



DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN EL PERÚ

Noviembre, 2025

Organizaciones asociadas



El presente documento sistematiza la información recolectada en mesas de trabajo, grupos focales y entrevistas con diferentes actores de la sociedad. Para mayor información ponerse en contacto con: comunicaciones.copera@gmail.com

CONTENIDO

Documento de recomendaciones de política para el desarrollo infantil temprano en el Perú

Presentación

Introducción

I Ser niño/a en los primeros 5 años de vida en el Perú

II Recomendaciones de política para el DIT

2.1 Mecanismos de gobernanza intersectorial

2.2 Formación inicial y continua para actores profesionales y para profesionales

2.3 Situaciones emergentes y los lineamientos Primero la Infancia / PPor DIT

III Bibliografía

IV Anexo

PRESENTACIÓN

El presente documento es una iniciativa de la ***Coalición por un Perú que cuida a su niñez***, conformada por 21 organizaciones de sociedad civil y profesionales con larga trayectoria, comprometidos con la niñez peruana, específicamente en la etapa de vida de mayor vulnerabilidad (gestación hasta los primeros 5 años). ***Su objetivo es alcanzar recomendaciones*** a los partidos políticos para que los niños y las niñas más pequeños/as del país logren el máximo potencial en su desarrollo, a partir de la mejora en las condiciones de vida, tanto para ellos como para sus familias.

Para los candidatos y sus partidos políticos, tener a los niños/as en su “mente y sus corazones” es gobernar con visión de país (incluso más allá de su periodo de gobierno) y asumir con valentía las anclas para las transformaciones que el país necesita con el fin de acelerar el cambio generacional con ciudadanos mejor preparados para afrontar los desafíos que se nos avecina.

Para la elaboración de las recomendaciones, la Coalición organizó una serie de actividades como:

- 1.- Encuentros con expertos en gestión y políticas públicas de distintos sectores (desarrollo social, salud, economía, producción, defensa, justicia, vivienda) con experiencia en los diferentes niveles de gobierno (nacional, regional y local),
- 2.- Ideatón, que reunió a 122 profesionales pertenecientes a la academia, a la sociedad civil y funcionarios públicos, en cuatro mesas técnicas.
- 3.- Grupos focales y entrevistas en regiones con padres, madres y profesionales en los servicios vinculados a la atención de los niños y las niñas.
- 4.- Además de una encuesta de circulación masiva que obtuvo 1500 respuestas para conocer las percepciones de las familias acerca de lo que implica cuidar/criar un niño en el Perú.

El documento presenta una síntesis de todas estas voces, con la esperanza de que los futuros tomadores de decisiones, desde la responsabilidad por un país de oportunidades incluyan como prioridad en sus planes de gobierno a toda la niñez peruana.

INTRODUCCIÓN

Las últimas dos décadas de investigación científica nos permiten dilucidar que: ***orientar recursos al desarrollo infantil temprano es la inversión social más rentable que puede hacer un país (Heckman, 2000 – Premio Nobel en Economía).*** 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.

El **Acuerdo Nacional** en su trigésima Política de Estado ha señalado su ***“compromiso para promover la colaboración entre el Estado, la comunidad y la familia para garantizar la protección de la vida, la salud y el desarrollo integral de niñas, niños desde la gestación y sus primeros cinco años...”***.

Es importante destacar que, en los últimos años, hemos empezado a comprender —al menos desde el ámbito de las políticas públicas— la relevancia de contar con una planificación a mediano y largo plazo para lograr una nación competitiva. Esta idea también se aplica al ámbito del desarrollo infantil temprano. Después de más de una década de esfuerzo sostenido, el Perú ha logrado consolidar políticas consensuadas que reconocen la importancia de los primeros cinco años de vida, contando con importantes instrumentos de política como los **Lineamientos Primero la Infancia¹**, el **Programa Presupuestal orientado a resultados (PPoR) para el Desarrollo Infantil Temprano²**, la **Política Nacional Multisectorial para Niños, Niñas y Adolescentes al 2030** y el **Proyecto Educativo Nacional**.

No obstante, el trabajo aún no está terminado, es necesario mantener las buenas prácticas, corregir los errores y superar los obstáculos existentes. Surge entonces la reflexión: ***¿qué desafíos encontramos en nuestra realidad?, ¿qué debemos corregir? y ¿qué podría sugerirse para mejorar el estado actual de la niñez en el Perú?***. Estas tres preguntas han orientado el análisis para la exposición de una serie de recomendaciones que plasmamos en este documento.

El presente documento se divide en dos bloques, el primero, el cual describe cómo es la vida de la gran mayoría de niños y niñas en sus primeros 5 años vida en el Perú, y el segundo bloque, presenta un conjunto de recomendaciones que como Coalición hemos ido recogiendo desde los diferentes espacios y actores y esperamos sea una contribución a los planes de gobierno.

¹ <https://www.midis.gob.pe/index.php/lineamientos-primero-la-infancia/>

² https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte_PPoR_1001_2024_I.pdf

I SER NIÑO/A EN LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA EN EL PERÚ

Jonatan tiene 2 años y vive en una comunidad rural de la Amazonía Peruana, es el segundo de una familia de 3 hijos (pues uno viene en camino). Sus padres se dedican a la agricultura de supervivencia, a la caza y a la pesca. Juan, su papá dejó la secundaria a las 14 años, no logró culminar la secundaria para contribuir económicamente con su familia y a los 18 años se volvió padre por primera vez con Martha cuando ella tenía 16 años, y sólo logró culminar la primaria para poder ayudar en casa con el cuidado de sus hermanos menores. En casa, el sustento económico ajusta cada día, en su último control de salud, los resultados no han sido muy buenos, persiste la anemia y su talla está muy por debajo de lo que se espera para su edad, la situación de Marta no es distinta, ella está gestando y también le han diagnosticado anemia. En su comunidad, no cuentan con agua potable y solo hay luz eléctrica por horas, la familia de Jonatan reciben el apoyo de algunos programas sociales, sin embargo no es suficiente para salir de la pobreza... Martha refiere “quiero que mis hijos logren lo que yo ni su papá pudimos, quiero que sean profesionales, por eso siempre les dije que vayan al colegio, pero aquí no tenemos inicial, solo primaria donde esta su hermana mayor...en la posta me han dicho que está con anemia, y que eso le afecta su cerebro, no sé si será verdad, y me han dado estos sobres para que lo mezcle con su comida, pero a Jonatan no le gusta y ya no le insisto en que coma...”

Historias como las de Jonatan abundan en el país, incluso más dramáticas como hogares donde sólo son sostenidos por uno de los padres (por lo general, madres solas), hogares que experimenta violencia familiar y miles de niños que no logran acceder a servicios de salud, educación y protección de calidad. Otra historia, son los hogares con hijos que atraviesan alguna condición de discapacidad, neurodivergentes, con enfermedades huérfanas y casos oncológicos, que no encuentran los servicios para atender estas necesidades apremiantes y cuando los servicios existen, son de forma particular con costos imposibles de ser asumidos por los padres.

1.2.- Atender a los niños/as es una prioridad impostergable

El desarrollo neurológico infantil es un proceso altamente dinámico y sensible a las influencias del entorno, especialmente durante los primeros años de vida, cuando el cerebro presenta su mayor plasticidad. Diversas investigaciones demuestran que el entorno que rodea al niño/a impacta en el desarrollo de sus capacidades, empezando desde el hogar: a mayor nivel educativo de la madre mejores resultados en todas las áreas del desarrollo infantil, niños sometidos a violencia o estrés tóxico en sus hogares y entornos cercanos sufren una modificación negativa

de su arquitectura cerebral y el acceso a servicios de calidad también tienen un impacto en la salud física, mental y en los aprendizajes de los niños, afectando su futuro y el del país (Center on the Developing Child, 2016; BID, 2015).

El Perú cuenta con avances significativos en términos de política pública, en la última década se han construido herramientas e instrumentos para asegurar la calidad de vida y desarrollo desde la gestación hasta los primeros 5 años de vida. Sin embargo, las acciones no pueden quedar en “papel” requieren de voluntad política para llevarlas a los diferentes territorios del país, y para su éxito requiere que se considere con especial atención dos aspectos que a la fecha ningún gobierno ha sido capaz de resolver:

- 1.- **Acceso y calidad de los servicios dirigidos a la primera infancia**, que se refleja en miles de historias como las de Jonatan y,
- 2.- **Escasa articulación entre ministerios y entre los diferentes niveles de gobierno**. Es importante señalar el Perú cuenta con 14 programas para la Infancia (directos e indirectos y solo desde el nivel nacional – Anexo 1), por eso no se trata de crear más programas sino de ordenarnos. Esta escasa articulación entre sectores y niveles de gobierno nos lleva al punto 1, la percepción de que faltan programas, cuando en realidad lo que falta es una mejor focalización y ampliar la cobertura.

1.2.- Los datos estadísticos: una forma de conocer la situación de los niños/as en sus primeros 5 años de vida.

El Perú (a diferencia de muchos países de Latinoamérica) cuenta con un mecanismo de medición de los 7 resultados priorizados en la política de Desarrollo Infantil Temprano (MIDIS – INEI). En términos generales, los resultados del 2024³ muestran que en promedio la mitad de la población infantil entre 9 y 36 meses no logran los hitos esperados para su edad, ***¿será que estos datos explican el bajo desempeño educativo de los niños y niñas en las escuelas y que el Perú ocupe el puesto 60 de 69 países en el ranking de competitividad según el IMD 2025⁴?***

Lo que **SI** sabemos es ***la urgencia de tomar acciones inmediatas y efectivas***, su gobierno ***¿lo podrá lograr?***. A continuación algunos datos relevantes tomados del INEI (2024)⁵ que muestran esta urgencia:

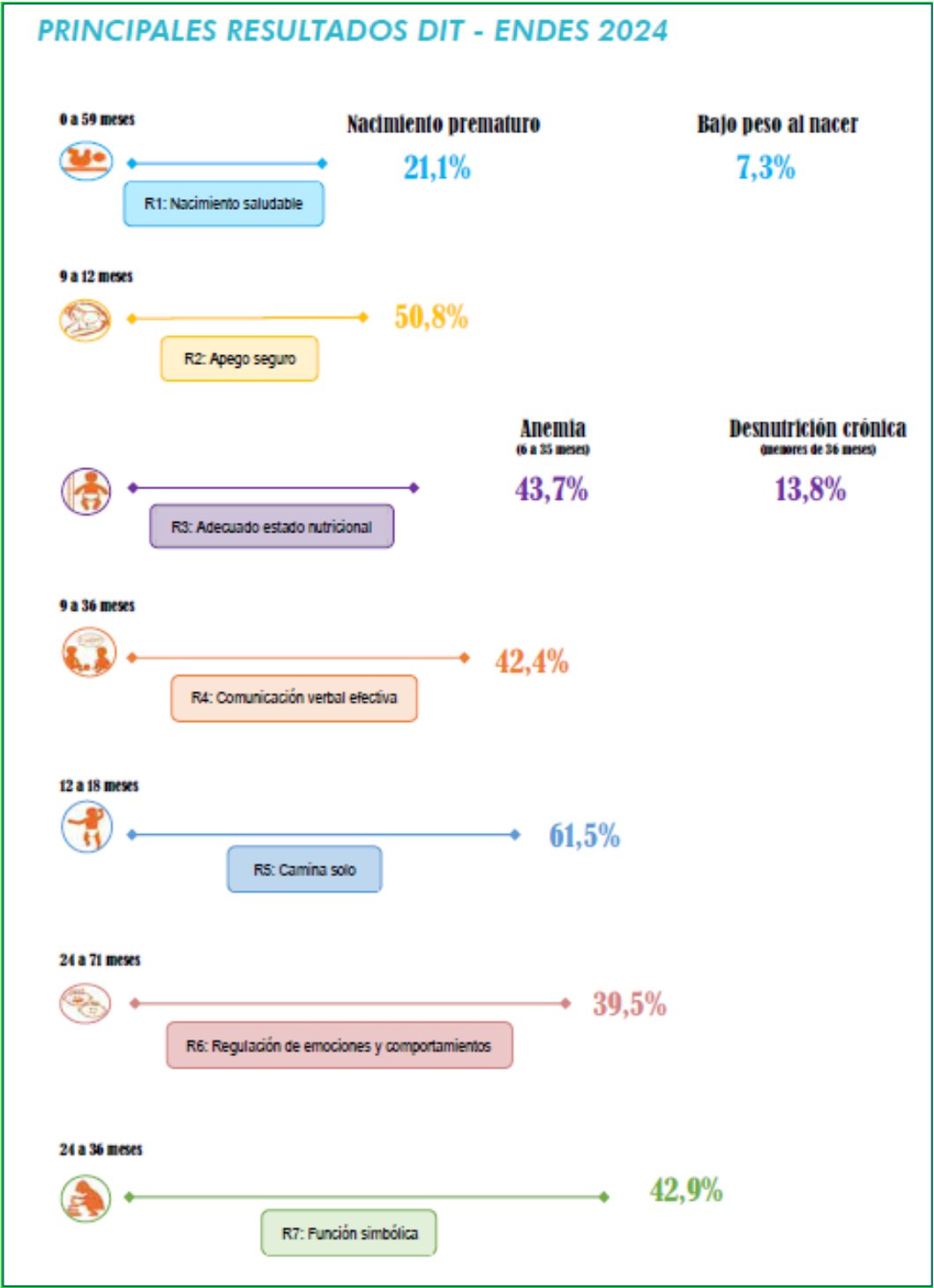
³ https://proyectos.inei.gob.pe/files/publicaciones/2024/DIT_ENDES_2024.pdf

⁴ https://www.imd.org/centers/wcc/world-competitiveness-center/rankings/world-competitiveness-ranking/rankings/wcr-rankings/#_tab_Rank

⁵

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2024.pdf

Gráfico N° 01 Resultados del Desarrollo Infantil Temprano – ENDES 2024



Fuente: ENDES DIT 2024 (pp. 15)

Los indicadores que contiene la encuesta sobre el Desarrollo infantil Temprano se basa en los parámetros gold estandar que se fundamentan en el proceso de maduración del sistema nervioso central que permite que las habilidades en conjunto con un óptimo entorno puedan ser logradas por todos los niños y niñas. El gráfico N 02 nos muestra, que los nacimientos prematuros (que en muchos casos, pueden ser prevenibles así como el bajo peso al nacer) siguen siendo elevados, la mitad de la población infantil no logra establecer un apego seguro, que es la base de la confianza personal y social y termina de instalarse en el ser humano entre los 18 y 24 meses de edad, casi la mitad de nuestros niños/as sufren anemia antes de los 3 años, lo cual implica graves consecuencias en el desarrollo del cerebro; 6 de cada 10 niños menores de 3 años no logra los hitos de lenguaje esperados para su edad, lo cual revela la ausencia de interacciones y oportunidades de comunicación; 4 de cada 10 niños no logra caminar con destreza en la edad esperada, aspecto que se vincula a la desnutrición, anemia y pocas oportunidades de movimiento; 6 de cada 10 niños menores de 5 años no logra la regulación emocional y de comportamientos esperados para su edad, ello puede estar mediado por la falta de orientación al cuidador y el ejercicio de la violencia y 6 de cada 10 niños menores de 3 años logra los indicadores de pensamiento abstracto esperado para su edad.

El estudio muestral (n=3,495) en Cusco, Loreto, Piura y Lima Metropolitana) realizado entre el 2023 y 2024 por el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos del Departamento de Educación de la Pontificia Universidad Católica del Perú sobre las habilidades predictoras para el aprendizaje de la lectura, escritura y matemáticas básicas en niños y niñas de 3 a 5 años mostró que el 25% de los niños y niñas se encuentran por debajo de las habilidades esperadas para su edad, lo cual constituye una alerta temprana sobre los desafíos que enfrentará una proporción significativa de estudiantes en su trayectoria educativa posterior.

Por lo tanto, no es de extrañar los resultados obtenidos en las Encuestas nacionales de logros de aprendizaje que aplica el MINEDU todos los años (aunque para los niños/as de segundo grado la última aplicación fue en el 2019). Las cifras más cercanas al rango de edad del DIT, es la evaluación de estudiantes de 4to grado de primaria (MINEDU, 2024)⁶ y muestra que 7 de cada 10 niños al culminar la primaria no comprende lo que lee y 8 de cada 10 no logra sumar y restar. Estas son habilidades fundamentales para que los niños y las niñas logren una trayectoria escolar exitosa.

De más está decir que el efecto del déficit acumulativo del desarrollo que se inició en la gestación y posteriormente en los primeros años (nivel inicial) tiene un fuerte impacto en la conquista de aprendizajes posteriores. Como ejemplo, las regiones con mayor prevalencia de anemia infantil presentan menores logros en sus aprendizajes: el caso de Puno con 70,4% de anemia, 7 de cada 10 niños/as no comprende lo que lee y 6 de cada 10 no saben sumar y restar, caso similar es en

⁶ <http://umc.minedu.gob.pe/wp-content/uploads/2025/04/Presentaci%C3%B3n-de-logros-de-aprendizaje-ENLA-2024.pdf>

Loreto, zona amazónica del país con 62% de anemia, 9 de cada 10 sin comprensión lectora y no logran sumar y restar.

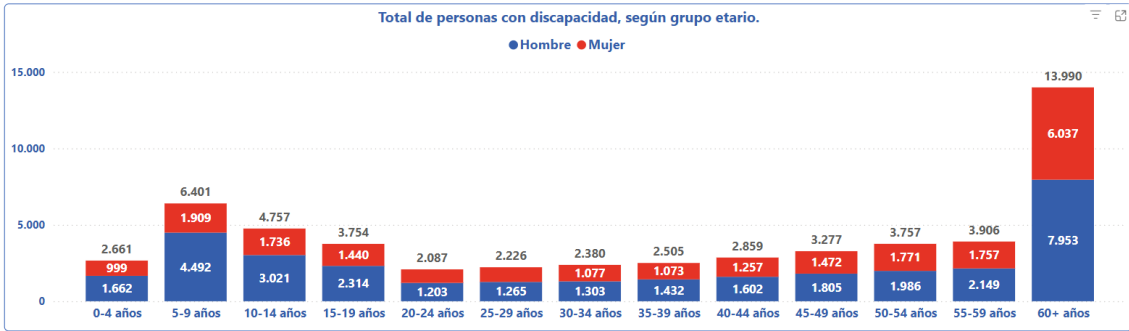
Estos datos sólo son la punta del iceberg que finalmente son síntomas de la falta de acceso a servicios básicos de calidad, el difícil acceso geográfico y con ello la falta de innovación para acercar los servicios, la sensación de abandono por parte del Estado Peruano, serios problema de acceso al agua y saneamiento, mayores indicadores de violencia doméstica y sexual, porcentaje de embarazos adolescentes, mayor índice de pobreza, entre otros. **¿Será coincidencia que sean de las regiones con mayor conflicto social en nuestro país?**

1.3.- Los niños y las niñas invisibles

1.3.1- Niños y niñas en situación de discapacidad

Para el año 2023, el Registro Nacional de las Personas con Discapacidad (RNPD) mostraba que en el Perú existen 8,734 niños y niñas menores de 5 años con discapacidad. Sin embargo, UNICEF señala que éstos registros no reflejan la real dimensión de la población con alguna discapacidad, por lo que se debe implementar acciones articuladas para una mayor cobertura. A manera de ejemplo, el INEI en el año 2017 señaló que existían 61,409 menores de 6 años con discapacidad, cifra que dita significativamente de lo mostrado por el RNPD-CONADIS.

Gráfico N° 09 Número de niños y niñas menores de 5 años con registro CONADIS



Fuente: CONADIS, RNPDC, al 31 de octubre del 2025.
Nota: La edad ha sido calculada con la base en la fecha de nacimiento

1.3.3.- Niños y niñas luchando contra el cáncer y con enfermedades raras/huérfanas

“...A ver, porque yo, bueno, mi hijo, yo tenía, yo era madre soltera de mi primer hijo, he sido madre soltera durante 13 años y mi hijo le ha dado cáncer. Solita tenía que irme para Lima y mi hijo no tenía ni SIS, porque como yo era madre soltera, o sea, siempre a mi hijo también casi no era de eso del SIS, ¿No? Cualquiera cosa le llevaba al particular, porque era muy único hijo, entonces no lo activé ni el SIS, nada. Entonces tenía que irme a Lima y allá pues recién aprendí todas esas

cosas, porque ni al papá le había puesto ni siquiera una denuncia, porque el orgullo también de una mujer a veces cuando te gusta trabajar hay ¿Que me va a dar?

Entonces ahí sí necesité ayuda y fui todavía a dormir por un cupo, tanto como en el Hospital del Niño como en la Neoplásica Me encontré con una asociación de magia en la Neoplásica y que me dieron apoyo porque el Estado tiene, como dicen, tienes que pasar por aquí, por aquí, recién llegar, entonces era un camino demasiado largo. Entonces a mí me dijeron no, tienes que hacer. Por eso es que yo también, o sea, al sentirme abandonada, sola, entonces tenía que irme a dormir al hospital por ganar cupo con mi hijo así en brazos, igual al otro lado, o sea, donde me he sentido, sí, abandonada. (Cusco, madre de familia de un niños fallecido por cáncer).

En el Perú, se estima que cada año se diagnostican alrededor de 1 500–1 800 casos nuevos de cáncer en personas de 0 a 19 años, con una incidencia aproximada de 15–18 por 100 000 y una supervivencia global a cinco años cercana al 64% en niños y adolescentes, afectada por el diagnóstico tardío y la centralización de servicios en Lima.

El cáncer infantil y las enfermedades raras se concentran en gran medida en la edad pediátrica: se calcula que cerca del 60% de los casos de enfermedades raras u huérfanas registrados en el país corresponden a población infantil, incluidos recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares, aunque existe un subregistro importante.

En los últimos años, el Perú ha adoptado un marco normativo robusto para estas condiciones, destacando el Plan Nacional de Control de Cáncer, la Ley de Cáncer Infantil y la Ley de Enfermedades Raras (y su reglamento), así como directivas específicas de detección temprana y organización de servicios oncopediátricos. Aunque estas políticas han logrado avances concretos, como la reducción del abandono de tratamiento oncológico infantil, la ampliación de cobertura y el fortalecimiento del diagnóstico precoz; **persisten brechas importantes en registro epidemiológico, descentralización de servicios especializados, acceso a pruebas genéticas y medicamentos huérfanos, especialmente para niños menores de 7 años.**

1.3.4.- Niños y niñas neurodivergentes (TEA, TDA, THAH)

“A mi hijo le han diagnosticado con Autismo...Sí iba a terapia pero no lo puedo llevar porque su papá tiene seguro y en el seguro es otro (lío), es una tontera... Mira, yo he presentado ya un año, estoy en lista de espera para. Me han llamado y me dicen no, todavía no hay cupo, va a tener que seguir esperando, o sea ya es un año que estoy esperando, entonces

qué puedo hacer?, yo lo único que he conseguido es de forma particular, hay un tiempo que le llevo (a terapia) un tiempo le dejo descansar otro tiempo le llevo (por causa económica), ... una sesión (de terapia) te cuesta 70 para arriba. Una sesión de media hora, 20 minutos.” (Cusco, madre de niño de 4 años con TEA)

En el Perú **no existen estudios epidemiológicos poblacionales confiables sobre la prevalencia de TEA y TDAH**, pero se estima que, aplicando cifras globales (1% para TEA y 5–8% para TDAH), **decenas de miles de niños menores de 7 años podrían presentar estas condiciones**, la mayoría sin diagnóstico formal.

Según registros administrativos de CONADIS, en 2022 había **14 142 personas con TEA inscritas** (78% varones, 52% en Lima), y en 2021 el sector público de salud atendió a **12 325 personas con TEA, el 78% entre 1 y 11 años de edad**. El Instituto Nacional de Salud del Niño reportó que el **40% de sus consultas externas en 2024 fueron por TEA**, con incremento sostenido año tras año.

Para TDAH, estudios locales reportan **prevalencia entre 3% y 16,5% en población infantil peruana**, con predominio en varones y edades de 6 a 9 años, representando hasta el **50% de las consultas en psiquiatría infantil**.

El **diagnóstico de TEA ocurre en promedio a los 3,83 años**, y más del 75% de niños diagnosticados carecen de certificado de discapacidad y evaluación psicológica completa; además, aunque el 63% asiste a educación regular, **solo el 10% recibe educación verdaderamente inclusiva** con apoyo especializado.

El Perú ha adoptado un **marco normativo robusto** para niños neurodivergentes, destacando la **Ley N.º 30150 de Protección de Personas con TEA (2014)** y su reglamento, el **Plan Nacional para Personas con TEA 2019-2021**, y el reciente **Plan Nacional para Personas con TDAH 2024-2027**, junto con leyes de educación inclusiva y discapacidad que garantizan detección temprana, intervención oportuna, educación inclusiva y cobertura en salud. Sin embargo, persisten **brechas importantes** en implementación: **subregistro epidemiológico, diagnóstico tardío, concentración de servicios en Lima, escasez de profesionales especializados, cobertura insuficiente de PRITE (solo 87 centros a nivel nacional para niños de 0 a 3 años), falta de educación verdaderamente inclusiva en escuelas regulares** y discontinuidad en terapias de rehabilitación, afectando desproporcionadamente a niños de zonas rurales, niveles socioeconómicos bajos y regiones alejadas.

II.- CUIDAR AL CUIDADOR

La diada niño-cuidador es imposible de romper, no concebimos a un niño/a criándose solo/a, requiere de un adulto responsable, sensible a sus necesidades y con salud (física y emocional), con ello queremos manifestar que no podemos seguir viendo al cuidador como “instrumento o vehículo” para el desarrollo de los

niños/as sino que debemos pensar en políticas que consideren la salud mental y física de ellos, en otras palabras, **si el cuidador está bien, mayores probabilidades que los niños/as se desarrollen bien.**

La evaluación de competencias socioemocionales de niños/as e Indicadores de Salud Mental de Cuidadores/as (ECIC 2025) desarrollado por la Fundación Baltazar y Nicolas y la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, explica el desarrollo socioemocional (autorregulación) de niñas y niños menores de 7 años a partir de la salud mental del cuidador/a, el estrés y la conducta parentales.

La encuesta obtuvo respuesta de 43,923 cuidadores/as de niños/as de 6 meses a 6 años de todas las regiones del Perú, considerando además que el 53.0% de cuidadores/as viven en el ámbito rural.

Los principales resultados muestran que el 17.20% está en riesgo de tener dificultades en su bienestar general y el 14.20% refiere sentirse solo/a al ejercer el rol parental, el 17.4% siente estrés al realizar tareas parentales, 4 de cada 10 cuidadores(as) sienten temores sobre la crianza de sus hijos, 2 de cada 10 cuidadores(as) realizan prácticas de violencia física o psicológica, lo cual lleva a que 3 de cada 10 niñas o niños se encuentren en riesgo de que su desarrollo socioemocional se vea afectado.

Los grupos focales realizados por COPERA Infancia, miembro de la Coalición por un Perú que cuida, desde los primeros años de vida, recogió la percepción de madres respecto a su rol como cuidadoras, y que nos dibuja una realidad concreta que se reflejan de los resultados del ECIC:

“Mi mama me decía, pero ya pues... ahí está tu hija, tú la has querido y sí, pero es que un hijo no debería conllevar a que la mamá pierda amigas, a que la mamá pierda una vida social, o sea se veía tanto antes a que... es tu hijo, ya pues te tienes que acatar y sentar porque es tu hijo, y como dijo la señora (la abuela del grupo) es una etapa, sí... es una etapa, pero creo yo que la mamá no debería perder ni amistades ni tiempo ni a nivel social ni a nivel económico por un hijo así sea una etapa...porque no debería verse la crianza del hijo como una etapa fea, porque no lo es... es una etapa bonita pero muy agotadora, muy agotadora... y creo que esa edad...no sé si más adelante se complicará o se aliviará un poco, pero a esta edad por lo menos para mí si es una etapa, sí que es complicado”. (Callao, Madres de niños de 1-3 años)

Para las madres que viven en el Callao como para aquellas que viven en las otras ciudades y regiones, tener un hijo o hija significa tener que **dejar de trabajar o trabajar menos horas**, mientras que el padre sigue trabajando. En el caso de cuidadores con mayor acceso, la posibilidad de trabajo virtual no parece aliviar la situación, ya que refieren que es difícil atender las necesidades de un bebé y, al mismo tiempo, atender reuniones virtuales o cumplir con las tareas asignadas. El

estrés puede llegar a ser intenso como consecuencia de tratar de cumplir con ambos roles.

Para los entrevistados de Cusco e Iquitos, la **difícil situación económica y los cambios en la educación** son factores que hacen la crianza más difícil. Se mencionan por ejemplo, el precio cada vez más alto de los materiales que piden las escuelas, la falta de estabilidad económica, y la inestabilidad (y a veces precariedad) del trabajo. Refieren que, en la actualidad, los niños necesitan internet, e imprimir trabajos y eso significa más gastos. Adicionalmente, hacen referencia que antes los niños iban mañana y tarde a la escuela y con ello, los niños se mantenían ocupados y aprendiendo. Opinan que actualmente van por horas y las familias enfrentan dificultades para cuidarlos el resto del día.

La crianza se hace mucho más difícil cuando las **madres cuidan solas a sus hijos/hijas**. Las madres de Cusco e Iquitos mencionan que algunas madres buscan trabajos informales, como vendedoras ambulantes o similares, y pasan largas horas en la calle en compañía de sus niños pequeños.

“Yo sí he visto bastantes, porque como yo desplazaba de acá al molino así, yo veía ahí que había mamitas que con sus hijitos a las espaldas, otros tienen dos hijitos así están caminando, vendiendo gelatina y yo misma decía, o sea, debería de haber más para el apoyo para las personas que sí necesitan, que sí, o sea, tienen, no pueden pagar una guardería, no pueden pagar un lugar particular... para esas personas..., deberían de tal vez en esos sitios, porque mi hijo también estaba en la capilla y en ahí también se presenta documentos antes para que te lo reciban y a veces así entre conocidos se reciben ahí, entonces eso no debería”. (Cusco, madres de familia de 2 hijos, 2 y 4 años)

III.- RECOMENDACIONES

Como Coalición ***Por un Perú que cuida a su niñez***, deseamos contribuir a un buen gobierno que tenga a **los niños y las niñas dentro de sus prioridades**. Para ello y luego de la exposición anterior, alcanzamos recomendaciones organizados en tres ejes temáticos: (i) **Gobernanza** para ordenar y potenciar la acción para el Desarrollo Infantil Temprano, (ii) **formación de talento humano** para la atención integral a la primera infancia y sus familias y (iii) **incluir en la política pública los problemas actuales e invisibles** que atraviesan los niños/as y sus familias.

3.1.- Gobernanza para el Desarrollo Infantil temprano

3.1.1.- Exposición de motivos:

El problema central:

El Perú enfrenta una fragmentación institucional crítica en la gobernanza del Desarrollo Infantil Temprano (DIT). A pesar de la autonomía regional, **los ministerios nacionales carecen de mecanismos de supervisión y regulación efectivos** para asegurar que los recursos lleguen a la población infantil de 0 a 6 años y sus familias. Esto genera: competencia aislada entre sectores, desconfianza interinstitucional, espacios de coordinación ineficientes, inversión insuficiente en primera infancia, y falta de visión unificada sobre el DIT.

Evidencia internacional:

Experiencias exitosas en la región muestran que la concentración de rectoría en un organismo técnico especializado es determinante. Colombia (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF) y Chile (Ministerio de Desarrollo Social y Familia) centralizan la política intersectorial del DIT con liderazgo claro, mientras que la provisión de servicios se descentraliza, evitando fragmentación y asegurando continuidad más allá de cambios de gobierno.

Obstáculos estructurales actuales:

La gobernanza del DIT en el Perú se ve limitada por: (1) competencia sectorial que prioriza metas institucionales sobre colaboración; (2) presupuesto limitado sin mecanismos de incentivo financiero efectivos; (3) coordinación formal sin claridad de roles ni visión compartida; (4) débil articulación presupuestal entre MINSA, MINEDU, MIDIS, MIMPV y gobiernos regionales; (5) liderazgo dependiente de figuras personales más que de instituciones; (6) comprensión reducida del DIT (limitada frecuentemente a nutrición/anemia); (7) percepción punitiva que inhibe la comunicación de dificultades.

3.1.2.- Sugerencias de acción:

1. Fortalecer la CIAS (Comisión Intersectorial de Asuntos Sociales) adscrita a la PCM con un liderazgo explícito desde la presidencia de la República, con facultades para:

- Mandato exclusivo: coordinar políticas para los niños desde la gestación hasta los 6 años.
- Alinear objetivos, articular intersectorial e intergubernamental y expandir con equidad la atención integral a los niños desde el vientre materno.
- Impacto: Evita competencias entre sectores, garantiza continuidad, asegura la articulación

2.- Fortalecer las 22 Instancias de Articulación Regional (IAR) con poder y recursos:

- Transformar las IAR de “mesas de coordinación” a espacios con presupuesto específico, Indicadores compartidos multisectoriales (salud, educación, nutrición y protección social)
- Incentivos financieros condicionados a resultados de articulación.

3. Operacionalizar la coordinación intersectorial

- Definir **indicadores comunes multisectoriales** (salud, educación, agua, protección) que abarquen desde gestación hasta educación inicial.
- Implementar **interoperabilidad de datos y padrón nominal multisectorial** para integrar información entre sectores y evitar duplicación.
- Mejorar coordinación **sin crear nuevas instancias**: aprovechar mesas existentes redefiniendo roles, claridad de competencias y asignación de recursos.

4. Inyectar financiamiento estratégico

- Asignar **presupuesto específico para DIT** con mecanismos de incentivo vinculados a metas de cobertura, calidad y equidad.
- Incorporar **cláusulas de desempeño** que condicionen financiamiento a resultados verificables.
- Fortalecer la **articulación presupuestal** entre MIDIS (como articulador), MINSA, MINEDU, MIMPV y gobiernos regionales mediante instrumentos como presupuesto por resultados.

5. Transformar la cultura institucional

- Cambiar la **percepción punitiva**: crear espacios seguros para reportar dificultades y errores sin consecuencias punitivas, favoreciendo la mejora continua en los programas y servicios dirigidos al DIT.
- Expandir la **comprensión del DIT**: capacitación transversal sobre la definición, alcance e importancia del desarrollo infantil integral (más allá de nutrición).

- Enfatizar el **rol de las familias, niños y grupos vulnerables** como actores centrales, no receptores pasivos de servicios.

6. Definir gobernanza con perspectiva de equidad territorial

- Garantizar que la **descentralización de servicios** no perpetúe inequidades: asegurar acceso a servicios especializados (diagnóstico, terapia, educación inclusiva) en regiones rurales y alejadas mediante fondos y modelos de cobertura ampliada.
- Establecer **metas diferenciadas por contexto geográfico y nivel socioeconómico**.

3.2.- Formación inicial y continua para actores profesionales y para profesionales

3.2.1.- Exposición de motivos:

El problema central:

El Perú enfrenta una **brecha crítica entre la demanda de profesionales idóneos en Desarrollo Infantil Temprano (DIT) y la calidad, relevancia y cantidad de profesionales disponibles**. Los currículos de formación inicial son desactualizados respecto a avances en neurociencia, neuroeducación y pedagogía contemporánea; la formación continua es irregular y carece de integración con la práctica contextualizada; existe limitada especialización en DIT en otras disciplinas afines (salud, psicología, nutrición, trabajo social); y persisten percepciones sociales que devalúan la carrera de educación infantil.

Competencias requeridas vs. realidad actual:

Los profesionales que trabajan con niños de 0 a 6 años deben dominar ocho dimensiones integradas: **(1) conocimientos actualizados en desarrollo infantil, neurociencia y pedagogía adaptada a contextos; (2) autoconocimiento y autorregulación emocional como pilares éticos; (3) reflexión crítica e investigación permanente; (4) enfoque transdisciplinar que articule educación, salud y trabajo social; (5) planificación pedagógica centrada en juego, arte y exploración; (6) comunicación efectiva con familias; (7) adaptación intercultural y multilingüe; (8) integración ética de tecnologías.**

Sin embargo, la mayoría de programas de formación actual no integran estas dimensiones de forma sistemática ni conectada con la práctica. Existe además **saturación laboral, estrés emocional y falta de protección legal** para docentes que trabajan en primera infancia, lo que genera rotación, ausentismo y reducción en la calidad de la atención.

Impacto en el desarrollo infantil:

El cuidado de calidad en primera infancia depende directamente de quienes lo proporcionan. **El estrés, la sobrecarga emocional y la falta de apoyo psicosocial de cuidadores, docentes y padres dejan huella en el desarrollo infantil.** Invertir en el bienestar de quienes cuidan no es complementario: es condición esencial para garantizar desarrollo infantil integral.

3.2.2.- Sugerencias de acción:

a.- Reingeniería de la formación inicial y continua

- Diseñar **currículos integrados** que combinen políticas, investigación, innovación y práctica contextualizada en DIT 0-6 años.
- Incorporar **núcleos temáticos obligatorios** basados en neurociencia, psicología del desarrollo, neuroeducación, pedagogía reflexiva e inclusiva, con énfasis en formación práctica.
- Implementar **formación continua sistemática** para docentes en ejercicio, con certificaciones interdisciplinarias y diplomados especializados en DIT.
- Asegurar **actualización permanente** de contenidos y metodologías en respuesta a nuevas necesidades infantiles y evidencia científica.

b.- Especialización transversal en DIT

- Integrar **contenidos de DIT en las mallas curriculares de carreras afines** (salud, psicología, nutrición, trabajo social, arquitectura, comunicación) para crear una visión compartida de la infancia como sujeto de derechos.
- Establecer **unificación del perfil de egreso a nivel nacional** para programas de educación inicial, destacando competencias para trabajo articulado y especializado en DIT.
- Promover **diplomados y certificaciones interdisciplinarias** que reconozcan y validen saberes aplicables en múltiples contextos laborales.

c.- Valorización y atracción de talento

- **Difusión temprana de la carrera** desde educación secundaria, visibilizando: impacto positivo de los primeros años en desarrollo humano, diversidad de salidas laborales (aulas, programas municipales, ONG, medios, producción de materiales, acompañamiento familiar), y roles de disciplinas complementarias (arquitectura, comunicación, economía).
- **Revalorización social** mediante divulgación científica sobre neurociencia infantil y reconocimiento del rol fundamental de la educación inicial.
- **Incentivos concretos y diferenciados:** becas de formación, subvenciones salariales, puntajes profesionales en concursos, mentorías estructuradas y bonos para docentes en zonas de alta demanda o vulnerabilidad.
- **Protección legal** a docentes frente a denuncias sin evidencia, asegurando procedimientos justos, transparentes y normativos que protejan su dignidad profesional.

d.- Mejora de condiciones laborales y apoyo emocional

- Implementar **programas estructurados de apoyo psicosocial y bienestar emocional** para docentes, cuidadores y personal de salud que trabaja con infancias.
- **Reducir carga burocrática** mediante: simplificación de trámites administrativos, mejora de ratios docente-estudiante, tiempo dedicado a trabajo colaborativo con coordinadores/as.
- Establecer **espacios regulares de reflexión crítica y supervisión clínica** que permitan procesar emociones, mejorar práctica y prevenir síndrome de burnout.
- Fortalecer **trabajo en equipo interdisciplinario**, asignando roles claros y tiempos para coordinación efectiva.

e.- Flexibilidad y diversidad metodológica

- **Reconocer la validez de diferentes enfoques pedagógicos** según formación, experiencia y contexto, siempre que cumplan con estándares de calidad basados en derechos de la infancia.
- Promover **imagen del niño como sujeto activo con voz propia**, no solo como futuro adulto en desarrollo; esto requiere formación en metodologías participativas y escucha activa.
- Desarrollar **currículos flexibles y contextualizados** que integren: lengua originaria, Educación Intercultural Bilingüe, saberes tradicionales, y metodologías locales (juegos, mitos, canciones).

f.- Alineación de políticas con contextos locales

- Desarrollar **planes interdisciplinarios con participación comunitaria e infantil**, no diseñados desde centros sin consulta territorial.
- Establecer **indicadores de calidad y evaluación de impacto** específicos para cada contexto geográfico y socioeconómico.
- Asignar **financiamiento adecuado y diferenciado** para regiones rurales, amazónicas y de baja cobertura, reconociendo que la equidad requiere inversión desigual.

g.- Tecnología e innovación

- Integrar **herramientas digitales como apoyo pedagógico** (gestión educativa, comunicación con familias), pero con énfasis en que la tecnología **nunca reemplaza interacción humana directa**.
- Capacitar docentes en **uso equilibrado, pertinente y no adictivo de TIC e IA** en entornos infantiles.
- Reconocer que tecnología puede apoyar situaciones especiales (pandemias, enfermedades), pero el modelo principal debe ser presencial y comunitario.

h.- Cuidar a quienes cuidan

- Reconocer que **el bienestar emocional de cuidadores (madres, padres, docentes, agentes comunitarios) es condición indispensable para desarrollo infantil de calidad.**
- Invertir en **apoyo preventivo y humanizado:** terapia de grupo, supervisión, espacios de autocuidado, descanso adecuado.
- Desarrollar campañas de sensibilización que reposicionen el mensaje: **"Quien educa, cuida. Y para cuidar a la primera infancia, también debemos cuidar a sus cuidadores."**

3.3.- Situaciones emergentes y los lineamientos Primero la Infancia / PPor DIT

3.3.1.. Exposición de motivos

El problema central:

El Perú requiere un enfoque integral para la primera infancia (0-6 años) fundamentado en: **(1) Integralidad:** vincular familia, comunidad, salud, educación y políticas sociales en respuesta coherente; **(2) Prevención y promoción:** fomentar entornos seguros y oportunidades de desarrollo antes de que emerjan problemas; **(3) Participación activa y multisectorial:** involucrar cuidadores, profesionales, comunidad y distintos niveles de gobierno en cogestión de soluciones.

Situaciones emergentes críticas:

El país enfrenta **diez desafíos interconectados que amenazan el desarrollo infantil integral:**

- a. **Uso excesivo de pantallas:** exponencial incremento en menores de 5 años, utilizado como estrategia de control conductual en hogares y espacios educativos, con impacto negativo documentado en socialización, atención y desarrollo cognitivo.
- b. **Déficit de espacios públicos seguros:** inseguridad e infraestructura inadecuada limitan acceso a juego, exploración y movimiento, retroalimentando mayor dependencia de pantallas en el hogar.
- c. **Débil articulación intersectorial:** a pesar de avances en indicadores sectoriales, persisten silos de coordinación entre programas, impidiendo atención integral y eficiente.
- d. **Sub-detección de neurodivergencia (TEA, TDAH):** se estima que decenas de miles de niños menores de 7 años con trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) permanecen sin diagnóstico o con diagnóstico tardío (promedio 3,83 años para TEA). Únicamente el 10% de niños diagnosticados recibe educación verdaderamente inclusiva con apoyo especializado. Existe escasez de profesionales especializados en diagnóstico y manejo, particularmente fuera de Lima, limitando acceso equitativo a intervención temprana.

- e. **Sub-detección y atención limitada de enfermedades raras/huérfanas:** aproximadamente el 60% de casos de enfermedades raras u huérfanas en el Perú corresponden a población infantil, pero existe importante subregistro epidemiológico. La mayoría de niños experimenta itinerarios médicos prolongados, diagnóstico tardío y desigualdad en acceso a pruebas genéticas (concentradas en Lima), medicamentos huérfanos y terapias especializadas según nivel socioeconómico. Para menores de 7 años con enfermedades raras, el riesgo de no ser identificados es crítico.
- f. **Cáncer infantil no detectado oportunamente:** se estiman 1,500-1,800 nuevos casos anuales de cáncer en menores de 19 años en el Perú (incidencia 15-18 por 100,000). A pesar de avances normativos (Ley de Cáncer Infantil 2020), persisten: diagnóstico tardío, concentración de servicios en Lima (90% de casos), falta de capacitación en atención primaria para detección precoz, y continuidad interrumpida de terapias especializadas en regiones, especialmente para menores de 7 años.
- g. **Formación insuficiente en DIT y neurodiversidad:** brechas transversales en profesionales de educación, salud, trabajo social y otras disciplinas en competencias para identificar, diagnosticar y atender TEA, TDAH, enfermedades raras y cáncer infantil. Falta capacitación en: neurobiología de la neurodivergencia, comunicación empática con familias, diseño de apoyos inclusivos y derechos de niños con condiciones especiales.
- h. **Migración y movilidad humana:** dinámicas migratorias emergentes requieren respuestas específicas desde servicios públicos, con enfoque de derechos y coordinación intersectorial, actualmente ausentes. Niños migrantes con condiciones especiales (neurodivergencia, enfermedades raras, cáncer) tienen acceso aún más limitado.
- i. **Cobertura incompleta en vacunación e inmunización temprana:** baja cobertura de inmunización y introducción prematura de fórmulas azucaradas comprometen salud preventiva a largo plazo, aumentando riesgo de complicaciones en niños con condiciones especiales.
- j. **Falta de detección temprana integrada:** no existe sistema coordinado que identifique simultáneamente retrasos del desarrollo, neurodivergencia, enfermedades raras y signos tempranos de cáncer u otras condiciones de salud graves en servicios de atención primaria (CRED, PRONOEI, servicios comunitarios).

3.3.2.- Sugerencias de acción

a.- Uso de pantallas: regulación y prevención

- **Desarrollar Guía Nacional de Uso de Pantallas (0-5 años)** con criterios diferenciados por edad, rol del adulto, señales de alerta de uso problemático y alternativas concretas (juego al aire libre, lectura, exploración sensorial).
- **Implementar campañas intersectoriales de comunicación** con enfoque intercultural y accesible, integrando la guía en sesiones educativas de: CRED (Control del Niño Sano), Compromiso 1 (anemia), escuelas de padres y servicios de educación inicial.

- **Capacitar docentes, promotores y personal de salud** en impacto del uso excesivo de pantallas y alternativas pedagógicas basadas en juego y exploración.

b.- Espacios públicos amigos de la infancia temprana

- **Aplicar estándar "Ciudades Amigas de la Infancia"** con énfasis específico en 0-5 años, considerando: seguridad, accesibilidad, espacios de juego adaptados, lactarios, baños infantiles, espacios sensoriales seguros.
- **Equipar espacios públicos (parques, plazas, comunales) con infraestructura para infancia temprana:** zonas de exploración sensorial, áreas de juego inclusivas adaptadas para niños con neurodivergencia o discapacidades, lactarios y baños pediátricos.
- **Fomentar clubes de juego, bebetecas móviles y eventos culturales** coordinados entre IEI, PRONOEI y servicios de salud, incluyendo espacios accesibles para niños con necesidades especiales.
- **Promover ordenanzas municipales** que establezcan estándares de espacios seguros e inclusivos y designen responsables de implementación y mantenimiento.
- **Incluir en Programas Presupuestales por Resultados (PPoR DIT) el producto específico:** "Entornos que propician el juego, exploración y movimiento seguro para todos los niños."

c.- Articulación y coordinación intersectorial

- **Fortalecer el ente rector nacional** (ya propuesto en gobernanza general) para que coordine activamente entre sectores, programas y territorios, eliminando silos administrativos. Debe incluir específicamente articulación MINSA-MINEDU-MIMP para detección y atención de neurodiversidad, enfermedades raras y cáncer infantil.
- **Establecer protocolos claros de referencia y contrarreferencia** entre servicios de salud, educación, protección y desarrollo social, con responsables específicos y plazos de seguimiento, incluyendo rutas específicas para: sospecha de TEA/TDAH, enfermedades raras, y signos de cáncer.
- **Crear sistemas de información compartida** que permitan seguimiento integral del niño, sin duplicación y con resguardo de confidencialidad, incluyendo banderas rojas para detección de condiciones complejas.

d.- Detección y atención de neurodivergencia (TEA, TDAH)

- **Desarrollar e implementar protocolos de tamizaje estandarizados** para detección de TEA y TDAH en servicios de atención primaria (CRED, PRONOEI, educación inicial), con criterios claros por edad y señales de alerta.
- **Capacitar equipos de salud, educación y desarrollo social** en: neurobiología de la neurodivergencia, instrumentos de tamizaje confiables, diagnóstico diferencial, comunicación empática con familias, diseño de apoyos inclusivos basados en derechos humanos.

- **Garantizar acceso a diagnóstico especializado** en todas las regiones mediante: telemedicina supervisada desde centros de referencia nacional, capacitación de neuropediatras y psiquiatras infantiles regionales, financiamiento de evaluaciones integrales (neuropsicológica, conductual, genética cuando aplique).
- **Fortalecer PRITE (Programas de Intervención Temprana) en regiones**, asegurando cobertura mínima de 1 centro por provincia, con énfasis en detección y atención de neurodivergencia en menores de 3 años.
- **Mejorar calidad de educación inclusiva:** capacitar docentes en estrategias de apoyo específicas para TEA y TDAH, proporcionar recursos didácticos adaptados, reducir ratios estudiante-docente en aulas inclusivas, garantizar presencia de especialistas en SAANEE.
- **Establecer sistema de seguimiento longitudinal de niños diagnosticados con TEA/TDAH**, monitoreando continuidad de terapias, adherencia escolar y resultados de desarrollo a través de bases de datos interconectadas.

e.- Detección y atención de enfermedades raras/huérfanas

- **Fortalecer registro nacional de enfermedades raras** (en articulación con CONADIS y MINSA), asegurando que casos en menores de 7 años sean identificados, registrados y seguidos sistemáticamente. Incorporar en CRED y servicios pediátricos.
- **Desarrollar protocolos de sospecha de enfermedades raras** para uso en servicios de atención primaria, con énfasis en: anomalías congénitas, retrasos del desarrollo de causa no clara, síntomas no explicados, características dismórficas o hereditarias.
- **Garantizar acceso a pruebas genéticas y diagnósticas** en menores de 7 años: descentralizar disponibilidad de pruebas mediante laboratorios regionales asociados, financiamiento en SIS/EsSalud, coordinación con institutos de investigación.
- **Crear red nacional de especialistas en enfermedades raras** (neuropediatras, genetistas clínicos, inmunólogos, especialistas en metabolismo) con capacidad de consultoría remota y supervisión diagnóstica.
- **Desarrollar rutas de atención integral** para niños con enfermedades raras: acceso a medicamentos huérfanos a través de mecanismos financieros flexibles, terapias de soporte, rehabilitación, educación inclusiva, apoyo psicosocial a familias.
- **Implementar programas de apoyo familiar** para padres de niños con enfermedades raras: información clara sobre diagnóstico y pronóstico, orientación sobre derechos, conectar con asociaciones de pacientes, apoyo emocional estructurado.

f.- Detección y atención de cáncer infantil

- **Fortalecer capacitación en atención primaria y medicina general** sobre signos de alerta de cáncer infantil (masas palpables, palidez persistente, sangrado, dolor óseo, síntomas neurológicos), con enfoque en detección precoz en servicios de CRED y consultorios periféricos.

- **Desarrollar protocolo nacional de derivación de sospecha de cáncer** con: rutas rápidas y acceso garantizado a diagnóstico en centros oncológicos de referencia, eliminación de barreras administrativas para niños de zonas rurales.
- **Descentralizar servicios oncopediátricos** mediante: expansión de nuevas unidades fuera de Lima (continuando modelo La Libertad, Junín), telemedicina supervisada para seguimiento en regiones, capacitación de pediatras en manejo de toxicidades de quimioterapia.
- **Asegurar cobertura financiera integral** bajo Ley de Cáncer Infantil: tratamiento, traslado de familia, albergue, estudios diagnósticos, medicamentos, reintegración escolar, apoyo psicosocial.
- **Reducir abandono de tratamiento** mediante: eliminación de barreras económicas, programas de acompañamiento familiar, coordinación con educación para continuidad escolar durante tratamiento, seguimiento después de tratamiento.
- **Implementar educación continua a padres y docentes** sobre efectos tardíos del cáncer infantil (académicos, emocionales, físicos) y necesidad de seguimiento especializado post-tratamiento.

g.- Formación integrada en DIT, neurodiversidad, enfermedades raras y cáncer infantil

- **Incluir contenidos obligatorios integrados** en mallas curriculares de carreras universitarias y técnicas: Educación, Psicología, Salud, Nutrición, Trabajo Social, Urbanismo, Derecho, Comunicación, Enfermería. Contenidos mínimos: neurobiología del desarrollo, neurodivergencia, enfermedades raras, detección de signos de cáncer, apoyos inclusivos.
- **Potenciar plataforma PerúEduca** con rutas formativas diferenciadas por nivel: docentes de educación inicial, personal de salud, trabajadores comunitarios, padres. Incluir módulos específicos en: TEA, TDAH, enfermedades raras, cáncer infantil, comunicación con familias.
- **Fomentar especialización transdisciplinaria** en inclusión, neurodiversidad, enfermedades raras y oncología pediátrica para docentes, personal de salud y trabajadores sociales, con financiamiento de diplomados y certificaciones.
- **Crear convenios con universidades de medicina, enfermería y educación** para ampliar capacidad de diagnóstico y atención especializada, utilizando estudiantes avanzados con supervisión bajo modelos de clínicas móviles en regiones.
- **Asegurar disponibilidad de materiales didácticos y clínicos actualizados** (guías de detección, protocolos diagnósticos, recursos pedagógicos adaptados) y diseñar mecanismos de evaluación sistemática de aprendizajes y competencias.

h.- Protección de derechos en contextos de migración y movilidad

- **Desarrollar protocolos específicos** para atención de niños migrantes con condiciones especiales (neurodivergencia, enfermedades raras, cáncer,

discapacidad), asegurando acceso a: detección temprana, diagnóstico, tratamiento y educación inclusiva sin barreras administrativas o de documentación.

- **Garantizar continuidad de cuidado** para niños migrantes en tratamiento oncológico o terapias especializadas mediante: coordinación entre MINSA en regiones fronterizas, acuerdos binacionales, telemedicina para seguimiento.
- **Fortalecer difusión de Línea ANNA 1810 (MIMP)** como canal de protección frente a riesgos y violencia infantil (incluido abandono médico de niños con condiciones especiales), con rutas claras de atención y derivación adaptadas a distintos territorios y contextos migratorios.
- **Impulsar estrategia #Ponte en Modo Niñez** en coordinación con DEMUNAS, UPE y gobiernos locales, con énfasis en contextos de migración y poblaciones vulnerables con condiciones especiales.

i.- Inmunización y alimentación temprana

- **Fortalecer cobertura de inmunización** mediante: campañas de sensibilización, eliminación de barreras de acceso territorial, seguimiento de coberturas por microterritorios, atención especial a niños con condiciones especiales (neurodivergencia, enfermedades raras) que pueden tener dificultades de acceso.
- **Integrar en CRED consejería integral** sobre: vacunación, apego seguro, comunicación temprana, salud mental del cuidador, nutrición complementaria oportuna, signos de alerta de neurodesarrollo e indicadores de enfermedad.
- **Restricción de introducción prematura de fórmulas azucaradas:** capacitar promotores de salud en normas actualizadas de alimentación complementaria (OMS/MINSA), monitoreo en servicios de salud.
- **Campañas de comunicación** sobre beneficios de lactancia materna exclusiva, introducción apropiada de complementarios y riesgos de ultraprocesados.

j.- Detección temprana integrada: sistema de banderas rojas

- **Diseñar y implementar sistema integrado de detección temprana** en servicios de atención primaria que identifique simultáneamente múltiples condiciones mediante **lista unificada de banderas rojas** para: retraso del desarrollo, neurodivergencia (TEA, TDAH), enfermedades raras, signos tempranos de cáncer infantil.
- **Integrar en CRED** un componente expandido que incluya: evaluación del desarrollo neuroevolutivo (escala simplificada), preguntas sobre síntomas de alerta (pérdida de peso no explicada, adenopatías, sangrado, déficit sensoriales, comportamientos atípicos), orientación familiar sobre importancia de detección precoz.
- **Capacitar agentes comunitarios y promotores de salud** para reconocer banderas rojas e iniciar procesos de derivación oportuna sin demora.

- **Establecer rutas de derivación rápida** desde atención primaria a: servicios especializados (neuropediatría, oncología, genética, psiquiatría infantil) con tiempos máximos de espera definidos.
- **Incluir en sistema de información integrado** (base de datos interconectada) seguimiento de: sospecha inicial, derivación, confirmación diagnóstica, inicio de tratamiento/intervención, y evaluación de resultados a 6 y 12 meses.

k.- Integración de iniciativas clave

- **CRED (Control del Niño Sano):** transformar en plataforma integral que incluya: evaluación de desarrollo neuroevolutivo, detección de neurodivergencia y enfermedades raras, evaluación de uso de pantallas, orientaciones sobre apego y comunicación temprana, salud mental del cuidador, nutrición, vacunación, signos de alerta de cáncer.
- **Compromiso 1 (Reducción de Anemia):** vincular con: consejería de salud mental materna, apego seguro, comunicación temprana, nutrición integral, y detección de anemia secundaria a enfermedades raras.
- **Escuelas de Padres:** incorporar contenidos actualizados en: desarrollo infantil integral, manejo emocional, espacios seguros, juego, neurodivergencia, cómo reconocer signos de alerta de enfermedad, derechos de niños con condiciones especiales.
- **PRONOEI y programas comunitarios de educación inicial:** fortalecer capacidad de detección temprana y derivación oportuna de casos sospechosos.

l.- Evaluación, monitoreo y financiamiento diferenciado

- **Establecer sistemas de seguimiento** de cobertura de detección e intervención (neurodivergencia, enfermedades raras, cáncer infantil) por territorio, con indicadores diferenciados según contexto.
- **Realizar evaluaciones de impacto** periódicas de intervenciones, con énfasis en equidad, oportunidad diagnóstica, continuidad de cuidado y resultados en desarrollo infantil integral.
- **Asegurar financiamiento diferenciado y prioritario** para territorios con mayor brecha de cobertura: zonas rurales, amazónicas, de baja densidad poblacional, con presencia de migración.
- **Incluir en PPoR DIT indicadores específicos** de: tasa de detección precoz de neurodivergencia por 1,000 niños (meta progresiva), proporción de niños con enfermedades raras diagnosticados antes de los 3 años, tasa de diagnóstico de cáncer infantil en estadio 1-2 (vs. avanzado), tiempo promedio desde sospecha a confirmación diagnóstica.

IV BIBLIOGRAFÍA

Fuentes oficiales e internacionales:

Código de los Niños y Adolescentes, Ley N.º 27337 (Perú).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). Desnutrición crónica afectó al 11,7% de la población menor de cinco años en el año 2022. INEI.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2017). Evaluación de Impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más - Resultados finales

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2019). Decreto Supremo N.º 003-2019-MIDIS.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2020). Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el Desarrollo Infantil Temprano.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2021). Programa Presupuestal 1001: Desarrollo Infantil Temprano.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2012). Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012–2021.

United Nations Children's Fund. (2020). Análisis de su situación al 2020 en el Perú. UNICEF.

United Nations Children's Fund. (2020). Desarrollo infantil temprano en el Perú. UNICEF.

World Bank. (2019). Towards Peru's Second Generation of Reforms on Early Childhood Development. World Bank.

Fuentes y bases de datos digitales:

<https://cris.usil.edu.pe/es/publications/autismo-en-per%C3%BA-estado-actual>

<https://cris.usil.edu.pe/en/publications/autismo-en-per%C3%BA-estado-actual>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000300148

<https://cris.usil.edu.pe/es/publications/autismo-en-per%C3%BA-estado-actual/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11149770/>

<https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/download/2034/849/19678>

<https://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2034>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11300681/>

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(24\)00363-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(24)00363-8/fulltext)

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2024000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=en

<https://www.gob.pe/institucion/insn/noticias/928068-atenciones-por-autismo-en-el-insn-se-elevan-40-de-la-poblacion-por-consulta-externa-es-por-tea>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342024000100019&lng=en&nrm=iso&tlng=en

<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2024.v41n1/19-27/en/>

<https://www.nature.com/articles/s41599-024-03002-8>

<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/6513/10613>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878747923017245>

<https://cris.continental.edu.pe/en/publications/machine-learning-based-web-application-for-adhd-detection-in-chil>

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/REVUCV_ebd42a80be5018fab78f0bfdded9dca2/Export?style=RefWorks

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5853084/>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000100010

<https://repebis.upch.edu.pe/articulos/diag/v53n3/a5.pdf>

<https://www.mlsjournals.com/Educational-Research-Journal/article/download/277/2189>

<https://www.scielo.br/j/anp/a/n9yq5ymTbp5dN5LvZYyNVgL/?lang=en>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10513391/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8852640/>

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1205943-gobierno-de-peru-impulsa-el-bienestar-escolar-con-la-aprobacion-del-plan-nacional-salud-mental-en-tu-cole-2025-2026>

<https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/evidencias/CONADIS2021a.pdf>

<https://discapacidad.trabajo.gob.pe/wp-content/uploads/2021/09/Decreto-Supremo-001-2015-MIMP-Reglamento-de-la-Ley-30150.pdf>

<https://nano-ntp.com/index.php/nano/article/download/1380/1169/2505>

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197052-30150>

<https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/30150.pdf>

http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v24n1/en_1727-558X-hm-24-01-e2631.pdf

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1022518-minsa-aprueba-el-plan-nacional-para-las-personas-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/249/334/>

https://miusa.globaldisabilityrightsnow.org/wp-content/uploads/2017/04/Peru_CRPD_CS0_Info_LoIPR_Mar2017_ENG.doc

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000148110_eng

https://nurturing-care.org/wp-content/uploads/2021/06/Peru_brief.pdf

<https://globaldisabilityfund.org/new/wp-content/uploads/2025/05/Peru-county-Brief.pdf>

https://www.driadvocacy.org/sites/default/files/2024-01/Peru_ENG.pdf

<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/11/peru-disability-law-reform-risks-promoting-institutionalisation-un-experts>

<https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2751&context=capstone>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5582436/>

<https://researchautism.org/research-item/estimation-of-the-prevalence-of-autism-in-periurban-centers-in-lima-peru/>

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972017000100002&script=sci_abstract&tlng=en

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10458596.pdf>

<https://tesis.pucp.edu.pe/items/1c342ee5-9594-40a0-9902-295cfef4dae5>

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/REVPJ_0c067e1849cbb34a1fc1763536eae081/Details

<https://www.deficitdeatencionperu.com/chadd-a-voice-for-individuals-with-adhd-and-their-families/>

<https://www.gob.pe/institucion/conadis/noticias/1030307-cerca-de-medio-millon-de-personas-con-discapacidad-estan-inscritas-en-conadis-y-acceden-a-beneficios>

<https://www.frameworksinstitute.org/app/uploads/2020/03/peruecdmtgreport2018final.pdf>

<http://www.ninosdelmilenio.org/wp-content/uploads/2012/10/Pre-school-Education-and-Schooling-outcomes-in-Peru.pdf>

<https://publications.iadb.org/publications/english/document/Quality-of-Parenting-Programs-and-Child-Development-Outcomes-The-Case-of-Peru-Cuna-Mas.pdf>

<https://observatorio.conadisperu.gob.pe/discapacidad-en-cifras/>

ANEXOS

1.- Matriz de los principales programas para la primera infancia nivel nacional (imposible incluir las iniciativas regionales y locales)

POBLACIÓN / SECTORES	MIDIS					MINEDU							MIMP		
	JUNTOS	PNCM		PAE	CONTIGO	INICIAL CICLO 1	INICIAL CICLO 2	PRONOEI	EDUCUNA	PRITE	JARDINES	PROG. COMUNITARIOS	WARMI ÑAN	INABIF	
		SCD	SAF											CAR	CEDIF
Gestación															
0 a 1 año		6 meses													6 meses
1 año 1 día a 2 años															
2 años 1 día a 3 años															
3 años 1 día a 4 años															
4 años 1 día a 5 años															
5 años 1 día a 6 años															

PROGRAMAS TRANSVERSALES	MIMVIV	MINSA	MINAGRI	GOB. LOCAL
Saneamiento Rural	X			
Saneamiento Urbano	X			
CRED		X		
Inmunizaciones		X		
Agro rural			X	
DEMUNA				X
Vaso de Leche				X

SIGLAS	CAR	Centros de Acogida Residencial
	CEDIF	Centros de Desarrollo Integral de la Familia
	CRED	Crecimiento y Desarrollo
	DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y Adolescente
	PRITE	Programa de Intervención Temprana
	PRONOEI	Programas No Escolarizados de Educación Inicial
	SAF	Servicio de Acompañamiento a Familias
	SCD	Servicio de Cuidado Diurno

Fuente: Páginas webs oficiales de cada sector

2.- Presupuesto comparativo que se destina para la primera infancia

Gasto per cápita en Perú

Departamento	PIM	Devengado	Avance %
GASTO TOTAL EN PERÚ 2024 PARA ATENCIÓN AL DIT	S/ 3,726,979,424.00	S/ 3,616,836,590.00	97.0%
Fuente: Consulta amigable MEF 04/12/2025			
GRUPO POBALCIONAL DE 0 A 5 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS EN PERÚ 2024			3017215
Fuente: Reunis. Población estimada para 2024 según datos del INEI.			
GASTO PER CAPITA ANUAL			S/ 1,198.73 (USD 356.75)
GASTO PER CAPITA DIARIO			S/ 3.28 (USD 0.97)
COTIZACIÓN DEL DÓLAR AMERICANO			S/ 3.36

Gasto per cápita en Colombia

GASTO TOTAL EN COLOMBIA 2024 PARA ATENCIÓN AL DIT

\$ 6,930,000,000,000.00 COP

Fuente: ICBF 2024

GRUPO POBALCIONAL DE 0 A 5 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS EN COLOMBIA 2024

3173182

Fuente: World Bank, Population, Total for Colombia [POPTOTCOA647NWDB], retrieved from FRED, Federal Reserve Bank of St. Louis.

GASTO PER CAPITA ANUAL		\$ 2,183,927.68	(USD 572.19)
GASTO PER CAPITA DIARIO		\$ 5,983.36	(USD 1.57)
COTIZACIÓN DEL DÓLAR AMERICANO	\$	0.000262	

Gasto per cápita en Chile

GASTO TOTAL EN CHILE 2024 PARA ATENCIÓN AL DIT \$ 2,430,533,000,000 CLP

Fuente: INFORME FINAL © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF 2025

GRUPO POBALCIONAL DE 0 A 5 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS EN CHILE 2024 1100000

Fuente: <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>

GASTO PER CAPITA ANUAL	→	\$ 2,209,575.45	(USD 2408.44)
GASTO PER CAPITA DIARIO	→	\$ 6,053.63	(USD 6.60)
COTIZACIÓN DEL DÓLAR AMERICANO	\$	0.001090	

Gasto per cápita en Perú, Colombia y Chile

