“Cada niña y niño cuenta”

ODN

Objetivos de Desarrollo de la Niñez Peruana

Documento de Recomendaciones

Prioridades en la atención
de la Primera Infancia
2021 - 2026

COPERA infancia

CRÉDITOS

LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO ESTUVO A CARGO DEL COMITÉ DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO, CONFORMADO POR:

- Lucía Guerrero Suárez
- Mariam Laguna Sánchez
- Diego Portillo Tinoco
- Regina Moromizato Izu (Coordinadora)
- Mar Alonso García Alonso
- Fabiola Lazarte Chávez

AGRADECEMOS A LOS MIEMBROS DE COPERA INFANCIA QUE PARTICIPARON EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE DOCUMENTO, EN ESPECIAL POR EL ENTUSIASMO, COMPROMISO Y DEDICACIÓN DURANTE EL PROCESO DE DOCUMENTACIÓN Y EN LAS MESAS INTERNAS DE DEBATE

- Alessandra Leverone (United Way)
- Armida Lizárraga (Luminario)
- Ariela Luna (Atipay)
- Arturo Pardo (independiente)
- Carmen Vásquez de Velasco (SUMBI)
- D´janira Paucar (independiente)
- Elena Velaochaga (Caritas Graciosas)
- Ermelinda (Acción y Desarrollo)
- Fredy Torres (independiente)
- Inés Roncagliolo (Transforma)
- Lisset Fernandez (independiente)
- Lucía Guerrero (independiente)
- Mabel Herrera (independiente)
- Mariela Ortiz (independiente)
- Mario López (Asoc. RED SUMA)
- Nila Vargas (United Way)
- Rafael Casas (Aldeas Infantiles)
- Rommy Ríos (Fund. Baltazar y Nicolás)
- Rosa Figueroa (independiente)
- Rossana Sarmiento (SUMBI)
- Vanessa Lainez (independiente)
- Verónica Beytia (Transforma)

AGRADECEMOS DE FORMA ESPECIAL A LOS EXPERTOS Y FUNCIONARIOS PÚBLICOS QUE NOS ACOMPAÑARON Y BRINDARON VALIOSOS APORTES QUE ENRIQUECIERON EL DEBATE INTERNO Y EL DESARROLLO DEL PRESENTE DOUMENTO:

- **Oscar Alva Arias**
  Director de Protección Especial,
  Dirección Nacional de Protección – MIMPV

- **Nancy Tolentino Gamarra**
  Directora del Programa
  Nacional Aurora – MIMPV

- **Carlos Javier Vega**
  Asesor de la Gerencia Municipal
  Metropolitana de Lima

- **Maria Elena Ugaz**
  Oficial de Desarrollo Infantil temprano
  y nutrición – UNICEF

- **Carlos Rojas**
  Oficial de Monitoreo y Evaluación – UNICEF

- **Ethel Ghersi de Sobrevilla**
  Experta en temas de protección e Infancia y
  representante de la Red Nacional de
  Promoción de la Primera Infancia

- **Jenny Yamamoto Umezaki**
  Experta en temas de protección e Infancia

- **Sonia Ascue**
  Docente PUCP y ex directora de
  Educación Especial del MINEDU

- **July Caballero**
  Especialista Espectro Autista – MINSA

- **Marcia Rivas**
  Especialista en Educación
  Consultora UNICEF

- **Jessica Vargas**
  Coordinadora de la carrera de
  Educación Inicial de la FAE – PUCP

- **Erika Dunkelberg**
  Experta en desarrollo infantil temprano

- **Maria del Carmen Martinez**
  Jefa de Atención Integral del PNCM –MIDIS

- **Ninfa Chavez**
  Jefa del Departamento de Asistencia
  Materno Infantil de la MML

- **Erika Alfageme**
  Country Director de HIAS

- **Victor Torres**
  Especialista de la Gerencia de Migraciones de World Visión

- **Giuliana Becerra**
  Ex Directora de la Dirección de Calidad Ambiental – MINAM

- **Elena Valdiviezo Gainza**
  Profesora principal de la Fac. de Educación - PUCP y Presidenta de la Red Nacional de Promoción de la Primera Infancia

- **Anderson Huayta**
  Sub-gerencia de Gestión Ambiental – MML

- **Marlene Ccoyura**
  Consultora en Emergencias y Gestión de Riesgos y Desastres – UNICEF

- **Carlos Saito**
  Docente PUCP – Co funder de Qaira

Agradecemos a la Fundación Bernard Van Leer por el apoyo para la difusión del presente documento.

Esta publicación es producida por Copera Infancia, el contenido es elaborado por instituciones de la sociedad civil y profesionales independientes con el objetivo de promover la inclusión de la primera infancia y enriquecer los planes de gobierno de los partidos que aspiran a la Presidencia de la República para el periodo 2021-2026.
Para solicitar autorización en el uso del contenido total o parcial, así como más información, comunicarse al correo:

comunicaciones@coperainfanciaperu.com

CONTENIDO

I Introducción 7

II Relevancia de invertir en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) 10

III Por un país mejor organizado para que ninguna niña y niño se quede atrás: Aseguremos el Desarrollo Infantil Temprano 21

IV Sentar las bases de un país competitivo: Ocho prioridades del DIT 29

1.- Salud materna y Neonatal 31
- 1.a Situación de la salud materna y neonatal 32
- 1.b Avances en materia de políticas públicas 37
- 1.c Acciones prioritarias 38

2.-Nutrición Infantil 42
- 2.a Situación de la nutrición en la primera infancia 43
- 2.b Avances en materia de políticas públicas 45
- 2.c Acciones prioritarias 48

3.-Cuidado en los 3 primeros años 51
- 3.a Situación del cuidado infantil en los primeros tres años 52
- 3.b Avances en materia de políticas públicas 56
- 3.c Acciones previas 56

4.-Calidad de los aprendizajes en el nivel inicial **61**
4.a Situación de los aprendizajes en el Ciclo 2 62
4.b. Avances en materia de políticas públicas 66
4.c Acciones prioritarias 67

5.-Violencia contra niños y niñas **70**
5.a Situación de la violencia y desprotección infantil 71
5.b Avances en materia de políticas públicas 73
5.c Acciones prioritarias 74

6.-Aire limpio **78**
6.a Situación de la problemática de calidad del aire y sus efectos en la salud infantil 79
6.b Avances en materia de políticas públicas 81
6.c Acciones prioritarias 81

7.-Discapacidad en niños y niñas **83**
7.a Situación de la primera infancia con discapacidad 84
7.b Avances en materia de políticas públicas 87
7.c Acciones prioritarias 87

8.-Niñez migrante **91**
8.a Situación de la población migrante y la primera infancia 92
8.b Avance en materia de políticas públicas 93
8.c Acciones prioritarias 94

V Bibliografía **97**

I. Introducción

Pese a la percepción de avances y retrocesos que tenemos los ciudadanos con relación al progreso del país, es importante señalar que en los últimos años hemos ido comprendiendo (al menos a nivel de políticas públicas) lo importante que es tener un plan de mediano y largo plazo cuando se trata de ser un país competitivo. Esto no es ajeno a las políticas públicas referidas al desarrollo infantil temprano, podemos decir que, luego de más de 10 años de trabajo intenso, el Perú cuenta con políticas consensuadas que ofrecen una base de legitimidad acerca de la importancia de los primeros 5 años de vida (incluyendo la etapa gestacional). Sin embargo, la tarea no ha concluido y se requiere continuar con las buenas prácticas, corregir los errores y superar las barreras.

Pero ¿cuáles son las buenas prácticas que debemos continuar?, ¿cuáles son los errores que debemos corregir? y ¿cuáles son las barreras que debemos superar? Estas han sido las tres preguntas que han guiado nuestras reflexiones.

El presente documento es una iniciativa de la Comunidad Peruana de Aprendizaje por la Primera Infancia - COPERA Infancia, que agrupa a instituciones de la sociedad civil y profesionales independientes que comparten el mismo propósito:

"QUE TODAS LAS NIÑAS Y NIÑOS DEL PAÍS GOCEN PLENAMENTE DE SUS DERECHOS"

La metodología para buscar respuesta a las tres interrogantes (buenas prácticas, errores y barreras) tuvo tres etapas:

Primera Etapa

Consistió en grupos de trabajo al interior de COPERA Infancia, lo que nos permitió identificar ocho (08) puntos prioritarios para tener en cuenta para el desarrollo infantil temprano en nuestro país:

1. **Salud materna y neonatal**
2. **Nutrición infantil**
3. **Cuidado en los 3 primeros años**
4. **Calidad de los aprendizajes en el nivel inicial**
5. **Violencia contra niñas y niños**
6. **Aire limpio**
7. **Discapacidad en niños y niñas**
8. **Niñez migrante**

Segunda Etapa

Posteriormente se abrieron los espacios de debate, invitando a otras organizaciones públicas, privadas, de cooperación internacional y profesionales expertos nacionales e internacionales con trayectoria en cada uno de los temas mencionados; quienes compartieron buenas prácticas, así como las brechas y barreras a superar que han encontrado en su vida profesional.

Tercera Etapa

Cerca de 50 profesionales con expertiz en temas vinculados al desarrollo infantil temprano realizaron valiosos aportes para la elaboración de este documento. Toda la información recopilada atravesó un proceso de revisión, debate, análisis y organización antes de ser compartida a los partidos políticos y difundida a la opinión pública.

El desarrollo del presente documento tomó cerca de 12 meses y contó con la participación generosa y comprometida de los miembros de COPERA Infancia, así como de otras organizaciones y expertos, a quienes les agradecemos por su gran desempeño y oportuna ayuda.

Esperamos que este esfuerzo de la sociedad civil organizada promueva la inclusión de la primera infancia y enriquezca los planes de gobierno de los partidos que están aspirando a la Presidencia de la República para el periodo 2021-2026.

Los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo integral de la persona y definen la capacidad de las niñas y niños para ser ciudadanas y ciudadanos saludables, responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad.

II. Relevancia de invertir en el Desarrollo Infantil Temprano

La investigación científica y el conocimiento logrado en la última década nos permiten llegar a la siguiente conclusión: orientar recursos al desarrollo infantil temprano es la inversión social más rentable. En efecto, los fundamentos del desarrollo, prosperidad y sostenibilidad de un país se establecen en los primeros años de vida de sus niñas y niños. En esta etapa temprana se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desarrollar su potencial y consolidarse, en la adultez, como ciudadano o ciudadana, saludable, responsable y productivo para sí mismo, su familia y la sociedad.[1]

Cada aspecto del desarrollo humano, desde la evolución de los circuitos cerebrales hasta la capacidad de una niña o niño para establecer y ejecutar un plan, es afectado por el entorno y las experiencias que va acumulando a lo largo de su vida; sobre todo en la etapa que va desde el período prenatal hasta los primeros años.[2] Consecuentemente, esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad y los efectos que puede tener un desarrollo inadecuado son irreversibles y acompañarán al individuo, y a su entorno, por el resto de su vida. [3]

1 Center on the Developing Child (2007). A Science-Based Framework for Early Childhood Policy.

2 Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000) From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.

3 Diether Beuermanny A. Sánchez (2010). Los efectos de choques transitorios en resultados de largo plazo: efectos adversos del clima en la acumulación de capital humano en los Andes Peruanos

Efectos de DIT en la salud:

Un incorrecto desarrollo en la primera infancia puede traer consecuencias de salud en la vida adulta, promoviendo la aparición de enfermedades crónicas. Los estudios muestran que estos efectos pueden estar relacionados, incluso, con la nutrición dentro del útero. Resulta que el feto humano y el infante pueden responder a una nutrición desbalanceada cambiando su trayectoria de crecimiento y adaptándose a un entorno más restrictivo y austero. Estas circunstancias, sumadas al bajo peso que muestran las niñas y niños con estas condiciones al nacer, están relacionadas con la probabilidad de sufrir enfermedad coronaria, diabetes tipo 2 e hipertensión. Por el contrario, los niños que nacen con peso adecuado y crecen en entornos propicios, generalmente disfrutan de riesgos reducidos de sufrir de enfermedades crónicas en la adultez. [4 5]

Los problemas de salud física y mental en la infancia contribuyen significativamente a la pobreza de la salud en la etapa adulta de una persona. Estos efectos, a su vez, se extienden y visibilizan en el desarrollo social y económico; estos pueden ser: la educación, el trabajo, los ingresos individuales y los ingresos familiares.[6]

4 Gluckman PD y Hanson M (2005). The Fetal Matrix: Evolution, Development, and Disease.

5 Gluckman & Hanson 2004b; Barker (2001), referidos en Peter D. Gluckman, M.A. Hanson, H.G. Spencer y P. Bateson (2005). Environmental influences during development and their later consequences for health and disease: implications for the interpretation of empirical studies.

6 Liam Delaney and James P. Smith (2012) Childhood Health: Trends and Consequences over the Life Course.

Efectos de DIT en la educación:

El DIT es un determinante robusto del progreso escolar en países que están en desarrollo. En Guatemala, se encontró que la habilidad cognitiva desarrollada en la etapa preescolar conectaba directamente con el nivel de matrícula en la educación secundaria y con el nivel de logro educativo en la etapa adolescente. Por otro lado, en Sudáfrica, la forma en que un estudiante finaliza el primer grado de la educación primaria puede predecir su progreso y logro educativo posterior. Otros estudios con base estadística como los realizados en Filipinas, Jamaica y Brasil, refuerzan esta relación, al señalar que el desarrollo cognitivo temprano resulta ser un importante predictor de resultados futuros en la formación escolar; en estos casos se controló el análisis estadístico con variables como educación de la madre, edad, género y nivel de riqueza.[7]

Diversos estudios referidos al retardo del crecimiento asocian este problema con un pobre desempeño y progreso escolar o desarrollo de habilidades cognitivas; se comparan niñas y niños con retardo de crecimiento versus niñas y niños sin retardo de crecimiento.[8]

7 Sally Grantham-McGregor (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/

8 Ibid. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/

En los casos de Tanzania, tienen menos probabilidad de matricularse en la escuela o de matricularse tarde (Nepal, Ghana y Tanzania), alcanzar niveles o grados bajos para la edad (Nepal, China, Jamaica, India, Filipinas, Malasia, Vietnam, Brasil, Turquía y Guatemala) o tener habilidades cognitivas pobres o bajas calificaciones (Kenia, Guatemala, Indonesia, Etiopía, Perú, India, Vietnam y Chile).

Asimismo, circunstancias traumáticas y extremas, como el hambre o los fenómenos climáticos, inciden sobre el desarrollo infantil temprano, con efectos que se evidencian en la edad adulta. Este es el caso de la exposición al friaje, heladas y nevadas en los Andes de Perú; principalmente en el primer año de vida, durante ciertos períodos de tiempo y particularmente en las mujeres, esta exposición tiene efectos que persisten hasta la adultez. Entre estos efectos se encuentran: un menor tiempo de escolaridad y menores ingresos en la etapa productiva. [9]

Riesgo a la criminalidad

Si una niña o niño no recibe el soporte adecuado para un desarrollo saludable en la edad temprana, el riesgo que deje la escuela, se involucre en actos ilegales o requiera ayuda del Estado a través de programas sociales en la adultez, es elevado. La experiencia del Programa Preescolar Perry, demuestra que niñas y niños provenientes de familias de bajos ingresos que recibieron las intervenciones incluidas en este programa, tuvieron menos probabilidad de cometer delitos (marcados como menos arrestos) o menos reportes de malas conductas en la escuela, que aquellos no incorporados en el programa, aun cuando todos compartían características similares. [10]

9 Diether Beuermanny A. Sánchez (2010). Los efectos de choques transitorios en resultados de largo plazo: efectos adversos del clima en la acumulación de capital humano en los Andes Peruanos
10 Jean Burr y Rob Grunewald (2006). Lessons Learned: A Review of Early Childhood Development Studies

El desarrollo de habilidades cognitivas y no cognitivas es importante para futuras decisiones. En un estudio longitudinal conducido por Heckman, Stixrud y Urzua (2006) se investigaron los efectos de las habilidades cognitivas y no cognitivas en las decisiones de los individuos respecto de un embarazo adolescente, el estado civil, fumar marihuana, fumar o no fumar (tabaco) diariamente a la edad de 18 años, participar en actividades que llevan eventualmente a la cárcel y participar en otras actividades ilegales.

Los resultados mostraron que los factores no cognitivos tenían una mayor asociación con conductas que pueden conducir a la encarcelación, la participación en actividades delictivas y, en el caso de las mujeres, la posibilidad de ser madres solteras. En el caso de la probabilidad de embarazo adolescente, respondía a variaciones en las habilidades cognitivas y no cognitivas.

Efectos del DIT en la economía:

Recientemente, ha sido documentado el efecto de largo plazo que tiene el DIT; en este caso, a través de la estimulación temprana, tiene efectos en resultados económicos, particularmente en países en vías de desarrollo. El estudio realizado sobre las niñas y niños jamaiquinos sobre los cuales se realizó la intervención combinada de suplementación nutricional y estimulación basada en el hogar muestra que el ingreso promedio del grupo que recibió la intervención de estímulo temprano es 42% superior al de aquellos que no fueron parte de la intervención.

11 James J. Heckman (2006). The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior. Paul Gertler, James Heckman, Rodrigo Pinto, Arianna Zanolini, Christel Vermeerch, Susan Walker, Susan M. Chang, Sally

Este hallazgo, efectivamente conlleva a señalar que la intervención a edades tempranas contribuye a disminuir las inequidades existentes en los países en vías de desarrollo.[12]

En este escenario, las inversiones en el desarrollo humano durante las etapas iniciales de la vida resultan ser altamente rentables; tanto por el capital humano que se potencia, como por el capital humano que se evita perder, cuya recuperación o intento de recuperación posterior, resulta significativamente más costosa e, incluso, inalcanzable.

También, se precisa que el rendimiento de la inversión realizada en la formación del capital humano es mayor si se da en la primera infancia y se reduce si sucede en edades posteriores. Resulta interesante que el desarrollo de habilidades tempranas propicia el desarrollo de las habilidades a mayor edad, debido a que el aprendizaje temprano engendra nuevo aprendizaje. [13]

Heckman y Carneiro muestran que, si bien existen brechas significativas en la asistencia a la universidad entre familias de diferentes niveles de ingreso, las mismas se deben a factores familiares de largo plazo, presentes incluso desde antes del nacimiento; estas inciden en la capacidad de la niña, niño y luego el adolescente, antes que las restricciones financieras de corto plazo en la adolescencia. Esta conclusión es relevante para la definición de prioridades de políticas públicas con respecto a la importancia de intervenciones tempranas, que posteriormente contribuyan a cerrar brechas de educación superior.

12 Grantham-McGregor (2013). Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: a 20-year Followup to an Experimental Intervention in Jamaica.

13 James Heckman y D. Masterov (2007). The Productivity argument for investing in young children..

En general, Heckman y Carneiro, y también Cameron y Heckman (1998) encuentran que las familias de recursos más altos y con determinadas características y antecedentes familiares, producen niños y niñas más capaces de desempeñarse con mayor éxito en la escuela y de aprovechar sus habilidades.

Consecuentemente, la influencia de los factores familiares presentes desde el nacimiento hasta la adolescencia produce la capacidad y la predisposición para ingresar a la universidad. De hecho, como señalan estos autores, la habilidad decisiva para producir diferenciales educacionales es moldeada en la infancia temprana.

Desarrollo Infantil Temprano: Ventana de Oportunidad

En el entendimiento de los fenómenos que subyacen al DIT, es esencial incorporar de manera explícita la variable tiempo. Esta variable, entendida como "ventana de oportunidad", implica periodos críticos en los cuales se da con mayor intensidad la ocurrencia de un fenómeno en particular y que, por lo tanto, tiene mayor relevancia. Por ejemplo, la Lactancia Materna Exclusiva (LME) es determinante en los primeros seis meses de vida, ni antes ni después tendrá el mismo efecto que en esos meses iniciales.

Asimismo, asociada a este concepto, se encuentra la importancia del orden temporal de exposición a los riesgos. Es decir, el momento en que ocurren determinados eventos es muy relevante en términos de riesgo, lo que tiene mucha influencia sobre el desarrollo. Por ejemplo, consumir medicamentos en el primer trimestre de embarazo, representa un riesgo para malformaciones congénitas; sin embargo, consumir ese mismo medicamento en la última semana de embarazo no necesariamente es un factor de riesgo.

De hecho, en el DIT, son diversos los factores que se comportan como riesgo en ciertos momentos de la vida, pero pasados esos momentos, una mayor o menor exposición no tiene mayor efecto en el individuo.

Los momentos críticos en la vida de las niñas y niños

El crecimiento y desarrollo de las niñas y niños, desde la etapa prenatal hasta los 60 meses, está repleto de momentos o periodos críticos en los cuales los cambios ocurren con mayor celeridad. Estos momentos representan oportunidades únicas para el desarrollo pleno del potencial humano en los que se puede incidir positivamente. Los momentos críticos son:

LA GESTACIÓN

Es el primer momento del ciclo de vida, en el que la salud de los dos seres vivos (gestante y feto) se encuentran en una relación de máxima interdependencia. El crecimiento intrauterino del feto, sobre todo en el primer trimestre, es dependiente del estado nutricional de la madre, aunque las consecuencias del déficit nutricional no se podrán notar hasta el nacimiento o cuando el niño desarrolle retardo de crecimiento.

EL PARTO

Es un evento de corta duración, pero suma importancia, en el cual las complicaciones obstétricas pueden afectar severamente la salud de la madre y del neonato, ocasionando discapacidades de por vida, la muerte de uno de ellos o de ambos.

FASE NEONATAL

El recién nacido es expuesto bruscamente a un nuevo entorno ambiental (servicios de salud donde ocurre el parto, el hogar y la comunidad). Esto, sumado a las exposiciones que previamente experimentó en el útero, determinará un mayor o menor riesgo de adquirir enfermedades y la probabilidad de sobrevivir los primeros siete días, además de una mayor o menor vulnerabilidad hasta antes de los 28 días.

28 DÍAS - 24 MESES

Después de los 28 días, el niño inicia un rápido proceso de crecimiento y maduración marcado por una acelerada ganancia de peso y talla (es el único momento de la vida en el cual, en un periodo de tres meses, se duplica el peso). Asimismo, durante los primeros 24 meses el desarrollo neuronal es intenso, los déficits de ganancia de talla y de desarrollo neuronal durante los primeros 24 meses no se pueden corregir posteriormente.

36 MESES - 60 MESES

Este es el periodo en el cual los niños y niñas consolidan una serie de capacidades relacionadas a las funciones ejecutivas que les servirán de base para toda la vida. Deben desarrollar la capacidad de autorregulación y de inhibirse ante los estímulos, además de competencias sociales que le permitan interactuar con sus pares, entre otras. La educación inicial de calidad juega un papel fundamental en el logro de estas capacidades.

Frente a las evidencias en relación a la importancia y relevancia del desarrollo infantil temprano, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reconocen que garantizar el bienestar de la infancia es condición esencial para cumplir la agenda 2030.

III. Por un país mejor organizado para que ninguna niña y niño se quede atrás: Aseguremos un buen Desarrollo Infantil Temprano

El próximo quinquenio será un desafío para cualquier partido político que llegue a la Presidencia de la República. La pandemia causada por la COVID-19 ha acrecentado y, en muchos casos, agravado las brechas sociales y económicas en el país. La historia nos muestra que en situaciones como estas, los niños pequeños resultan ser los más vulnerables.

La OMS y el Banco Mundial alertan a los países acerca de la drástica disminución de las atenciones esenciales de las madres gestantes y de los niños y niñas en el campo de la salud y en el campo educativo, advierten que esto ocasionará deterioro en el desarrollo integral de las niñas y niños, una etapa muy vulnerable de la vida. El Perú no es la excepción, a la fecha, no se cuenta con acceso a los datos oficiales en relación a la cobertura de servicios DIT del año 2020, sospechamos que frente a las medidas de emergencia sanitaria éstas se han visto seriamente afectadas.

Recuperar lo perdido y avanzar en materia de Desarrollo Infantil Temprano va a requerir de una arquitectura institucional que dinamice y fortalezca las acciones de coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental como elemento clave para acciones efectivas. Para ello proponemos con carácter de urgencia:

Poner en operación el Sistema de Atención y Cuidado Integral a la Primera Infancia (SAIPI):

1. Países como Chile y Colombia han optado por articular los servicios públicos dirigidos a la primera infancia en un SISTEMA que involucra desde el nivel nacional hasta los municipios. Ello les ha permitido ser más eficientes con los recursos, lograr una mayor cobertura en menos tiempo y asegurar que los ciudadanos reciban servicios y programas de calidad.

2. Contar con este SISTEMA, es cumplir con el compromiso suscrito como país ante la convención de los derechos de los niños y las niñas, la misma que se encuentra enunciada en el Código de Niños, Niñas y Adolescentes. Sin embargo, debemos velar porque se ponga especial énfasis en la Primera Infancia por ser la etapa de vida de mayor vulnerabilidad.

3. Este sistema cuenta con un nivel rector general (asignado a un ministerio a la creación de una secretaría de alto rango) que cuente con la autoridad suficiente para convocar a todas las entidades del sector público involucradas en la atención infantil, así como a promover la participación de otros aliados: cooperación internacional, iglesia, ONGs y empresas privadas.

4. Materializar el SISTEMA permitirá:

A. Ordenar la oferta de servicios; el ordenamiento de presupuestos evitará duplicidad o traslape de funciones, alineando las normas, directivas y servicios dirigidos a la primera infancia, contribuyendo a ser un país más eficiente y equitativo.

B. Diseñar e implementar rutas coordinadas y efectivas de atención a las madres gestantes, los niños y las niñas; en las que cada entidad/sector desde su rectoría está llamada a cumplir sus responsabilidades y articular con los otros sectores para garantizar que los niños y las niñas sean protegidos y cuidados.

C. Implementar las acciones previstas en los Lineamientos Primero la Infancia y en el Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano [14] - PpoR – DIT:

C1. Luego de poco más de 2 años de trabajo con equipos multisectoriales, en el año 2016 se oficializaron los Lineamentos "Primero la Infancia" que contempla 07 resultados para el Desarrollo Infantil Temprano con intervenciones basadas en evidencias. Para el año 2019 y basándose en dichos lineamientos se formula el Programa Presupuestal orientado a resultados (PPoR DIT) que contó con la participación de representantes de 10 sectores del Estado y formula 30 productos estratégicos basados en evidencias para promover el desarrollo infantil temprano. El plan de acción establece que su implementación deberá darse por fases y requerirá de una acción intersectorial e intergubernamental.

14 https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/anexos/anexo_RS023_2019EF.pdf

C2. La situación de emergencia sanitaria vivida en estos últimos tiempos generó retrasos en su implementación, sin embargo el PPoR DIT contempla acciones esenciales que deberán retomarse de manera urgente.

D. Construir un tablero de monitoreo del Desarrollo Infantil Temprano compartido e integrado, que contribuya a:

D1. Afinar los procesos de identificación de necesidades de las familias para crear, ordenar y/o reorientar los servicios integrales para los niños y las niñas para cerrar los procesos de articulación que aseguren la atención integral y de calidad para todos los niños y las niñas.

D2. Lograr un sistema de información de código único para la primera infancia contribuiría a un país más inclusivo y justo, en la medida que podríamos tener información de niños y niñas con necesidades especiales, en situación de pobreza, pobreza extrema (que no sólo están en las zonas rurales) y en situación de abandono o vulnerabilidad por violencia intrafamiliar.

D3. La experiencia la COVID-19 nos obligó a fortalecer nuestras plataformas tecnológicas y apoyarnos en los ciudadanos más familiarizados con el uso de la tecnología. Un sistema de información sobre la base de estas plataformas contribuiría con data actualizada y oportuna (alertas tempranas del desarrollo infantil) para la toma de decisiones.

E. Promover la responsabilidad ciudadana para el bienestar y desarrollo de nuestros niños y niñas a través de:

E1. Plan nacional de acompañamiento familiar que eduque y oriente a los padres y/o cuidadores principales acerca de los contenidos relevantes para el buen desarrollo infantil. Se espera que los contenidos sean desarrollados con participación multisectorial (rectoría colegiada).

E2. Líderes y medios de comunicación que promuevan el respeto, el cuidado y el compromiso por la primera infancia; contribuyendo en un cambio de paradigma y visión de la infancia.

E3. Sociedad civil informada y vigilante de las intervenciones dirigidas a las primera infancia del Estado en los tres niveles de gobierno.

E4. Promoción de la sinergia entre sector público y privado para elevar la calidad de la atención a la primera infancia.

E5. Hacer del desarrollo infantil temprano una cruzada nacional, abriendo la participación de múltiples actores.

E6. Fomentar la participación de los líderes comunitarios; reforzando el enfoque comunitario en las intervenciones DIT (que incluye la prevención de embarazos adolescentes, prevención de violencia, protección a sus niños y niñas, identificación y atención sostenida a niños/as con discapacidad; y la vigilancia del cumplimiento de los derechos que deben gozar los niños y las niñas de sus comunidades).

F. Gestionar el mejor talento humano para la primera infancia, para ello el SISTEMA generará mecanismos para:

F1. Continuar haciendo esfuerzos por mejorar las competencias de los actores que cumplen roles en los diferentes procesos de la cadena de atención a la primera infancia; desde los gestores de programas hasta los actores que atienden directamente a los niños, las niñas y sus familias.

F2. Atender el reclamo permanente de la población es la brecha y rotación del personal disponible tanto en los Establecimientos de Salud, como para la ampliación de los servicios de cuidado y educación en especial en las zonas rurales, lo cual implica evaluar la redistribución del personal en las regiones así como atraer talento a estos sectores.

F3. La articulación con los centros de formación y colegios profesionales para analizar y actualizar el currículo de competencias DIT y la adaptación hacia metodologías flexibles de formación de cara a los nuevos desafíos, serán tareas importantes en este nuevo periodo de gobierno.

Certificación de los Agentes comunitarios:

F4. Un foco especial será el equipo humano que brinda la atención directa a los niños y las niñas. En el Perú, los programas dirigidos a los niños y niñas menores de tres años suelen contar con agentes de la comunidad (madres cuidadoras, facilitadores, promotores educativos, promotores de salud, entre otros). Asegurar la salud física y emocional, así como las competencias mínimas requeridas debidamente certificadas será el desafío para el próximo gobierno.

F5. En el caso de este grupo humano conformado por agentes comunitarios, el SINEACE – MINEDU ha avanzado al establecer las competencias para cuidadores infantiles comunitarios, las cuales consideramos importantes para continuar con este proceso.

Fortalecer competencias en los Profesionales de la educación y la salud:

F6. Para el caso de educación inicial en el ciclo 2 (3 a 5 años), si bien se avanzó en el incremento de la cobertura educativa, aún es importante continuar atrayendo talento para cubrir las plazas docentes para este nivel, teniendo en cuenta el dominio de la lengua materna. Sumado a ello, la actualización y el acompañamiento permanente de las/los docentes sigue siendo una necesidad, que esperamos pueda atenderse a través del uso de la tecnología sin dejar los espacios presenciales.

F7. Revisión de los planes de formación de la carrera de educación inicial en contraste con los desafíos/nuevas necesidades de desarrollo y aprendizaje en la primera infancia. Esta revisión debe partir por el plan de formación docente del nivel inicial que establece el MINEDU.

F8. El plan de formación para las/los profesionales de la educación en el nivel inicial debería considerar el desarrollo de competencias/habilidades referidas a: el establecimiento de interacciones, que sepan hacer preguntas abiertas, que sepan conectar con los niños y niñas, mirada integral del aprendizaje, importantes habilidades necesarias (resiliencia, autorregulación, entre otras), uso de metodologías activas (como proyectos donde el niño es el protagonista), ser más críticos, promover la reflexión-acción, usar los recursos de sus comunidades y el lenguaje; todo esto es clave en la formación y práctica docente, tanto como usar el lenguaje para hacer pensar, inferir, predecir, entre otros.

F9. Formación técnica y "habilidades blandas" desde pregrado (salud, enfermería, obstetras, psicólogos, técnicos, odontólogos, nutricionista, educadores) para tener un abordaje integral de la discapacidad.

F10. Recapacitar/actualizar, en aspectos técnicos y habilidades blandas, a los profesionales y actores comunitarios que están en ejercicio y que tienen vinculación directa con servicios que atienden a niños y niñas; con énfasis en la población de niños y niñas en situación de mayor vulnerabilidad (discapacidad, abandono, victimas de violencia).

V. Sentar las bases de un país competitivo: Ocho prioridades del DIT

La atención a la primera infancia es más compleja de lo que pensamos, queremos alentar a los partidos políticos a tener un país en el que todos los niños y niñas en su primera infancia sean incluidos y tomados en cuenta.

Para ello, como COPERA Infancia, y luego de múltiples reuniones con expertos y organizaciones involucradas en el desarrollo infantil temprano, señalamos 8 puntos prioritarios a tener en cuenta. Los criterios para definir los 08 puntos prioritarios fueron:

(i) Escasos avances en la implementación de acciones, por tanto, escasos progresos a nivel de cobertura y resultados en DIT. Quedando como eternos problemas no resueltos.

(ii) Ausencia de normativas que ordenen la oferta y el escaso impulso a la acción integrada e intersectorial que diluye los esfuerzos que realiza el país.

(iii) Puntos que tienen un poder predictivo para tomar acciones preventivas que cambien hacia una trayectoria positiva en el desarrollo presente y futuro de los niños y las niñas.

A continuación describimos cada uno de los puntos priorizados:

01.
Salud Materna y Neonatal

1.a Situación de la salud materna y neonatal en el Perú

El MINSA, en el Boletín Epidemiológico del Perú (2019), señala que la tasa de nacimientos prematuros está en ascenso, aunque las cifras que muestra el ENDES, OMS y el Sistema de certificación de nacido vivo (CNV) – MINSA sean disímiles, lo cierto es que en el país se dan 30,000 nacimientos prematuros cada año según el CNV y más de 2000 defunciones neonatales anuales, de las cuales el 70% corresponde a bebés prematuros, es decir de cada 10 bebés que mueren, 7 fueron neonatos prematuros.

El nacimiento con bajo peso y/o antes de las 37 semanas, acarrea una serie de consecuencias en el desarrollo de los niños (Ota, 2018)[15]. Al hablar de prematuridad debemos centrarnos en los siguientes factores clave relacionados a la salud materna y una gestación en adecuadas condiciones:

- La nutrición es uno de los factores más posicionados en la salud materna relacionada, principalmente, con la nutrición del feto. La importancia de los micronutrientes, como el ácido fólico, está relacionada con la disminución en la incidencia de malformaciones congénitas, pero también asociada a la prevención de patologías frecuentes del embarazo como retardo del crecimiento intrauterino y prematuridad.[16] Por otro lado, el hierro reduce el riesgo de anemia y deficiencia de hierro en el primer trimestre, con ello se puede prevenir el bajo peso al nacer o parto pre-término. Las mujeres con anemia moderada en el primer trimestre tienen dos veces mayor riesgo de parto pre-término y bajo peso, si la anemia es severa el riesgo se incrementa a tres veces. La anemia en tercer trimestre no influye en el resultado del embarazo.

15 Ota, Arturo. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 2018. Manejo del prematuro avances en el Perú señala que el incremento de bebés con muy bajo peso al nacer y prematuridad se ha multiplicado en todo el mundo, considera por ello, la necesidad de establecer servicios debidamente equipados y orientados a detectar secuelas de manera precoz o para controlar un adecuado plan de rehabilitación física, sensorial, de lenguaje y otros, o para detectar problemas de conducta o del aprendizaje escolar; ya que aproximadamente el 30% de estos niños pueden tener retraso en el desarrollo psicomotor, y 15% de ellos tienen algún grado de hipoacusia neurosensorial.

16 Hernández F, Martínez G, et al. (2019) Ácido fólico y embarazo: beneficio y riesgo. Rev Medica Electrónica

El riesgo de bacteriuria (presencia de bacterias en la orina) se incrementa con la duración del embarazo; un metaanálisis reportó que 54% de las mujeres con bacteriuria asintomática tuvieron más alto riesgo de bajo peso al nacer y dos veces mayor riesgo de parto pre-término en comparación con las mujeres sin bacteriuria.[17] Por otro lado, casi todas las enfermedades de transmisión sexual (ETS) conocidas, incluyendo la sífilis, gonorrea y chlamydia, se asocian con el parto pre-término.[18]

Las infecciones de transmisión sexual contribuyen hasta con el 50% de los partos pre-término previos a las 30 semanas de gestación.[19] En una encuesta poblacional aplicada en el 2003 en el Perú a una muestra representativa de hombres y mujeres de 18-29 años supuestamente "sanos" se encontró que: 1 a 2 de cada 100 hombres y mujeres tiene sífilis, 1 a 2 de cada 100 hombres y mujeres tiene gonorrea, 1 de cada 12 mujeres tienen Clamidia, 1 de cada 100 varones tienen Clamidia, 1 de cada 12 mujeres tiene tricomoniasis, 3 a 4 de cada 10 mujeres tiene vaginosis bacteriana y entre 2 a 3 de cada 10 hombres o mujeres tienen Herpes-2; todas ellas condicionantes de un parto prematuro.[20]

Con relación a las gestantes adolescentes, el riesgo de prematuridad es más elevado que las gestantes adultas; si a esto se suma una segunda gestación el riesgo se incrementa. Adicionalmente a ello, la gestante adolescente presenta mayor riesgo de anemia, elevado riesgo de infección urinaria y eclampsia.

17 Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol 1989;73:576-82.

18 Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC, MacKay HT, St Louis ME. Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. Clin Perinatol 1997;24:23-41.

19 26. Lockwood, C. J. & Kuczynski, E. (1999) Markers of risk for preterm delivery. J. Perinat. Med. 27: 5–20.

20 Garcia et al , 2003. Mujeres de Club de Madres. (Ver: www.proyectopreven.org)

Existen evidencias de que las gestantes adolescentes enfrentan mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo, siendo una intervención clave el acceso oportuno a los establecimientos de salud. [21]

El parto prematuro, antes de las 37 semanas de gestación, frecuentemente es el resultado de la hipertensión y la causa principal de muerte entre los neonatos, en particular en los países con bajos ingresos. El parto prematuro, asociado frecuentemente a trastornos hipertensivos, es la causa principal de mortalidad neonatal precoz y mortalidad en menores de 1 año en países en desarrollo. [22]

Otro factor importante, es la depresión prenatal, la cual puede ser interpretada como un predictor muy potente de la depresión post parto. Es importante diagnosticarla tempranamente y tratarla. Un estudio encontró que la prevalencia de depresión encontrada en gestantes adolescentes fue de 17.8%, de las cuales el 9.2% reporto haber sido sujeto de violencia en los últimos doce meses y 5.8% de haber sufrido violencia durante el embarazo. La evidencia acumulada revela que la ansiedad durante el embarazo (sobre todo antes de las 20 semanas) predice prácticamente de manera lineal la duración del embarazo (la ocurrencia de parto pre-término).

La magnitud del efecto de la ansiedad es tan comparable como la de otros factores de riesgo muy conocidos que son el alcohol y el tabaquismo u otros factores médicos de riesgo.

21 To cite: Leppälahti S,Gissler M, Mentula M, et al.Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfaresociety? A population-basedstudy in
22 Finland, from 2006 to 2011. BMJ Open 2013;3: e003225. doi:10.1136/bmjopen-2013-003225
Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Suplementación con calcio durante el embarazo para prevenir los trastornos hipertensivos y problemas relacionados. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Issue 3. No.: CD001059. DOI: 10.1002/14651858.CD001059.pub2.

Este efecto se presenta independiente de los grupos étnicos y sus niveles de pobreza. En Perú, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.[23,24,25] Entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15% en Lima y el 28% en Cusco habían sufrido violencia física durante al menos un embarazo.

Asimismo, en mujeres gestantes que acuden al control prenatal el 34.7% presentó depresión.

Durante los espacios de discusión con expertos, se mencionaron preocupaciones como la brecha en recursos humanos, equipamiento e insumos en los EESS a nivel nacional, con especial énfasis en las zonas periurbanas y rurales. Según datos del MINSA (2017) tenemos 12 médicos, 5 obstetras y 14 enfermeros por cada 10 mil habitantes; además, el tipo de contratación del recurso humano no contribuye a la estabilidad y se genera mucha migración. El ministerio invierte mucho en SERUM, pero ese presupuesto debería ser más estable para que se quede en un solo lugar y no se rote continuamente.

El índice de embarazos adolescentes no se reduce a pesar de los esfuerzos y observamos que esto se ha incrementado durante la pandemia (siendo en muchos casos, consecuencia de violencia sexual).

23 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2002.
24 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la sierra peruana 2003. Lima: IESM HDHN; 2003.
25 Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004
26 Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Hallazgos por país: Perú. [página de internet]. Fecha de acceso: diciembre 2006. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_-multicountry_study/fact_sheets/per/es/index.html

Por otra parte, la atención preconcepcional, es un discurso, pero en la práctica no ocurre. Se tiene que trabajar la prevención de la anemia, la entrega de ácido fólico y la planificación de un embarazo con todas las garantías de un proceso exitoso.

Existen dificultades con la data, el desfase de información invisibiliza porque se cree que la prematuridad está dentro del estándar de la región de las Américas, se diluyen los números.

1.b Avances en materia de políticas públicas

En relación a los avances logrados por el país, los expertos expresaron que, en los últimos años y gracias al aseguramiento universal, se ha mejorado el acceso a los servicios de salud para las gestantes y el futuro recién nacido, eso se refleja en la disminución de mortalidad infantil, y se espera que contribuya de forma significativa a reducir la tasa de prematuridad.

Se cuenta con un Plan multisectorial de Prevención de Embarazo Adolescente, pero esta política no aterriza en planes operativos y presupuestos.

- En el 2014 se aprueba el plan "Bienvenido a la vida", que buscó la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal. Este proyecto fue de 2014 a 2016, esta iniciativa dio visibilidad al tema, sin embargo, no tuvo más incentivo.

- En diciembre del 2019, se aprueba el PPoR DIT, cuyo primer objetivo es el nacimiento saludable y cuenta con productos relacionados como: (a) atención prenatal reenfocada; (b) atención de la gestante con complicaciones; (c) atención del recién nacido con complicaciones; (d) acceso de la población a métodos de planificación familiar; (e) atención de personas con trastorno mental y de comportamiento debido al consumo de alcohol y tabaco; (f) atención a problemas de desarrollo; además de las actividades vigentes establecidas por las normas del MINSA como el CRED, Vacunas, EDA e IRA y atención en los casos de anemia.

1.c Acciones prioritarias

1.c.1 Fortalecer y consolidar los avances en Políticas Públicas

- Continuar con el aseguramiento universal que cierre brechas en la atención a las gestantes y los bebés por nacer; en especial en zonas rurales y comunidades indígenas.

- Revisar, actualizar y dar impulso al Plan multisectorial de prevención de embarazo adolescente.

- Impulsar la implementación de los productos formulados en el PPoR DIT, estableciendo fases, asegurando la articulación de acciones y la asignación de presupuesto.

1.c.2 Apoyo a las familias con bebés prematuros

- Tiempos de licencia: La Ley N.º 30367 que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga su periodo de descanso, señala un periodo de pre y postnatal de 98 días, este se amplía por 30 días adicionales en los casos de nacimientos múltiples y/o discapacidad. Sin embargo, consideramos que tanto los nacimientos múltiples, los bebés que nacen con alguna discapacidad y los bebés prematuros deben ser considerados como altamente vulnerables y requieren de cuidado especiales, por tanto, proponemos que para esta población se consideren 6 meses de licencia. Además, se busca proponer que hasta 2 meses se puedan intercambiar con el padre.

- Tiempo de acompañamiento. Otorgar a los padres de familia con un bebé prematuro una media mañana libre al mes para poder asistir a los controles, revisiones, terapias o servicios indicados según las necesidades de cada familia. Esto se propone para el primer año de vida.

1.c.3 Ampliar los servicios de salud mental vinculados a la violencia considerando a las zonas rurales

Como lo hemos señalado anteriormente, uno de los factores que causan los nacimientos prematuros está vinculado a la situación de estrés y depresión de las madres, en muchos casos ocasionados por el entorno de violencia intrafamiliar. Por ello, y en sinergia con el Punto Prioritario 5 (Violencia y desprotección infantil) proponemos:

- Continuar con las campañas de sensibilización para erradicar la violencia intrafamiliar y de todo tipo.

- Seguir apoyando la implementación el Programa Presupuestal 0131 Control y Prevención en Salud Mental del Ministerio de Salud, concretamente, el producto denominado: "Familias con conocimientos de prácticas saludables para prevenir los trastornos mentales y problemas psicosociales" con las siguientes actividades:

  - Promoción de convivencia saludable en familias con gestantes o con menores de 5 años (5006070).

  - Capacitación a actores sociales para la promoción de convivencia saludable (5006071).

- Seguir apoyando la implementación del resultado 1: nacimiento saludable del Programa Presupuestal orientado a resultados para el Desarrollo Infantil Temprano, concretamente, la intervención 12: tamizaje de depresión, ansiedad y estrés en gestantes o puérperas.

- Seguir apoyando la implementación del Programa Presupuestal orientado a Resultados de reducción de la Violencia contra la Mujer (RS Nº 024-2019-EF).

El parto prematuro, asociado frecuentemente a trastornos hipertensivos, es la causa principal de mortalidad neonatal precoz y mortalidad en menores de 1 año, en países en desarrollo .

02. Nutrición Infantil

2.a Situación de la Nutrición en la Primera Infancia

Este es el punto con más desarrollo en el país; sin embargo, la situación de la pandemia ha ocasionado un retroceso en la implementación de las acciones para combatir la anemia y la desnutrición crónica infantil, lo cual debe haber generado un retroceso en el avance de los indicadores logrados en los últimos 10 años. Esto exigirá al próximo gobierno doblegar los esfuerzos.

Solo como referencia (pues habrá necesidad de sincerar los datos luego del estado de emergencia sanitaria), en el año 2019, las cifras del INEI indican que el 40.1% de niños entre 0 y 35 meses tienen anemia, si bien se observa una reducción en 3,4 puntos porcentuales a nivel nacional, la disminución en el ámbito rural (de 50.9% en el 2018 a 49% en el 2019) es menor que en el ámbito urbano (de 40.9% en el 2018 a 36,7% en el 2019). Según el grupo de edad, los niños y niñas menores de 1 año de edad son los que presentan la mayor prevalencia de anemia (62%, lo que representa un total 320 mil niños y niñas), ellos son los que han presentado la menor disminución, solo en 0.5 puntos porcentuales (de 59.5% en el 2018 al 59% en el 2019) a nivel nacional y 0.9 en el área rural. De allí la importancia de tener intervenciones de prevención desde el embarazo, en el parto y nacimiento (clampaje del cordón umbilical) y durante su crecimiento en los primeros meses de vida (lactancia materna exclusiva y suplementación de hierro en niños de 4 a 11 meses de edad).

Un problema que está en crecimiento es el sobrepeso y la obesidad infantil, para el año 2019 se detecta que el 8,0% de niñas y niños menores de 5 años de edad lo sufren, lo cual traerá consecuencias para su salud y desarrollo futuro. Los mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad se presentan en las niñas y niños de 0 a 11 meses de edad (12,4%), en los residentes en Lima Metropolitana (12,3%), seguido del resto de la costa (9,7%), los que se ubican en el quintil superior (13,5%) y cuyas madres tienen nivel educativo superior (10,4%).

2.b Avances en materia de políticas públicas

El indicador vinculado a la desnutrición crónica infantil (DCI) mostró una tendencia progresiva hacia la reducción, para el año 2019 se registró un 12% de niños menores de 5 años con DCI; sin embargo, deberá ser un dato por confirmar para conocer la magnitud del daño ocasionado por la emergencia sanitaria.

La reducción de la anemia ha sido resultado de los esfuerzos del Estado Peruano por canalizar cada vez más recursos públicos e intervenciones eficaces en el marco del Programa Presupuestal "Articulado Nutricional" (PAN), como CRED, Vacunas, y Suplementación de hierro en Gestantes y Niños menores de 3 años, entre otros. Actualmente, el Estado invierte a través del PAN, S/883 soles por niño/a menor de 5 años (Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-Consulta Amigable. Sólo Actividades: PIM per cápita al 28 de junio del 2019).

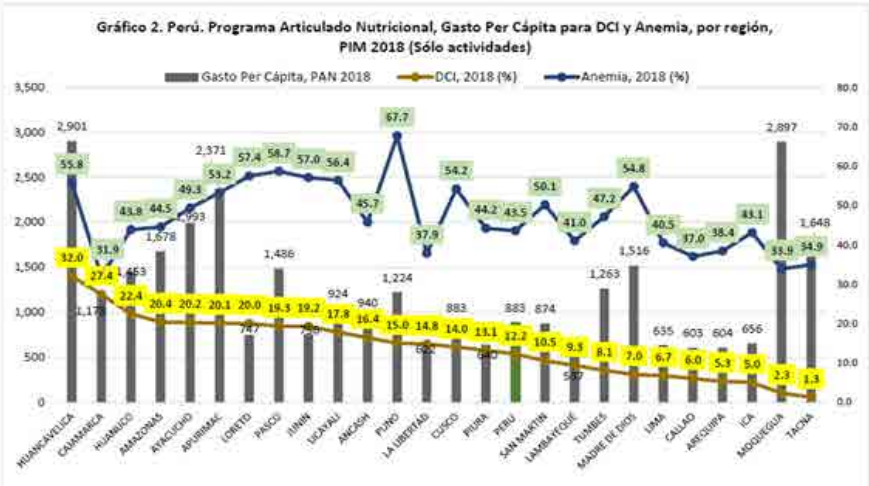


Gráfico 2. Perú. Programa Articulado Nutricional, Gasto Per Cápita para DCI y Anemia, por región, PIM 2018 (Sólo actividades)

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-Consulta Amigable al 28.06.19/INEI-ENDES PPR 2018/CENSO 2017.
Elaboración: Mesa de Concertación para Lucha contra Pobreza-MCLCP.

Para una asignación presupuestal equitativa, es importante analizar los avances por departamento en términos de densidad poblacional y dispersión geográfica; aspectos aún por superar en la política de distribución de recursos.

A los esfuerzos del Estado se suman las acciones realizadas por los Colectivos de la Sociedad Civil. La Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil (IDI) incorporó la desnutrición crónica en la agenda política de las elecciones del año 2006. Esto resultó del compromiso de los candidatos presidenciales a reducir en 5 puntos porcentuales la desnutrición de niños y niñas menores de 5 años en un plazo de 5 años. Entre los años 2005 y 2006 la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP) que reúne actores del Estado y sociedad civil promovió las "11 Prioridades de Atención de la Infancia", las cuales sirvieron de base a los programas presupuestales estratégicos de atención a la infancia, entre ellas, la prioridad de la atención del niño/a menor de 5 años. También, incluyó en los Acuerdos de Gobernabilidad vinculados a las elecciones del año 2006 el compromiso de la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, así como en las selecciones del 2010 y 2011, en adelante.

- En el mes de abril del 2017 el Ministerio de Salud aprueba el "Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2017 al 2021". Asimismo, se aprueba la Norma Técnica de Salud, NTS 134-MINSA/2017/DGIESP, para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños/as, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, con el cual se refuerzan medidas y estrategias acordes a las evidencias planteadas a nivel nacional e internacional, que, a su vez, articulan el Plan Nacional aprobado por el MINSA. No obstante, supuso cambios en el esquema de suplementación y en las estrategias de prevención y tratamiento de la anemia.

- En el mes de junio del 2017, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social aprueba el "Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021".

- En julio del 2018 con Decreto Supremo 068-2018-PCM se aprueba el "Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, 2018-2021". Con el que se amplían las acciones de lucha contra la anemia bajo un enfoque multisectorial y multinivel.

- En diciembre 2018, se aprueba la Ley de Presupuesto del Sector Público, Año 2019. Incluye la prioridad para el PPoR Desarrollo Infantil Temprano 2.

- En diciembre 2018 se aprueba la Meta 4 (Ministerio de Salud)- "Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, y la prevención y reducción de la anemia"-del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal del año 2019 3.

- En enero 2019 mediante la Resolución Ministerial No 078-2019 se aprueban los "Lineamientos para la Implementación de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales para la Prevención, Reducción de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil".

En el contexto de emergencia por pandemia de Covid-19, el Ministerio de Salud aprobó un conjunto de normas y documentos técnicos orientados a dar continuidad a los servicios de salud y nutrición en la infancia, tales como la norma de anemia, vacunas, cuidado integral de salud en el primer nivel de atención, entre otros. Se fortaleció el uso de las TICS para el monitoreo, tele consulta y telemedicina. Asimismo, a través del Programa Articulado Nutricional se han destinado este año S/2, 482.5 millones a la lucha contra la DCI y Anemia 4.

A partir del mes de junio del 2020, se reinició paulatinamente la reactivación del primer nivel de atención. No obstante, la principal dificultad es la falta de recursos humanos (en el contexto de pandemia disminuyó entre 30% a 40%). Recientemente se aprobó una estrategia nueva, la unificación de las prestaciones de vacunas + suplementación de hierro.

En tercer lugar, mediante el Decreto de Urgencia Nº 033-2020, se autoriza a los gobiernos locales a distribuir canastas alimenticias a fin de que la población en situación de pobreza y vulnerabilidad pueda acceder a alimentos básicos y de primera necesidad.

2.c Acciones prioritarias

2.c.1 Promover asistencia alimentaria focalizada a familias en extrema pobreza y/o en una situación de emergencia que ponga en riesgo de vulnerabilidad alimentaria a las familias con niños y niñas menores de 3 años.

- Garantizar la provisión mensual de la canasta familiar de alimentos nutritivos, inocuos e idóneos a las familias con gestantes, niños y niñas menores de 3 años en situación de pobreza y pobreza extrema, con el fin de mitigar la malnutrición y vulnerabilidad alimentaria.

- Para identificar a las familias con gestantes, niños y niñas menores de 3 años en situación de pobreza y pobreza extrema, se sugiere, en coordinación con el sector salud a nivel local, gobierno local y programas sociales (PAIS, PIAS, Juntos, etc.), recurrir a los padrones nominales actualizados y georreferenciados, cuya data debe validarse con el registro de familias con gestantes, niños y niñas menores de 3 años en programas sociales (Cuna Más, Juntos, entre otros) y/o organizaciones sociales de base (ollas comunes, comedores populares, vaso de leche, entre otros).

- Incluir entre los alimentos nutritivos, inocuos e idóneos de la canasta alimentaria familiar para los niños y niñas menores de 3 años, alimentos y/o preparaciones fortificadas con hierro y otros nutrientes.

- Promover la vigilancia nutricional a nivel de la comunidad y el monitoreo familiar, con énfasis en gestantes, niños y niñas menores de 3 años, para la detección oportuna de riesgos de malnutrición (anemia, DCI, DA).

2.c.2 Innovación tecnológica

- Ampliar la oferta de alimentos fortificados (con vitaminas y minerales) en base a la evidencia internacional e iniciativas de investigación local con base fundamental en la adherencia del micronutriente.

- Incorporar e incentivar la participación de la comunidad educativa en interacción con la sociedad civil, el Estado (CONCYTEC como organismo regulador) y la empresa privada (a través de sus áreas en responsabilidad social).

- Impulsar mecanismos de integración sobre la tecnología de alimentos en la malla curricular de la carrera profesional de Nutrición en su Escuela Académica Profesional (EAP).

2.c.3 Identificación temprana de riesgos relacionados a la malnutrición y vigilancia de los problemas nutricionales en las niñas y niños.

- Integrar los sistemas de evaluación del niño en su conjunto, generando alertas tempranas al riesgo de malnutrición u obesidad, permitiendo reducir los casos de enfermedades degenerativas (diabetes, hipertensión, entre otros).

- Fortalecer el primer nivel de atención de salud y educación a través de servicios preventivos (promoción de estilo de vida y entornos saludables, educación alimentaria saludable)

- Desarrollar entornos saludables en áreas públicas que permitan la participación de la familia en la compra y consumo de los alimentos con información clara y de fácil entendimiento.

- Promover el diseño e implementación de un PpR que provea producto (bienes y servicios) dirigidos a prevenir el incremento del sobrepeso y obesidad.

03. Cuidado de los tres primeros años

3.a Situación del cuidado infantil en los primeros tres años

El cuidado infantil es un tema tan antiguo como la propia humanidad, pues el cuidado es una actividad esencial para la supervivencia y durante muchos años (incluso hasta hoy) atribuido al rol de la mujer. Sin embargo, con los cambios sociales y económicos observamos en nuestro país una creciente incorporación de la mujer al mundo laboral (por necesidad y/o por derecho), pero las políticas vinculadas a fortalecer a las familias en su rol de cuidadores primarios no van al mismo ritmo.

Durante el desarrollo del conversatorio con expertos surgieron ideas relacionadas a la necesidad de analizar este tema desde el enfoque económico de los cuidados, además de la necesidad de instalar o hacer realidad el sistema de cuidado infantil que abarque hasta los 11 años como forma de apoyar a las familias en esta tarea.

En el Perú, existen distintas modalidades que se han generado como fruto de la necesidad de las familias para el cuidado de sus hijas e hijos pequeños, algunas por iniciativa comunitaria como es el caso del "cuidado por vecinas" y otras se han apoyado en las redes familiares (cuidado por la abuela u otro familiar) y cuando no existen redes, hemos encontrado situaciones en las que los hermanos mayores (menores de edad cuidan de los pequeños, lo cual supone una situación de alto riesgo y vulneración de derechos para ambos niños. Lamentablemente, no contamos con datos precisos de estas modalidades.

Otra alternativa es el cuidado institucional como las Cunas municipales, Centros de Cuidado Diurno (PNCM), Cunas del MINEDU y/o guarderías. Un estudio de finales del 2019 (MINEDU) indica que en un 72% de familias hay preferencia por una modalidad institucional de cuidado y educación temprana, es decir, un servicio donde poder dejar a sus hijos y que este servicio tenga un horario adecuado según demandas laborales: de preferencia de 8 horas y en menor demanda solo turno de mañanas o de tarde, ello tiene que ver con madres separadas y jefas de hogar o madres con necesidad de trabajar y contribuir a la economía del hogar.

Los datos de cobertura que hemos encontrado con relación a la modalidad institucional son:

- Según la normativa del MINEDU, la Educación Inicial se organiza en dos ciclos (I y II), siendo el Ciclo I los programas dirigidos para los niños de 0 a 2 años; al tratarse del cuidado extrafamiliar, el MINEDU (Censo educativo 2018) cuenta con:

Modalidad	Privado	Cobertura(*)	Público	Cobertura(*)
Cuna	13	116	16	70
Cuna Jardín	1233	No diferencia (**)	473	14,581

(*) Se ha tomado en cuenta sólo a la población menor de tres años que se registra en la base de datos.
(**) El reporte arroja un total de niños y niñas entre 0 a 5 años de 73,869. No se logró distinguir por grupo etáreo.

- El MINEDU tiene una cobertura limitada respecto a la atención del ciclo I, y tal vez sea por la naturaleza del propio sector, que está más vinculada a los aprendizajes que a ser espacios de cuidado infantil, y tal vez eso se deba a la propia configuración del sistema educativo: jornadas de 4 horas mientras las familias trabajan 8 horas, las disposiciones legales en materia laboral de las maestras del nivel inicial (30 horas semanales) y las limitaciones en la contratación de personal auxiliar sean factores que no encajan con las necesidades de las familias.

- El Programa Nacional Cuna Más (MIDIS) cuenta con el servicio de cuidado diurno para familias en situación de pobreza y pobreza extrema. En la actualidad atiende a 54,646 niños menores de tres años a través de 2,401 centros. Una de las críticas frecuentes al PNCM es la focalización de lo servicios de cuidado infantil, atribuidos a la condición de pobreza y no de vulnerabilidad, por ello la impresión de que los centros de cuidado diurno no se encuentran en los espacios de mayor demanda o necesidad de cuidado por parte de las familias.

- Dentro de la oferta de servicios de cuidado infantil también existen "guarderías" privadas que funcionan con licencia municipal y en otros casos, existen guarderías que no cuentan con registro (informales), por lo que no se cuenta con una data oficial del número ni la cobertura que atienden. Por otra parte, los jardines particulares han ido extendiendo sus horarios de atención por la alta demanda de necesidad de cuidado que tienen las familias con niños pequeños.

Estimar la demanda de cuidado infantil es difícil, pues al tener una fuerza laboral de 70% de informalidad, contar con data que nos ayude a dimensionar en términos reales esta magnitud es casi imposible.

Pero no sólo se trata de cobertura, un desafío de los servicios de cuidado infantil es asegurar la calidad. Si bien existen evidencias que tienen posiciones contrarias -unas a favor y otras en contra de la existencia de los servicios de cuidado infantil-, lo que si podemos afirmar es que todas arriban a la conclusión que la calidad es el elemento que marca la diferencia en relación al impacto que éstos logran en el desarrollo infantil y algunos de los estudios señalan de forma cualitativa la disminución del estrés /preocupación de las madres (Bedregal, 2006; Kotliarenco et al, 2009; Nores et al, 2019; Smith et al, 2006; Angeles et al, 2011; Barros et al, 2011; Seguel et al, 2012).

3.b Avances en materia de políticas públicas

Desde el Estado Peruano se han propuesto iniciativas para fortalecer el sistema de cuidado, pero sin mayor éxito por diversos motivos; entre ellos la falta de voluntad política, la complejidad en los procesos de articulación intersectorial e intergubernamental, la falta de un ente regulador que organice la oferta de servicios en equilibrio con la demanda de las familias, una normativa clara que aporte los criterios mínimos de calidad esperados, la falta de información o registro único del niño que permita identificar la brecha de los servicios de cuidado infantil y ciertos mitos como mantener el tema del cuidado en la esfera privada de la familia, en otras palabras, que las familias se agencien para resolverlo.

Una iniciativa que requiere impulso para su implementación es el PPoR DIT que especifica los atributos de calidad basados en evidencias y el mismo que debe incluir el enfoque intercultural que ayude a disminuir las barreras de acceso a los servicios de cuidado infantil por parte de poblaciones indígenas.

3.c Acciones prioritarias

Implementar las acciones y criterios de calidad del Producto Cuidado y Desarrollo Infantil del PPoR DIT.

Jornadas de cuidado y atención integral hasta de 8 horas:

a. Salud y seguridad:

- Seguimiento del estado nutricional del niño/a (coordinación con los EESS) y alertas tempranas en el desarrollo.
- Medidas de atención ante emergencias (accidentes).
- Medidas de protección sanitaria.
- Provee alimentación (según pautas de ración por grupo etario). 3 raciones jornada completa, 2 raciones media jornada.
  Integración a la red de salud de la zona.
- Desinfección del agua por métodos físicos o químicos.

b. Infraestructura:

- Ambientes ventilados, iluminados, piso firme (posible de ser limpiado) y muros bajos que permitan la visión del espacio.
- Espacios organizados para la rutina básica: higiene, cambio de pañales, lavaderos e inodoros a la altura de los niños, siesta/ descanso (cunas individuales), alimentación y materiales de higiene que promuevan la autonomía.
- Espacios internos y externos organizados para el juego y aprendizaje; materiales estructurados y no estructurados con mobiliario o de acuerdo con la edad, que promueven la autonomía y realidad social y cultural de los niños.
- Espacios de lactancia obligatorio (con flexibilidad de ingreso de las madres para dar de lactar y conservación de leche materna (según sea el caso)

c.Plan de experiencias de aprendizaje:

- Seguimiento al desarrollo y aprendizaje infantil
- Experiencias de desarrollo y aprendizaje que incluye (la duracción y detalle de las sesiones se definen en la norma técnica):
  - Sesión de lectura de cuentos
  - Sesión de juego libre (motor, exploración, representación)
  - Actividades de regulación de emociones

d. Tamaño del grupo:

- División de grupos según nivel de desarrollo (establecer criterios)
- Desinfección del agua Ratio de 1:4 (6 a 18m); 1:5 (18 a 24m); 1:8/10 (36m)

e. Relación con los padres de familia:

Consejería a las familias basada en la metodología participativa reflexiva (sesiones grupales, sesiones demostrativas) en los temas priorizados por el DIT, de 45 a 60 minutos. Al menos se incluyen los siguientes temas con un mínimo de 12 sesiones al año, acorde a la etapa evolutiva y grupo etario:

- Alimentación complementaria responsiva, lavado de manos, tratamiento del agua
- Organización del espacio en el hogar y uso de material concreto
- Sensibilidad del adulto cuidador
- Contacto corporal extendido
- Juego e interacción
- Narraciones dialogadas
- Regulación de emociones y comportamientos
- Consejerías sobre pautas de crianza positiva y afectiva (incluye control parental, rutinas, entre otras).

Nota:

- El ingreso de los niños de 6-9 meses debe considerar condiciones especiales para asegurar la continuidad de la lactancia materna a fin de asegurar el requerimiento nutricional.
- De manera excepcional, el servicio podrá atender hasta los 47 meses a fin de cubrir la brecha de edad para el ingreso a educación inicial ciclo 2.

Para ello se requiere tomar las siguientes acciones:

3.c.1 Definir rectorías y competencias intersectoriales e intergubernamentales

- Considerar la rectoría normativa colegiada (Comité con representación multisectorial incluida en el SISTEMA que defina los lineamiento normativos en temas de salud, educación, protección, diversidad cultural, condicionales laborales de las familias) y la rectoría en la implementación de los servicios de cuidado infantil.

- Clarificar los niveles de competencias intergubernamentales e intersectoriales; que incluya la articulación necesaria para asegurar servicios de cuidado infantil de calidad.

- Entidad que acredite la calidad de los servicios de cuidado infantil (entiéndase como guarderías, cunas, servicios de cuidado, etc.).

3.c.2 Oferta de servicios de cuidado de calidad que responde a la demanda de cuidado infantil de las familias

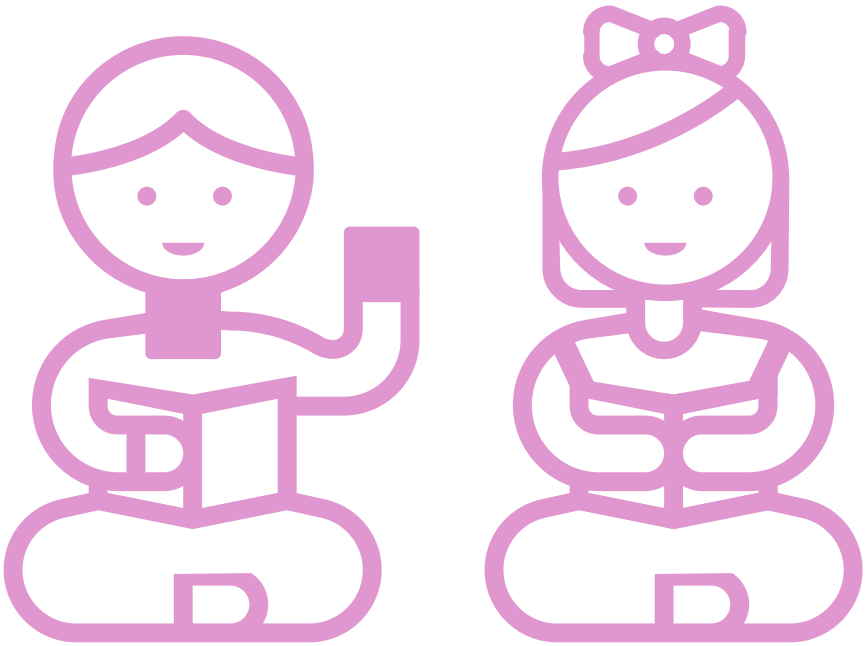
- Identificación de la oferta de cuidado pública y privada a nivel nacional (empadronamiento)
- A partir de los resultados de la demanda real, apoyar la flexibilidad que permita la diversificación de la atención en materia de cuidado infantil.
- Incluir en la norma técnica para la apertura de servicios de cuidado infantil, el acompañamiento y la supervisión por parte del ente rector de la implementación.
- Combinar el acompañamiento a las familias en modalidad virtual y presencial.

3.c.3 Optimizar sistema de información

Identificar la demanda/necesidades de cuidado infantil desde un enfoque de vulnerabilidad (no sólo de pobreza).

Sistema único de registro (código único infantil - DNI), que funcione de manera articulada y compartida entre sectores/instituciones:

- El paquete integrado de servicios para niñas y niños menores de 2 años: DNI, CRED completo según edad, vacunas de neumococo y rotavirus, suplementación preventiva o de tratamiento con hierro y dosaje de hemoglobina.
- Además el acceso a servicios de cuidado para niñas y niños menores de 36 meses y los resultados de las evaluaciones de ingreso y egreso de desarrollo infantil.



04. Calidad de los aprendizajes en en nivel inicial

4.a Situación de los aprendizajes de los niños y las niñas de 3 a 5 años (Ciclo II)

Para situarnos en el tema, compartimos algunos resultados de los estudios realizados en nuestro país en relación a la calidad de los aprendizajes en la primera infancia (MELE, 2019 y Estudio de educación Inicial de la UMC, 2013). Los siguientes datos son algunas de las evidencias que sustentan la necesidad de pensar en relación a la calidad de los aprendizajes en el Ciclo II de la Educación Inicial.

- El 90% de los/las docentes no animan a los/las estudiantes a pensar en relaciones causa-efecto (MELE, 2019).

- En relación al pensamiento causal, en el 2013 se identificó que menos de la mitad de niños y niñas de 5 años evaluados lograba reconocer algunos datos generales de los cuentos escuchados y en su mayoría no establecían relaciones de causa y efecto entre las ideas del texto (UMC, 2013).

- En el 90% de las aulas, niños y niñas se encuentran participando con preguntas que requieren respuestas de "sí" o "no" o respuestas cerradas. Este tipo de interacción no favorece la elaboración de pensamientos originales o permite a los/las estudiantes expresar sus opiniones y conocimientos (MELE, 2019).

- Esta evidencia se engarza con los resultados encontrados en el Estudio de educación inicial (UMC, 2013) que señala que en "las tres áreas estudiadas han evidenciado la poca facilidad de las niñas y los niños para expresar ideas, explicar criterios, justificar preferencias e inferir información".

- El MELE (2018) también nos alerta en relación a otros indicadores asociados a experiencias tempranas de calidad. Estas son: 72% de las aulas no realizan actividades que permiten acercar a los/as niños/as a la escritura; 81% no se observa lectura de cuentos o libros infantiles; 97% no promueve el uso de vocabulario nuevo; y en el 51% de las aulas no se pide a los/las estudiantes describirse o expresar sus preferencias.

- No obstante, también encontramos resultados que responden a un servicio educativo de calidad para el nivel inicial. Por ejemplo, en la mayoría de aulas existen interacciones positivas (muestras de afecto positivo entre el/la docente y el/la estudiante), no obstante, el 90% de éstas son superficiales. Además, en el 76% de las aulas no se observan interacciones físicas negativas por parte de la docente a los niños y niñas (MELE, 2019).

A fin de tener una mirada más completa sobre la problemática de la calidad de los aprendizajes en el Ciclo 2, vale la pena acercarnos a la data de la Evaluación de logros de aprendizaje del 2do grado de primaria (UMC, 2018). Los resultados de esta evaluación también son un indicador de qué está sucediendo con los aprendizajes previos a la primaria.

- En el área de comunicación, más de la mitad (56,4%) de los/las estudiantes logró parcialmente los aprendizajes esperados para el III ciclo.

- En el área de matemática, más de la mitad (55%) de los/las estudiantes logró aprendizajes muy elementales respecto a lo esperado para el III ciclo.

Además, compartimos algunas evidencias de autores que sustentan la necesidad de prestar atención a la calidad de los aprendizajes en la primera infancia:

- Diversos estudios demuestran los efectos positivos de los programa del nivel inicial en las dimensiones del desarrollo y el aprendizaje de los niños y niñas. Sin embargo, de acuerdo con Berlinski y Schady (2015) citados por GRADE (2016), "los beneficios de la educación inicial solo son posibles cuando los servicios ofrecidos son de calidad".

- Según la UNESCO (2017), la calidad del servicio educativo está directamente relacionada con la calidad del desempeño docente. En ese sentido, resulta alarmante que en los resultados del MELE (2019) no se encuentren diferencias significativas entre la calidad de interacciones que ofrecen las cuidadoras de los PRONOEI y las que ofrecen las docentes de las Instituciones educativas.

Durante el conversatorio con expertos, surgieron otras inquietudes en relación a la calidad de los aprendizajes, un punto de coincidencia fue la formación inicial y continua para el desarrollo de competencias esenciales en las docentes. Las competencias/habilidades mencionadas fueron: el establecimiento de interacciones de calidad, que sepan hacer preguntas abiertas, que sepan conectar con los niños y niñas, mirada integral del aprendizaje, importantes habilidades como resiliencia y autorregulación, uso de metodologías activas (como proyectos donde el niño es el protagonista), ser más críticas, usar el recurso de sus comunidades.

La cantidad de niños por aula, también fue un punto de preocupación, la norma establece 25:1 y en algunos casos se encuentran aulas de 30, siendo excesivo para el nivel inicial, se hace necesario revisar la ratio; así como contar con apoyo de una auxiliar.

A nivel de los maestros, el tiempo de reflexión de las docentes para la planificación, una vez al mes se considera poco tiempo (en el Estado Peruano). Este tiempo no está valorado dentro de la organización y planificación.

Hay brechas en la infraestructura, mucha deficiencia en los servicios higiénicos, lo que se puede acrecentarse en circunstancias pandémicas, el tema es que los servicios están lejos de las zonas de inicial o no hay recursos para realizar el mantenimiento. Se busca promover un sistema de financiamiento de las instituciones educativas para gestionar este mantenimiento sumado al de los patios, juegos de las zonas de inicial y también de primaria.

Recordemos que los niños de los primeros grados siguen siendo niños y se enfrentan a cambios bruscos cuando transitan de un nivel a otro.
Se hace necesario fortalecer el lenguaje y el uso de los cuentos como anclas de aprendizaje, no como mero entretenimiento, sino un instrumento para poder trabajar los aspectos del lenguaje y pensamiento.

4.b Avances en materia de políticas públicas

En relación a la cobertura educativa, el MINEDU (antes de la pandemia) alcanzó el 93% de cobertura para el Ciclo 2; ello incluyendo a las IEI privadas, quienes se han visto seriamente afectadas por la situación de la pandemia.

En relación a la evaluación, el MINEDU ha iniciado la aplicación del MELQO que cuenta con el MELE que mide los aspectos vinculados a las condiciones para el aprendizaje y el CDL que mide lo logros de aprendizaje en niños de 5 años. Creemos que es un avance importante, pero se observan dos problemas: (a) se aplica cada dos años y los datos no se procesan de forma rápida, lo cual limita la oportunidad de mejoras en los procesos pedagógicos y (b) no se cuenta con los resultados actualizados de los logros de aprendizaje en niños de 5 años, que permita tener una orientación de cómo vamos.

El PPoR DIT establece el producto “Niños y niñas de 36 a 71 meses reciben servicios de aprendizaje y cuidado infantil” y los elementos que consideran en la entrega de este producto son: (a) sesiones educativas integradas durante la jornada educativa; (b) acompañamiento pedagógico a docentes del nivel inicial; (c) relación con padres de familia; (d) tamaño del grupo y (e) condiciones de infraestructura.

4.c Acciones prioritarias

Consideramos impulsar las acciones de implementación que se señalan en el PpoR DIT – RS Nº 023-2019-EF) referido al producto "Niños y niñas de 36 a 71 meses reciben servicios de aprendizaje y cuidado infantil (Ciclo 2), para ello se requiere:

4.c.1 Fortalecimiento de los servicios educativos del Ciclo II

- Reducir el ratio de alumnos por maestro en el nivel inicial, para mejorar los procesos de interacción niños-adulto, niño-niño.
- Fortalecer la capacidad técnica del equipo de la Dirección de Educación Inicial del Ministerio de Educación y de las especialistas de educación inicial en los niveles regionales (DRE) y locales (UGEL), para acciones de acompañamiento y supervisión de los servicios públicos y privados.
- Para optimizar el acompañamiento y supervisión se requiere reducir el ratio especialistas por Instituciones Educativas del nivel inicial.
- Definir metas de cobertura y de calidad de los aprendizajes en el ciclo 2, que brinde una ruta clara de logros a alcanzar para el nivel.
- Dotar de equipamiento a las aulas para el desarrollo de las actividades planteadas en el producto PpoR - DIT. Por ejemplo, para asegurar lectura de cuentos se requieren libros.

- Incorporar a un subdirector en función al número de estudiantes de la institución educativa (cuando la institución comprende el nivel de inicial, primaria y secundaria).

4.c.2 Sistema de información, monitoreo, supervisión y acompañamiento

- Continuar con MELQO para la medición de la calidad y los resultados del aprendizaje infantil y buscar una alternativa de aplicación anual y censal que haya sido validada para el nivel de educación inicial. Evaluar su aplicación de forma anual para la toma de decisiones oportunas.
- Continuar con el marco del buen desempeño docente y directivo, teniendo en cuenta la periodicidad de las evaluaciones para que sean más continuas.
- Implementar instrumentos para evaluar el Desarrollo Infantil que sean ágiles y estén contextualizados con el país (ej. CREDI 0-2 años; IDELA 3-5 años).

4.c.3 Acompañamiento pedagógico como soporte para acciones de calidad educativa

- Implementar planes de formación continua con estrategias claras alineadas al producto PPORDIT y al Diseño Curricular Nacional.
- Implementar un sistema de soporte a los docentes: redes de inter-aprendizaje y acompañamiento pedagógico con el apoyo de la tecnología.
- Implementar una plataforma ágil y efectiva de colaboración entre sectores (público y privado) para buenas prácticas.

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de los programas del nivel inicial en las dimensiones del desarrollo y el aprendizaje de los niños y niñas.

“Los beneficios de la educación inicial solo son posibles cuando los servicios ofrecidos son de calidad.”

Berlinski y Schady (2015) citados por GRADE (2016)

05. Violencia contra niñas y niños

5.a Situación de la violencia y desprotección infantil

Durante el conversatorio con expertos, las conclusiones acerca del tema se centraron en:

- Incremento de situaciones de violencia intrafamiliar durante la cuarentena: la Línea 100 está operando las 24 horas y se ha recibido un 50% más de llamadas en comparación al 2019.

- Se identifica más solidaridad entre las familias y vecinos, permitiendo una mejor intervención. Los propios niños también están llamando, ejerciendo así sus derechos, están pidiendo ayuda a los adultos. Sin duda, la violencia física sigue estando presente, el agresor es el papá o la mamá.

- En los adolescentes ingresan otros factores. En la mujer adolescente se presenta, sobre todo, la violencia sexual. Durante la cuarentena se han registrado 329 casos de violación sexual y en el caso de niños, niñas y adolescentes, 222, superando las cifras de la mujer adulta violentada.

- Actualmente, el CEM y DEMUNA están funcionando, pero es necesario ampliar la atención y/o servicios a otros sectores como niños y niñas migrantes o con discapacidad, es decir, un enfoque interseccional.

- Hay muchos esfuerzos de la sociedad civil y Estado, encontramos una sociedad altamente tolerante a la violencia, donde la prevención es fundamental para desaprender los patrones aprendidos.

- En estos meses de emergencia, se han presentado 472 casos urgentes a través de las unidades de protección especial, 133 se han derivado a un centro de acogida residencial, pero, estos no deberían ser la primera respuesta, el primer espacio protector es la familia.

- Hay muchos retos en acogimiento familiar. Por ejemplo, las 19 unidades de protección especial no se encuentran distribuidas en todo el país por el proceso de desconcentración. Su rol es verificar cuál es el mejor lugar para los niños y niñas.

- El recurso humano, ausencia de la figura del trabajador social. Fuerza con la academia para contar con este perfil, es un reto.

5.b Avances en materia de políticas públicas

El Perú es uno de los países que ha ratificado su suscripción a la Convención de los derechos del Niño y con ello cuenta con toda la serie de instrumentos normativos que señalan cómo proceder en materia de protección infantil. En el 2018 se aprueba el Decreto Legislativo 1297 que ha unificado muchas normas que estaban dispersas. Es un paso importante que se traduce en los servicios y no únicamente en la parte legislativa.

Existe desde el MIMPV la estrategia denominada "Modo Niñez" (Dirección General de los Niños, Niñas y Adolescentes), en la que los gobiernos locales tienen que liderar esta propuesta para ser garantes de los derechos y ser protectores. Por otra parte, el PPoR-DIT formula 05 productos para el sistema de protección:

- Niños y niñas en riesgo de desprotección, reciben servicios de protección (consejería familiar, acompañamiento terapéutico, visitas de supervisión).
- Niños y niñas en desprotección familiar en familias acogedoras (consejería familiar, acompañamiento terapéutico, visitas de supervisión, compensación económica a la familia acogedora).
- Niños y niñas en adopción y familias adoptivas reciben servicios de protección (consejería familiar, acompañamiento terapéutico, visitas de supervisión, servicio de apoyo familiar).
- Niños y niñas en desprotección en centros de acogimiento residencial reciben servicios de protección (entrenamiento y certificación de CAR, acompañamiento terapéutico, servicio de cuidado de niños menores de 3 años diferenciado).

- Niños y niñas y sus madres gestantes privadas de libertad reciben servicios de protección (Consejerías, acompañamiento terapéutico, servicio de cuidado para niños menores de 3 años y servicio de apoyo familiar).

En la actualidad existen dos Programas presupuestales multisectoriales (PPoR Violencia y PPoR DIT) que abarcan el problema de la violencia infantil y la situación de desprotección. En ambas podemos observar que existe un peso importante en las medidas de prevención, pero aún algunas debilidades o dudas acerca de la mejor forma de intervenir cuando la violencia y la desprotección están instaladas.

5.c Acciones prioritarias

5.c.1 Acción conjunta entre DEMUNAS (fortalecida, acreditada), DGNNA del MIMP, MINSA y los gobiernos locales.

- Al atacar el problema de la violencia y desprotección de las gestantes y la primera infancia, se hace más que evidente la necesidad de un SISTEMA que funcione de forma articulada y efectiva.

- Fortalecer las áreas de los diferentes sectores y niveles de gobierno vinculados a la protección infantil (que no está a cargo de un solo ministerio ni de una sola dirección) generando mecanismos de incentivos, de monitoreo y de sanciones que garanticen la protección de esta población.

- Veeduría de la sociedad civil, ciudadanía y Estado. Contextualización e implementación de los Planes locales de acción por la infancia y adolescencia – PLAI (MIMP-DGNNA). Promover la articulación con UGELs, para fortalecer las Defensorías escolares

Articulación MINSA, MIMP y DEMUNA (gobierno local) para el abordaje terapéutico especializado y pertinente de la primera infancia.

5.c.2 Servicios de atención integral personalizados a familias víctimas de violencia y niños/as en situación de desprotección: Acompañamiento a familias y/o Programas de Cuidado Diurno (pertinencia post covid)

- Promoción y vigilancia de una Rectoría Colegiada MIDIS/ MIMP/MINEDU/MINSA de los servicios de cuidado (serían sectores involucrados en el SISTEMA).

- Post-Covid: Priorizar el Fortalecimiento del Servicio de Acompañamiento a Familias como un servicio pertinente en contexto Covid tanto en zonas rurales dispersas, rurales y urbanas (CUNA MÁS y MINEDU).

- Asegurar el servicio de cuidado diurno focalizado y universal de calidad (cuenta con personal capacitado y certificado que interactúa positivamente con los niños/as y las familias; ofrece experiencias variadas de aprendizaje y asegura las condiciones para el desarrollo integral y bienestar de los niños (espacios, materiales, rutinas)). Fortalecimiento de capacidades del personal en atención de situaciones de riesgo: estrés familiar, maltrato y violencia).

- Asegurar la dotación de servicios de alimentación de calidad y nutritiva en los servicios.

5.c.3 Desinstitucionalizar a los niños menores de 6 años, a través de acogimiento familiar y adopción

- Fortalecimiento y consolidación de la Unidad Protección Especial -UPE del MIMP para la evaluación de la situación del niño o niña para su derivación pertinente y oportuna.

- Ajustar los servicios de atención vigentes para niños y niñas en situación de desprotección familiar al Marco Normativo de la Ley 1297 y generar instrumentos y herramientas para su implementación desde un enfoque de derechos y protección.

- Generación de evidencias de la implementación de la modalidad de acogimiento familiar en el Perú (respaldo de la academia).

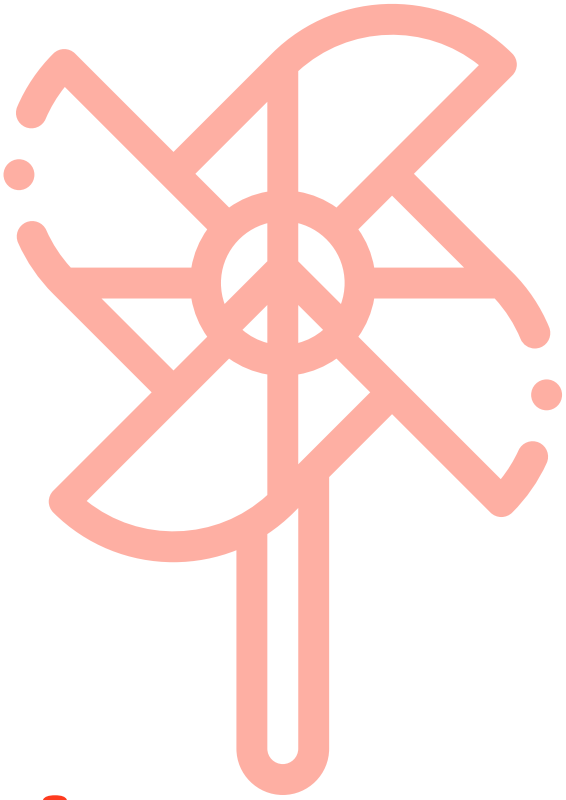
5.c.4 Trabajo con las familias: que se vincule/articule el sistema familiar con el sistema legal, educacional o de salud.

- Padrón Nominal, oportuno, actualizado y veraz, para la identificación efectiva de los NN y su acceso a los servicios de salud, educación, programas sociales, alimentación, protección y otros.

- Enfoque de derechos, apuntando al interés superior del niño.

- Seguimiento a la Implementación de Visitas Domiciliarias para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil, además del paquete integrado de servicios, que incluya apego, desarrollo, prevención de la violencia (otros resultados del DIT).

Las repercusiones de la violencia contra los niños en los primeros años de vida se manifiestan fundamentalmente en el crecimiento, la seguridad, el aprendizaje y el desarrollo.



06.
Aire limpio

6.a Situación de la problemática de la calidad del aire y su efecto en la salud infantil

Aunque ha sido poco estudiado, el problema de la calidad del aire tiene serias repercusiones en la salud de los infantes. Sabemos con certeza que la contaminación se desarrolla tanto en ambientes exteriores como interiores. En ese sentido, se puede hablar de fenómenos epigenéticos que resultan en alteraciones del desarrollo somático.

Este documento consolida las ideas compartidas por los expertos en la Mesa de Diálogo del jueves 9 de julio sobre el tema de Calidad del Aire y Primera Infancia organizado por Copera Infancia. Los asistentes fueron:

1. Giuliana Becerra - Ex Directora de la Dirección de Calidad Ambiental del MINAN.
2. Anderson Huayna - Sub gerencia de Gestión Ambiental MML.
3. Marlene Ccoyure - Consultora en Emergencias y Gestión de Riesgos y Desastres – UNICEF.
4. Carlos Saito - Docente investigador de la PUCP - Co founder Qaira

La epigenética es la modulación de la expresión de nuestros genes a partir del ambiente. De allí, se comprende que los niños podrían tener procesos de inflamación subclínica pero constante e inescapable. Así, los datos en el mundo sugieren que la mortalidad anual es de 300 000 niños menores de 5 años por contaminación del aire. Cada año, las condiciones insalubres del entorno, tales como la contaminación del aire en espacios cerrados y en el exterior, la exposición al humo de tabaco ajeno, la insalubridad del agua, la falta de saneamiento y la higiene inadecuada, causan la muerte de 1,7 millones de niños menores de cinco años (PAHO, s. f.)[28]. En Perú, uno de los principales contaminantes del aire es el material particulado menor de 2,5 µ (PM 2,5), en la ciudad de Lima, anualmente 2300 muertes prematuras son atribuibles a este contaminante. Otro problema es la contaminación del aire domiciliario por el uso de cocinas con combustible de biomasa, donde la exposición excesiva a PM 2,5 dentro de las casas es responsable de aproximadamente 3000 muertes prematuras anuales entre adultos, con otro número desconocido de muertes entre niños debido a infecciones respiratorias (Gonzáles, et. al, 2014).[29]

Se han observado algunos efectos principales en la salud del niño, tales como: bajo peso al nacer, parto prematuro, alteraciones epigenéticas: favorecimiento de obesidad y diabetes, morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias altas y bajas, asma, disrupción endocrina, perturbaciones del desarrollo cerebral, neoplasias y leucemias. Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud sugiere que las principales causas de muerte de los niños de un mes a 5 años —como las enfermedades diarreicas, el paludismo y las neumonías— pueden prevenirse mediante intervenciones que reducen los riesgos ambientales, tales como el acceso al agua potable y el uso de combustibles menos contaminantes para cocinar (PAHO, s. f.). Lo que sugiere es que, con los esfuerzos adecuados, los problemas en los niños por contaminación del aire pueden ser prevenibles.

28 Recuperado de: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=t-cle&id=3692: las-consecuencias-de-la -contaminacion-ambien-tal-1-7-millones-de-defunciones-infantles-anuales -segun-la-oms&Itemid=900

29 Gonzáles, G. et al. (2014). Contaminación ambiental, variabilidad climática y cambio climático: una revisión del impacto en la salud de la población peruana. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.31 no.3

6.b Avance en materia de políticas públicas

Si bien existen iniciativas de cuidado ambiental, estas no precisan el impacto en la primera infancia y es escaso el avance en materia de políticas públicas.

6.c Acciones prioritarias

En los siguientes puntos, se resumen las principales acciones priorizadas por los expertos que pueden augurar una correcta prevención y disminución de los problemas de desarrollo infantil por contaminación del aire.

6.c.1 Inclusión del tópico de calidad del aire en la salud pública

- La calidad del aire está vinculada con la salud pública por lo que se sugiere incluir en la discusión del foro público sobre salud.
- Dado que, en Lima y Callao, la contaminación implica el 4% de la mortalidad. La gran fuente es el parque automotor (sobre todo vehículos mayores de 15 años), industrias y los servicios. Se debe regular el uso de transporte contaminante.
- Los desafíos son mejorar las tecnologías vehiculares en nuestro país y la calidad del combustible, usar uno bajo en azufre.
- Se debe gestionar el aire doméstico, sobre todo los productos químicos usados y los insumos con los que se cocina, de esta forma se recudirá la contaminación interna.
- Se ha especificado anteriormente que la contaminación del aire tiene repercusiones sobre la gestación.

6.c.2 Aumento de sistemas de información y data de calidad del aire

- Fortalecer la red de monitoreo de MINSA y SENAMI, para cubrir la brecha de información que se cuenta respecto a calidad del aire en el país. Esta red de monitoreo debe focalizarse en la niñez, es decir, priorizar los lugares con mayor índice de contaminación y con mayor concurrencia de niños.

- Se ha desarrollado un software que brinda información en tiempo real. Se cuenta con 7 sensores en Lima. La data es almacenada en una plataforma de calidad del aire y se realiza un monitoreo medioambiental.

- Estos sistemas pueden ser compartidos con la empresa privada y la academia para aumentar la extensión de la información.

6.c.3 Inversión en investigación y desarrollo de la calidad del aire

- Invertir en Investigación y Desarrollo. Comprender la vinculación entre emisión, calidad del aire e impacto que aún falta ser analizada con más detalle con estudios contextuales en Perú.

- Se debe hacer una coordinación estado, academia, sector privado y sociedad civil para el aumento de la investigación.

- La investigación puede permitir generar un protocolo para estandarizar la calidad del aire.

6.c.4 Legislación

- Es aún un desafío, contar con una ley del aire limpio (especialmente el interior) que priorice la Primera Infancia y asignación de presupuesto.

- La legislación debe incluir más fuertemente las directivas para la prohibición de productos pirotécnicos.

07. Discapacidad en niñas y niños

7.a Situación de la Primera Infancia con discapacidad

Los datos que se presentan en la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad en el Perú - ENEDIS 2012 señalan que:

- El 5.2% (1 millón 575 mil 402 personas) de las y los peruanos tienen alguna condición de discapacidad. El 8.2% (129 796) menores de 15 años presentan alguna discapacidad. No se especifican datos con respecto al grupo de menores de 5 años.
  En el rango de edad de 3 a 5 años, 37% asiste a algún centro de educación básica.

- A nivel nacional, el 4,9% de la población de 0 a 3 años se beneficia del Programa de Intervención Temprana. Por grupo de edad, solo se benefician el 9,9% de los menores de un año, el 1,9% de los niños de un año, el 8,0% de dos años y el 3,7% de tres años.

- El 69,9% de centros educativos a los que asisten las personas con alguna discapacidad cuenta con profesores especializados, el 56,7% con equipamiento audiovisual.

- La falta de servicios higiénicos adaptados (54,9%), ascensores adecuados (51,5%), ausencia de rampas de acceso (51,4%), barandas de seguridad (49,2%) y una señalización adecuada (44,6%) constituyen los principales problemas de accesibilidad que experimentan quienes pertenecen a la población con discapacidad en las instituciones educativas.

- El 9,3% de la población de 3 y más años señalaron conocer el Servicio de Apoyo y Asesoramiento para la Atención de las Necesidades Especiales (SAANEE), el 87,1% no lo conoce y el 3,6% no especificó la respuesta.

- El 14.4% menores de 14 años cuentan con certificado de discapacidad.

- En el Registro Nacional de la persona con discapacidad, 2000 - 2020, los menores de 5 años ascienden a 4762 (CONADIS, al 31 de marzo del 2020).

Acerca de las condiciones actuales de atención a la primera infancia con discapacidad, los expertos coincidieron en:

- Existe un desafío en el cierre de brechas a nivel de cobertura, en acceso solamente hay 91 PRITES a nivel nacional. No hay data específica sobre niñez menor de 3 años, la niñez menor a 6 años es de 61 409 (INEI 2017) y se atiende a 4000.

- La necesidad de expandir a otras zonas del país (en las áreas rurales de la Sierra y Selva) además de potenciar los programas de intervención temprana. Estos programas tienen una oferta muy escasa (MINEDU), en el 2018 por ejemplo, se atendió a no más de cuatro mil niños.

- La identificación temprana y el abordaje oportuno de las dificultades motrices, sensoriales y otras del desarrollo, elevan las probabilidades de recuperar, mejorar o fortalecer el 80% de la capacidad cerebral de un niño antes de los 3 años. Por lo que se debe evitar los largos trámites burocráticos para su creación y funcionamiento.

- La preocupación de la continuidad educativa hasta los 6 años, sobre todo el tramo de 3 a 6 en la Educación Básica Regular. Se necesita que los niños entren sin trabas, que todos sean parte de una escuela para todos; que los docentes de la EBR estén capacitados, es fundamental que en todas las regiones exista SAANEE, que cumplan con el apoyo de asesorar a las Instituciones Educativas, en tanto se empoderen de la atención educativa de las diferencias, un mayor escalamiento de estos equipos sería fundamental.

- Otro tema fundamental es que juntamente con salud, se pueda afrontar y difundir todo el tema de salud y discapacidad; así como articular acciones con CONADIS. No se da una atención prioritaria para niños con discapacidad.

- La ausencia de data/información limita la identificación de los niños con discapacidad y, por lo tanto, existe una distorsión al momento de tomar decisiones.

- El personal capacitado para atender los diferentes tipos de discapacidad es insuficiente, así como los espacios e implementos.

- No se cuenta con marcos de calidad de los servicios que atienden a los niños con discapacidad; tampoco rectoría clara que fomente la articulación de los servicios a nivel comunitario. No se tiene en cuenta los niveles de articulación de los servicios.

- Limitado acompañamiento emocional a las familias de niños con discapacidad.

7.b Avances en materia de políticas públicas

En el país existen entidades que velan por la atención de las personas con discapacidad, sin embargo, funcionan de forma desarticulada y con intervenciones parciales. El desarrollo del PPoR DIT no logró profundizar en el tema de niños con discapacidad, pero contempló el producto "Niños y niñas con problemas del desarrollo", la propuesta de la construcción de un instrumento de alerta temprana y dejó como agenda pendiente el desarrollo más amplio de un abordaje para esta población.

7 .c Acciones prioritarias

Cada una de las acciones han sido operativizadas de la siguiente manera:

7.c.1 Asegurar la "detección temprana" y atención prioritaria de niños/as con discapacidad en los establecimientos de salud, evitando los trámites burocráticos:

- Se establecen dos opciones:
  - Fortalecer la capacidad de los establecimientos de salud de primer nivel con espacios de cuidado y atención especializada para niños/as con discapacidad y/o promover Centros de referencia para la atención de niños y niñas con discapacidad, por ejemplo, los Centros Materno- Infantiles e incorporar atención especializada.
  - Articulación entre niveles de atención; primer nivel, servicio de atención temprana con enfoque inclusivo; y, un segundo nivel, con apoyo especializado y complementario al tiempo que el niño o la niña pasa en el servicio de primer nivel.

En ambos casos, se requiere dotar de equipamiento y recursos humanos especializados en la atención a la discapacidad.

7.c.2 Instrumento de recojo de alerta temprana que sea utilizado de forma transversal en todos los servicios que atienda a la primera infancia, con el fin de detectar alertas tempranas:

- Un punto crítico inicial es la ausencia de data consistente que visibilice la necesidad de implementar acciones con los niños y niñas con discapacidad. En este caso, consideramos que la OMAPED y CONADIS deben tener un rol más activo, el primero como ente local y el segundo nacional; así como la particiación de los gobiernos locales a través del padrón nominal (se propone incluir la identificación de niños/as con discapacidad)

- Mientras más temprano se identifique el déficit en el desarrollo infantil, los niños tendrán más probabilidades de superar y/o mejorar su condición. Para ello se requiere contar con un mecanismo de detección temprana y derivación oportuna que incluya: instrumento de detección temprana de uso transversal en todos los servicios que atienden a niños pequeños y una ruta de atención articulada.

- El CRED juega un rol importante en este proceso, pues una vez detectado se debe encargar de evaluar por tipo de discapacidad y severidad, acompañado del médico certificador que acredite la condición y siga una atención especializada según necesidad.

- Para la detección temprana (o indicio de sospecha de una dificultad en el desarrollo) el uso de aplicativo móvil multiperfil que pueda ser usado por la madre, la acompañante o promotora comunitaria, y en articulación con el CRED se hagan los descartes finales.

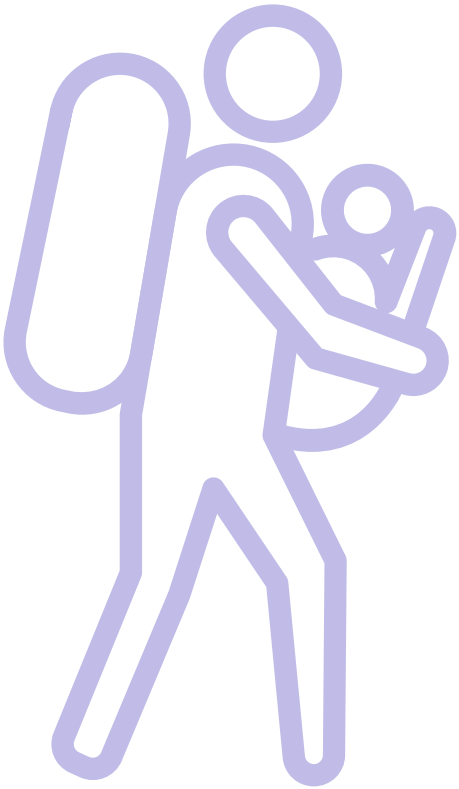
- Con la ayuda de la tecnología se pueden tener los casos georeferenciados, permitiendo que estas familias sean parte del plan de seguimiento y acompañamiento, sea presencial o a través de aplicativo móvil con consejería especializada (vídeos) y cartera de servicios.

7.c.3 Apoyo a las familias con niños/as con discapacidad:

- Soporte socioemocional a las familias con niños y niñas con discapacidad, desde el principio, articulado con las acciones de seguimiento.

- Fortalecer el programa CONTIGO y considerar para los casos de discapacidad severa un subsidio de tipo universal que alivie la vulnerabilidad económica de las familias, pues en estos casos la situación se ve agravada cuando uno de los miembros del hogar deja de trabajar.

La identificación temprana y el abordaje oportuno de las dificultades motrices, sensoriales y otras del desarrollo, elevan las probabilidades de recuperar, mejorar o fortalecer el 80% de la capacidad cerebral de un niño antes de los 3 años.



08.
Niñez migrante

8.a Situación de la población migrante y la primera infancia

Estudios realizados por UNICEF en los años 2018 y 2019 muestran la precariedad y el deterioro de la salud y el desarrollo de los niños y las niñas menores de 5 años expuestos a los largos viajes (10 a 30 días para llegar al Perú), a los riesgos que genera la indocumentación, el estrés al que están expuestos por la incertidumbre y en muchos casos abandono, acrecentando la situación de violencia hacia los niños y las niñas; sin mencionar la discriminación a la que se ven sometidos.

La ONG World Vision reporta que, luego de Colombia, el Perú es el segundo país que más recibe población venezolana. El 86% reporta insuficiencia alimentaria y 3 de cada 7 niños no acceden a educación.

Los estudios muestran como perfil de las familias migrantes que el 19% son monoparentales, revelando la ausencia de una red de apoyo para dar soporte a los niños y niñas menores de 5 años. Las barreras burocráticas y la fragmentación de los servicios agravan la situación de desprotección de la primera infancia migrante. Al respecto la HIAS – Perú señala que, si bien todos los niños migrantes menores de 5 años tienen acceso al SIS, la condición para la inscripción es que los padres deben contar con un carné de extranjería. Para realizar el cambio de calidad migratoria, la superintendencia nacional de Migraciones les solicita la partida de nacimiento apostillada, requisito imposible de cumplir por los padres que escapan de una situación complicada en sus países. Este requisito se convierte en una traba para que los niños puedan acceder a servicios como Cuna Más, no pueden acceder a servicios de salud, las gestantes tampoco pueden llevar un control prenatal y a ello se suma la existencia de niños viajando solos o niños que están a cargo de tíos o abuelos sin ningún documento legal.

La ONG World Vision señala que el 86% de familias migrantes en Tumbes y Lima reportan insuficiencia alimentaria y que 3 de cada 7 niños no accede a educación.

8.b Avance en materia de políticas públicas

El marco normativo nacional e internacional fue facilitador para la recepción de los migrantes; para el año 2017 – 2018 se dio una política migratoria abierta y el interés superior del niño prevaleció para preservar la unidad familiar.

Si bien existe una expresión política solidaria para acoger a las familias migrantes, la fragmentación de procesos impone barreras para asegurar que los niños y las niñas migrantes reciban servicios de salud, educación y protección. A ello se suman la falta de protocolos para la atención de los casos especiales (por ejemplo: niños viajando sin compañía, niños con requerimientos especiales por su condición de discapacidad y/o embarazos).

8.c Acciones prioritarias

Las recomendaciones derivadas del estduio "Migraciones y primera infancia en América Latina y el Caribe" (2020) realizada por el Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescente – INN a solicitud de la Red de Convergencia para la Acción, señalan las siguientes recomendaciones:

- Reconocer que miles de niños y niñas de hasta los 6 años de edad se ven involucrados directamente por la migración internacional, lo que determina que esa etapa fundamental de la vida será atravesada por una experiencia al menos significativa y movilizante, cuando no, traumática.

- Los sistemas de protección de la niñez, allí donde existen como tales, deberán estar "suficientemente preparados" para recibir a niñas y niños extranjeros, incorporando una cultura diversa en sus prácticas".

Estudios realizados en los años 2018 y 2019 muestran la precariedad y el deterioro de la salud y el desarrollo de los niños y las niñas menores de 5 años expuestos a los largos viajes (10 a 30 días para llegar al Perú).

- Desde los espacios de coordinación deben trazarse "rutas de integración" que comiencen por la recepción en las fronteras con "las primeras respuestas de índole humanitaria en temas vitales como hidratación, alimentación, salud, casas de acogida temporal". En un segundo momento, una vez ingresados al territorio nacional, deberá garantizarse el acceso al sistema educativo y regularizar la situación en referencia a la documentación. Esto es clave para habilitar el acceso a diferentes servicios, se trata de un aspecto necesario, aunque no suficiente para iniciar un proceso de inclusión en la sociedad receptora, darles el carácter de "personas con derecho a tener derechos".

No solo se debe reconocer el derecho de incorporar a niños y niñas migrantes a la educación, sino también, lo importante que significa introducir la migración como tema en los procesos educativos. Resulta central que el personal docente esté capacitado para trabajar las diferencias culturales, los conflictos que esto pueda generar y las posibles conductas xenófobas que puedan expresarse en el espacio educativo. Estas situaciones deberán ser tematizadas y trabajadas desde la perspectiva educativa transformándolas en oportunidades de aprendizaje para todos.

También es importante que el personal de salud y los Servicios de Identificación se pueda formar en la idiosincrasia y en ciertas claves del idioma de las familias migrantes y sus niños(as).

El 86% de familias migrantes en Tumbes y Lima reportan insuficiencia alimentaria.

3 de cada 7 niños no accede a una educación.

V. Bibliografía

Diamond. Executive Functions (2013). Annu. Rev. Psychol. 2013. 64:135–68.

Akman M, Cebeci D, Okur V, Angin H, Abali O, Akman AC. The effects of iron deficiency on infants' developmental test performance. Acta Paediatr 2004;93:1391– 6.

Armony-Sivan R, Eidelman AI, Lanir A, Sredni D, Yehuda S. Iron status and neurobehavioral development of premature infants. J Perinatol 2004;24:757– 62.

Beard JL, Connor JR. Iron status and neural functioning. Annu Rev Nutr 2003;23:41–58.

Black et al. (2016) Early childhood development coming of age: Science throgh the life course. The Lancet/Octuber 2016.L

Black MM. Micronutrient deficiencies and cognitive functioning. J Nutr 2003;133 (suppl):3927S–31S.

Bradley RH, Putnick DL. Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries. Child Dev 2012; 83: 76–91.Center on the Developing Child (2007). A Science-Based Framework for Early Childhood Policy.

Diether Beuermanny A. Sánchez (2010). Los efectos de choques transitorios en resultados de largo plazo: efectos adversos del clima en la acumulación de capital humano en los Andes Peruanos.

Gluckman & Hanson (2004b); Barker (2001), referidos en Peter D. Gluckman, M.A. Hanson, H.G. Spencer y P. Bateson (2005). Environmental influences during development and their later consequences for health and disease: implications for the interpretation of empirical studies.

Gluckman PD y Hanson M (2005). The Fetal Matrix: Evolution, Development, and Disease.

Gordon N. Iron deficiency and the intellect. Brain Dev 2003;25:3– 8.

Grantham-McGregor S, Ani C.Areview of studies on the effect of iron deficiency on cognitive development in children. J Nutr 2001; 131(suppl):649S– 66S; discussion 666S–8S.

Groner JA, Holtzman NA, Charney E, Mellits ED. A randomized trial of oral iron on tests of short-term memory and attention span in young pregnant women. J Adolesc Health Care 1986;7:44–8.

Idjradinata P, Pollitt E. Reversal of developmental delays in irondeficient anaemic infants treated with iron. Lancet 1993;341:1– 4.

James Heckman y D. Masterov (2007). The Productivity argument for investing in young children.

James J. Heckman (2006). The Effects of Cognitive and Noncognitive Abilities on Labor Market Outcomes and Social Behavior.

Janina R. Galler, Cyralene P. Bryce5, Miriam L. Zichlin, Garrett Fitzmaurice, G. David Eaglesfield, and Deborah P. Waber. Infant Malnutrition Is Associated with Persisting Attention Deficits in Middle Adulthood. J. Nutr. April 1, 2012 vol. 142 no. 4 788-794.

Jean Burr y Rob Grunewald (2006). Lessons Learned: A Review of Early Childhood Development Studies.

Karine Tolentino and Jennifer F. Friedman - An Update on Anemia in Less Developed Countries - Am. J. Trop. Med. Hyg., 77(1), 2007, pp. 44–51.

Liam Delaney and James P. Smith (2012) Childhood Health: Trends and Consequences over the Life Course.

Logan S, Martins S, Gilbert R. Iron therapy for improving psychomotor development and cognitive function in children under the age of three with iron deficiency anaemia. Cochrane Database Syst Rev 2001;2: CD001444.

Lozoff B, Brittenham GM, Wolf AW, et al (1987). Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance. Pediatrics 1987;79:981–95.

Luby JL. Poverty's most insidious damage: the developing brain. JAMA Pediatr (2015); 169: 810–11.

Metallinos-Katsaras E, Valassi-Adam E, Dewey KG, Lonnerdal B, Stamoulakatou A, Pollitt E. (2004), Effect of iron supplementation on cognition in Greek preschoolers. Eur J Clin Nutr 2004;58:1532– 42.

MIDIS (2016) Lineamientos para la Gestión Articulada e Intersectorial para promover el Desarrollo Infantil Temprano Primero la Infancia PERÚ.

Noble KG, Houston SM, Brito NH, et al (2015) . Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. Nat Neurosci 2015; 18: 773–78.

Paul Gertler, James Heckman, Rodrigo Pinto, Arianna Zanolini, Christel Vermeerch, Susan Walker, Susan M. Chang, Sally Grantham-McGregor (2013). Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: a 20-year Followup to an Experimental Intervention in Jamaica.

Pollitt E, Saco-Pollitt C, Leibel RL, Viteri FE (1986) . Iron deficiency and behavioral development in infants and preschool children. Am J Clin Nutr 1986;43:555– 65.

Pollitt E. (1993) Iron deficiency and cognitive function. Annu Rev Nutr 1993; 13:521–37.

Pollitt E. (1998) Iron deficiency and educational deficiency. Nutr Rev 1997; 55:133– 41. 96 Scrimshaw N. Malnutrition, brain development, learning, and behavior. Nutr Res 1998;18:351–79.

Sachdev H, Gera T, Nestel P. (2005) Effect of iron supplementation on mental and motor development in children: systematic review of randomized controlled trials. Public Health Nutr 2005;8:117–32.

Reynaldo Martorell, Bernardo L. Horta, Linda S. Adairhttp://jn.nutrition.org/content /140/2/348.full - target-3, Aryeh D. Stein, Linda Richter, Caroline H. D. Fall, Santosh K. Bhargava, S. K. Dey Biswas, Lorna Perez, Fernando C. Barros, Cesar G. Victora, and Consortium on Health Orientated Research in Transitional Societies Group . Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries. J. Nutr. February 2010vol. 140 no.2 348-354.

Sally Grantham-McGregor (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2270351/.

Schady, Norbert Rüdiger et al. (2014) : Gradientes de riqueza en el desarrollo cognitivo durante la primera infancia en cinco países de América Latina, IDB Working Paper Series, No. IDB-WP-482, Inter-American Development Bank (IDB), Washington, DC, http:// hdl.handle.net/11319/4774.

Scrimshaw N. (1998) Malnutrition, brain development, learning, and behavior. Nutr Res 1998;18:351–79.

Seshadri S, Gopaldas T. (1989) Impact of iron supplementation on cognitive functions in preschool and school-aged children: the Indian experience. Am J Clin Nutr 1989;50:675– 84; discussion 685–6.

Seungmi Yang, Kate Tilling, Richard Martin, Neil Davies, Yoav Ben-Shlomo and Michael S.

Kramer (2011) - Pre-natal and post-natal growth trajectories and childhood cognitive ability and mental health - International Journal of Epidemiology 2011;40:1215–1226.

Shankar N, Tandon OP, Bandhu R, Madan N, Gomber S. (2000) Brainstem auditory evoked potential responses in iron-deficient anemic children. Indian J Physiol Pharmacol 2000;44:297–303.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000) From Neurons to Neighborhoods: The Science of EarlyChildhood.

Soemantri AG, Pollitt E, Kim I. (1985) Iron deficiency anemia and educational achievement. Am J Clin Nutr 1985;42:1221– 8.

Sungthong R, Mo-suwan L, Chongsuvivatwong V. (2002) Effects of haemoglobin and serum ferritin on cognitive function in school children. Asia Pac J Clin Nutr 2002;11:117–22.

Susan P. Walker, Susan M. Chang, Christine A. Powell, Emily Simonoff, and Sally M. Gratham-Mc Gregor (2007) - Early Childhood Stunting Is Associated with Poor.

Psychological Functioning in Late Adolescence and Effects Are Reduced by Psychosocial Stimulation - J. Nutr. 137: 2464–2469.

Wachs TD, Pollitt E, Cueto S, Jacoby E, Creed-Kanashiro H (2005) . Relation of neonatal iron status to individual variability in neonatal temperament. Dev Psychobiol 2005;46:141–53 Walter T, Kovalskys J, Stekel A. (1983) Effect of mild iron deficiency on infant mental development scores. J Pediatr 1983;102:519 –22.

Walter, T. (1993) Impact of iron deficiency on cognition in infancy and childhood. Eur. J. Clin. Nutr. 47, 307-316.

COPERA infancia

“Cada niña y niño cuenta”

www.coperainfanciaperu.com
comunicaciones@coperainfanciaperu.com