribuir a una mejor planificación de las intervenciones educativas en el aula y fuera de ella.</p>	<p>El proceso se hizo en varias etapas y se realizaron varias pruebas de validez y confiabilidad. Para la validez concurrente se utilizaron variados instrumentos (de evaluación de lenguaje, cognición, motricidad, habilidades lógico-matemáticas, conductas prosociales, etc.), entre ellos BDI, Weschler, Nepsy, etc.</p>		<p>La baremación se hizo con una muestra representativa de niños y niñas entre 3 años 0 meses y 6 años, 7 meses, provenientes de distintos grupos escolares.</p>	<p>Evalúa el desarrollo cognitivo, con cuatro subdimensiones:</p>	<p>Al ser un instrumento que se basa en la observación de actividades escolares cotidianas requiere muy pocos materiales específicos (imágenes impresas).</p>	<p>Se centra en la disposición para el aprendizaje. El instrumento intenta evaluar el desarrollo de habilidades tempranas que resultan predictivas de las habilidades académicas de un niño o niña a mediano y largo plazo. Por ello, el marco conceptual explícita las formas en que el desarrollo cognitivo, motor y socioemocional se vinculan con la disposición hacia el aprendizaje.</p> <p>Tres semanas de observación prescriptas, dentro de ellas hay que prever un tiempo "breve" para la observación individual de cada niño o niña en algunos ítems.</p>

Instrumentos de estudios poblacionales

Pais	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción
Argentina	Evaluación Programa Centros de Primera Infancia en CABA		Evaluación del desarrollo de los niños y las niñas (en su dimensión global, así como en los dominios adaptativo, personal y social, comunicación y motricidad y cognitivo), mediante la aplicación del instrumento.	Battelle2 Screening							Directa y cuidador	10 a 30 minutos	Se aplicó a niños y niñas de entre 36 y 52 meses de vida. El instrumento proporciona un puntaje global sobre el desarrollo alcanzado, y además brinda información sobre diferentes áreas del desarrollo: adaptativa, personal y social, comunicación, motricidad y cognitiva.

Pais	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción
Colombia	ELCA		Aptitud verbal.	Test de imágenes visuales Peabody (tvip)							Niños y niñas		
			Socioemocional.	Ages and Stages Questionnaires:SE (ASQ:SE)							Madre/padre/cuidador principal	20 minutos	
			Aptitud verbal	Test de imágenes visuales Peabody (tvip)							Niños, niñas y adolescentes		Test de vocabulario en imágenes Peabody (tvip). Es una prueba que se administra de forma individual, que mide el vocabulario receptivo. Es un indicador de habilidad verbal y permite discernir la aptitud escolar. Se aplica a la población entre los 3 y 17 años.
	ELCO			Strengths and Difficulties Questionnaire O SDQ-CAS							Cuidador (directa desde 11 años)	10 a 15 minutos	Cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire O SDQ-CAS). El SDQ es un cuestionario que evalúa los comportamientos sociales en niños y niñas entre los 3 y 16 años. Sin embargo, existe una versión del cuestionario para niños y niñas entre los 3 y 4 años, y otro para los que se encuentran entre los 4 y 16 años. En la ELCO se implementa este cuestionario para niños y niñas entre los 2 y 17 años, tomando como base el cuestionario para la población entre 4 y 16 años, y agregando dos preguntas del cuestionario para edades entre 2 y 3 años para aplicarlas a niños y niñas menores de 4 años.

Pais	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción		
Chile	ELPI	1.ª ronda 2010	General	Battelle Development Inventory-2 (Battelle)							Directa y cuidador	10 a 30 minutos	En versión 2010 se aplica inventario completo y en versión 2012 se aplica versión screening.		
		2.ª ronda 2012	Socioemocional	Ages and Stages Questionnaires:SE (ASQ:SE)								Madre/padre/ cuidador principal		ASQ y CBCL son respondidos por el cuidador principal en relación al niño o la niña. Ambos test son complementarios. ASQ se aplica para niños y niñas de 3 a 17 meses y CBCL se aplica desde los 18 meses.	
		3.ª ronda 2017		Child Behavior Checklist (CBCL)								Madre/padre/ cuidador principal	20 a 25 minutos	CBCL tiene dos versiones: CBCL1 para niños y niñas de 18 a 71 meses y CBCL2 para niños y niñas desde los 72 meses en adelante.	
				Test de Autoestima Escolar (TAE)								Niños y niñas		Preguntas directas a niños y niñas	
				Escala de Clima Escolar (ECLIS)								Niños y niñas	10 a 15 minutos	Preguntas directas a niños y niñas	
				Escala de Bienestar (BMSLSS)								Niños y niñas		Preguntas directas a niños y niñas	
				Backward Digit Span Task (BDS)	Función ejecutiva										
				Hearts and Flowers (H&F)											
				Woodcock-Muñoz (WM)	Área cognitiva										Se eligen las pruebas de problemas aplicados, fluidez de matemáticas y cálculo.
				Test de vocabulario en imágenes Peabody (tvip)									Niños y niñas	10 a 15 minutos	Tvip se aplica desde los 30 meses.

Pais	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción	
18 países de América Latina	ECDI	UNICEF	Alfabetización/numérico				36 a 56 meses				Madre/padre/cuidador principal	20 minutos		
			Aprendizaje											
			Físico											
			Emocional											
México (Ensanut)	ECDI 2030	UNICEF	Subdominios de salud	Motricidad gruesa, motricidad fina y autocuidado.							Madre /cuidador principal		El indicador obtenido a partir del módulo del ECDI 2030 es el porcentaje de niños y niñas de entre 24 y 59 meses que alcanzaron la cantidad mínima de hitos que se esperan de su grupo de edad.	
			Subdominios de aprendizaje	Lenguaje expresivo, alfabetización, aritmética, preescritura y funcionamiento ejecutivo.	24 a 59 meses									
			Subdominios de bienestar psicosocial	Habilidades emocionales, habilidades sociales, conducta internalizante y conducta externalizante.										
Bolivia	EPI 2018	Ministerio de Salud		Instrumento de vigilancia del DIT.			36 a 72 meses				Niños y niñas		Evalúa el desarrollo a través del cumplimiento de hitos para cada edad.	
OMS	GSED	OMS		Puntuación unidimensional.						Madre/padre cuidador principal				

Pais	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción		
Perú	ENDES	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Comisión Multisectorial (10 ministerios)	Nacimiento saludable	Bajo peso al nacer, prematuro	9 meses a 6 años						Madre/padre/cuidador principal				
			Apego seguro	Age & Stages Questionnaires Socio Emotional (ASQ – SE)	9 a 12 meses							Madre/padre/cuidador principal			
			Adecuado estado nutricional	Talla/ edad, desnutrición									Madre/padre/cuidador principal		
			Comunicación verbal efectiva	Battelle Development Instrument (BDI) - Área de Comunicación	9 a 36 meses								Madre/padre/cuidador principal		
			Camina solo (12 a 18 meses)		12 a 18 meses								Madre/padre/cuidador principal		
			Regulación de emociones y comportamiento	Emotion Regulation Check List (ERC)	24 a 71 meses								Madre/padre/cuidador principal		
			Función simbólica	Pretend Play Enjoyment Developmental Checklist (PPE-DC), Child Initiated Pretend Play Assessment según la edad.	25 a 71 meses								Madre/padre/cuidador principal		

País	Encuesta	Módulos DIT en encuestas	Área del desarrollo	Instrumentos	0 a 2 años 11 meses	2 a 3 años	3 a 4 años	5 años	6 a 7	7 años o más	Aplicación	Duración	Descripción
Internacional- Global	Global Scale for Early Childhood Development (GSED)	Organización Mundial de la Salud (OMS)	En construcción	0 a 36	Evaluación de programas.							Basado en instrumentos ya existentes, como el Infant and Young Child Development (IYCD), el Caregiver Reported Early Development Instrument (CREDI) y el Global Child Development Group (GCDG) (McCoy <i>et al.</i> , 2016; Richter <i>et al.</i>).	La GSED consiste en dos instrumentos validados y estandarizados internacionalmente para medir el desarrollo de niñas y niños menores de 3 años a nivel poblacional (formulario breve) y programático (formulario extenso). Los dos instrumentos de la GSED se construyen a partir del mismo banco de ítems. El primero es un instrumento breve basado en información aportada por el cuidador concebido para la medición a nivel poblacional con el fin de: evaluar el estado del DIT en el mundo y crear mapas al respecto; señalar las poblaciones que más ayuda necesitan, con una supervisión del impacto de las emergencias humanitarias y otras crisis; hacer un seguimiento de las trayectorias del DIT a lo largo del tiempo a nivel poblacional, y controlar las ventajas de las políticas y los programas de ámbito nacional. El segundo es un instrumento más extenso para evaluar programas que combina la evaluación directa con la información aportada por el cuidador para cuantificar el efecto de las intervenciones en el desarrollo temprano.



ANEXO 3



Taller de discusión del documento

Este documento se presentó en un taller que se realizó el 7 de marzo de 2023 en las oficinas de UNICEF Argentina. Esta actividad formó parte del proceso de trabajo para la difusión y el debate de su contenido, en el que participaron actores clave de diversas áreas relacionadas con el DIT.

El taller permitió una línea de base para el conocimiento del estado de situación sobre estrategias y propuestas metodológicas orientadas a la evaluación del DIT en un grupo de países seleccionados de América Latina. Pero, además, significó un espacio de intercambio con la participación de representantes de organismos nacionales y de 8 provincias argentinas focalizadas por UNICEF; diferentes actores de la sociedad civil, organizaciones académicas, agencias de cooperación y sociedades científicas.

Queremos expresar el agradecimiento a todos los organismos públicos que participaron en esta actividad.

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Unidad Ministro.
- INDEC. Dirección de Estadísticas Sectoriales.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires,
 - Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud.
 - Programa Infancias y Juventudes. Cuidados y Asistencia en Salud Mental.
 - Dirección de Niñez y Adolescencia.
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Gerencia operativa de Primera Infancia.
- Ministerio de Salud de Chaco. Dirección de Maternidad e Infancia.
- Ministerio de Salud de Entre Ríos. Secretaría de Políticas de Salud y Bienestar



- Ministerio de Salud de Jujuy. Dirección Provincial de Maternidad e Infancia.
- Ministerio de Salud de Salta. Subsecretaría de Medicina Social.
- Ministerio de Salud de Santa Fe. Dirección Provincial de Niñez y Adolescencia.
- Provincia de Córdoba. Defensoría de NNyA de Córdoba.

También agradecemos la participación de los actores pertenecientes a diferentes sectores de la sociedad civil, organizaciones académicas, agencias de cooperación y sociedades científicas:

- SAPI: Gabriela Yrala (Presidenta); Marcela Armus (Salud Mental y Desarrollo Infantil)
- UNSAM: Claudia Viñuela Ortiz (Carrera de Psicopedagogía)
- SAP: Nicolás Cacchiarelli, Agustina Vericat (Comité de Desarrollo infantil)
- CESNI: María Elisa Zapata (Directora); María Eugenia Herrera Vega (Investigadora del Área de Cuidados)

