Hacia una Plataforma de Acción

Propuestas derivadas del Pacto Ciudadano por la Primera Infancia

Lineamientos para una

PLATAFORMA DE ACCIÓN

por la **Primera Infancia en el Perú**

DOCUMENTO DE TRABAJO

La iniciativa *"Inversión en la Infancia como factor clave para la erradicación de la pobreza"*, es un movimiento ciudadano que tiene como fin concientizar a la opinión pública respecto de la urgencia que tenemos como país de invertir en los niños de 0 a 5 años de edad.

De lo que estamos hablando es de fomentar una inversión cuantitativa y cualitativa en salud, educación, nutrición y orientación familiar, así como de otros factores de bienestar y seguridad de la niña y del niño, como tiempo, amor, dedicación y atención. Independiente del contexto económico, social o político, necesitamos crear un consenso nacional de que invertir en nuestra infancia es imprescindible para avanzar en las metas de desarrollo equitativo y construcción de ciudadanía, así como de integración y justicia social.

La Plataforma de Acción del Pacto Ciudadano por la Primera Infancia tiene como fin promover el debate público y es producto de un proceso de construcción participativa entre profesionales de múltiples disciplinas, integrantes y colaboradores de esta iniciativa, quienes entre octubre y noviembre de 2010 sostuvieron una serie de reuniones en grupos de trabajo especializados.

En estos grupos se hizo un análisis sobre (i) la prioridad real de la primera infancia en las políticas y el presupuesto público; (ii) la situación de los niños menores de 5 años en el campo de la salud y la educación; (iii) el ejercicio de su derecho al nombre y la nacionalidad; y (iv) la presencia de la niña y del niño en la agenda de los movimientos de responsabilidad ciudadana en el país. En este sentido, agradecemos la colaboración y el compromiso de todos los profesionales que integraron los grupos de trabajo o participaron como relatores.

El grupo encargado de elaborar la Plataforma de Acción sobre *"Prioridad de la primera infancia en las políticas públicas"*, estuvo coordinado por el padre Gastón Garatea, e integrado por Alejandro Cussianovich, José Rivero, Luis Guerrero y Salvador Herencia, miembros del Grupo Impulsor de Inversión en la Infancia, y Martín Vegas, director del Instituto de Investigación y Políticas Educativas de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya (UARM). Contó con la apreciable contribución de Carmen Lora y Héctor Pereyra como relatores.

El grupo sobre *"Prioridad de la primera infancia en el presupuesto público"*, fue coordinado por el economista Bartolomé Rios, representante de la Fundación AVINA en el Perú, e integrado por Javier Abugattás, ex viceministro de Economía; Ariela Luna, representante del equipo técnico de Presupuesto Temático del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); Carlos Arana, representantes de la Red de Municipalidades Rurales del Perú (REMURPE); Nelson Shack, ex director nacional de Presupuesto Público del MEF, y Carmen Lora, representante de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP).

El grupo encargado de *"Salud y nutrición de la primera infancia"* fue coordinado por la doctora Rosario Jiménez, representante de Colegio Médico del Perú, y estuvo integrado por Carmen Maldonado, vicepresidenta de la Sociedad Peruana de Pediatría; Oscar Castillo, médico pediatra y consultor internacional en salud pública; Luis Lazo, experto en temas de salud pública; Oscar Liendo, médico y ex asesor de salud de UNICEF; y Héctor Pereyra, médico pediatra, consultor independiente y ex funcionario del Ministerio de Salud. También contamos con la participación de Mario Tavera, Oficial de salud de UNICEF-Perú.

El grupo sobre *"La educación y atención de la primera infancia"* fue coordinado por la socióloga Patricia Salas, profesora de la UARM, e integrado por representantes del Grupo Impulsor de Inversión en la Infancia José Rivero, Luis Guerrero y el padre Ricardo Morales, quien además es presidente del Fondo Nacional de Desarrollo de la Educación Peruana-FONDEP; Ruth Céspedes, investigadora de la UARM; Max Silva, representante de la Campaña Peruana por la Educación; Lena Arias, especialista de UNICEF; José Luis Vargas, representante de la MCLCP; Franco Mosso, coordinador del Programa Enseña Perú; César Vigo, representante de COPERA Infancia; Elvira Goyzueta, consultora de REMURPE; Elena Valdiviezo, decana de la Facultad de Educación de la PUCP; y Silvia Ochoa, psicóloga educativa. Además, se contó con la importante colaboración de relatores como la antropóloga Jeanine Anderson, investigadora de la PUCP; así como de Patricia Ames y Santiago Cueto, investigadores del Proyecto Niños del Milenio.

El grupo encargado de *"Responsabilidad ciudadana por la primera infancia"* ha sido coordinado por Mario Coronado, Director de la Fundación Telefónica en el Perú, e integrado por Madeleine Zúñiga, coordinadora de la Campaña Peruana por el Derecho a la Educación; Carlos Eduardo Aramburú, antropólogo y catedrático de la PUCP; Juan Carlos Cortés, presidente de Ciudadanos al Día; Silvia Dammert, asesora de comunicaciones; Piera Carreras y Adalberto Acevedo, de IPAE; Salvador Herencia Carrasco, abogado y asesor del área de estudios y proyectos de Salgalú Comunicación & Responsabilidad Social. Además, se contó con la colaboración de Percy Medina, presidente de la Asociación Civil Transparencia y Karima Wanuz, de la UARM.

La Plataforma constituye la síntesis del trabajo de los cinco grupos y ha sido elaborado por Luis Guerrero y Dayana Terrones, integrantes de la Secretaría Técnica del Grupo Impulsor de Inversión en la Infancia, con la inapreciable contribución de Lourdes Herencia, Ruth Céspedes y José Luis Vargas, que ayudaron en la sistematización y síntesis de la información. Agradecemos de manera especial al a Fundación Bernard van Leer por el valioso apoyo institucional que desde sus inicios brindó a la Iniciativa Ciudadana Inversión en la Infancia.

Lima, 3 de diciembre de 2010

Contenido

Resumen

1. La primera infancia y las políticas públicas

Situación actual

Propuestas

1) Por una política nacional de desarrollo infantil temprano

2) Por una acción más eficaz y articulada del Estado a favor de la infancia

2. Presupuesto público y primera infancia

Situación actual

Propuestas

1) Crear una autoridad nacional responsable de la primera infancia

2) Constituir con los Programas Estratégicos un sistema de atención al primer ciclo de la vida

3) Un sistema único de información que mejore la capacidad de gestión y decisión

4) Una participación más proactiva de la sociedad civil en el monitoreo del presupuesto

5) Corregir y redefinir las intervenciones y los programas distinguiendo lo urbano de lo rural

3. La educación de la primera infancia

Situación actual

Propuestas

1) Una política nacional de desarrollo de capacidades de la primera infancia

2) Una política de promoción del cuidado diario saludable del niño

3) Gestión de políticas y programas de primera infancia

4. La salud y nutrición de la primera infancia

Situación actual

Propuestas

1) Siete intervenciones clave

2) Medidas sobre el marco de las políticas de primera infancia

5. Primera infancia y responsabilidad ciudadana

Situación actual

Propuestas

1) Una estrategia de comunicación sobre primera infancia

2) Un Infobarómetro de la Primera Infancia

3) Movilización social por la primera infancia

Plataforma de Acción

Los "Lineamientos para una plataforma de acción por la primera infancia" son un conjunto de propuestas y recomendaciones que el Grupo Impulsor Inversión en la Infancia[1] pone a consideración de las autoridades y ciudadanía en general para dar solución a los problemas críticos y necesidades de la primera infancia en el Perú. Estos lineamientos fueron presentados en el II Encuentro Nacional de Inversión en la Primera Infancia que se llevó a cabo el 3 y 4 de diciembre de 2010. Sus planteamientos surgen de un análisis crítico de la realidad de la primera infancia en el Perú en campos como las políticas públicas, presupuesto, salud, nutrición, educación y responsabilidad social por la infancia, que se encuentran vinculados con los 10 puntos del Pacto Ciudadano por la Primera Infancia que promueve esta iniciativa ciudadana como metas o apuestas centrales.

A continuación, una síntesis de los principales planteamientos que desarrolla la Plataforma de Acción por la primera Infancia:

1 Diseñar y ejecutar de manera concertada una política nacional de promoción del desarrollo infantil temprano, que asegure derechos básicos a todos los niños menores de 5 años, en especial a los más pobres y promueva el pleno desarrollo de todas sus potencialidades

Propuestas:

1. Una política de Estado que garantice a todos los niños menores de 5 años la satisfacción de sus derechos, principalmente al registro legal de su identidad, al bienestar, la salud, la educación y la protección.

2. Que permita generar nuevas y mejores oportunidades educativas para el desarrollo óptimo de las capacidades infantiles en sus múltiples expresiones, dentro y fuera del espacio familiar.

3. Que todas las acciones incidan en la crianza, bienestar y salud mental de la familia. También en la salubridad del agua, el aire y los alimentos de la comunidad; así como en la seguridad de las viviendas, calles y espacios en que se mueven los niños.

4. Articular y fortalecer los cinco programas estratégicos del Estado peruano dirigidos a la primera infancia, haciendo de ellos un sistema integrado.

2 Crear una autoridad nacional con rango ministerial, que sea un ente rector, planificador y articulador de una política de Estado a favor de la primera infancia

Propuestas:

1. La creación de una autoridad (que puede ser un Ministerio, la Presidencia del Consejo de Ministros o una entidad ad hoc) que tenga competencia plena para liderar una planificación y una gestión articulada de una política de Estado para la primera infancia.

2. Que dicha autoridad tenga el poder necesario para garantizar una acción conjunta, integrada y descentralizada del Estado a favor de la infancia.

3. La articulación efectiva de planes y acciones entre los diversos sectores que ofrecen educación, salud, nutrición y protección a la primera infancia, así como entre los programas de cada sector público y entre los distintos niveles de gobierno (nacional, regional y local).

4. La creación de una instancia que asegure una planificación concertada con los gobiernos regionales y sus municipios, desde un enfoque de gestión por resultados.

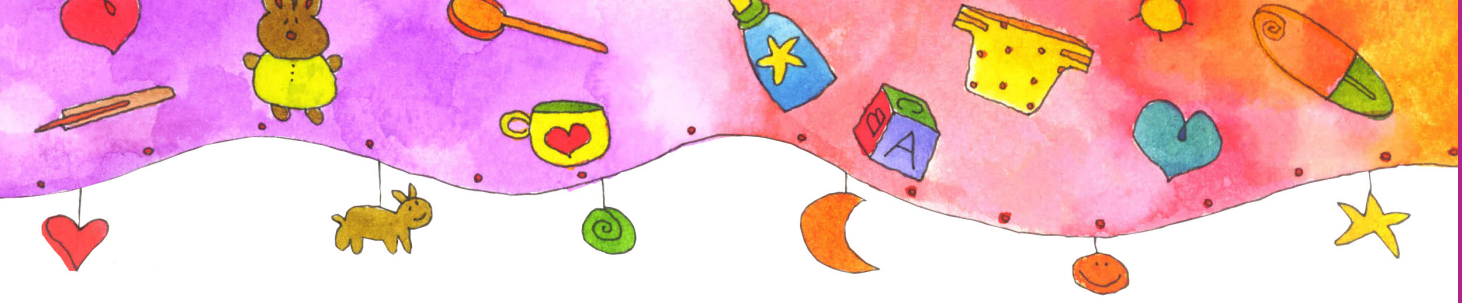
5. Fortalecer el liderazgo concertador, articulador y movilizador de los Municipios en la gestión de los planes, programas y servicios dirigidos a la primera infancia, apoyándose en un censo local anual a los niños de 0 a 5 años.

6. Facilitar la movilización de recursos municipales para los gastos operativos que exige la expansión y mejoramiento de los programas y servicios dirigidos a la primera infancia.

7. Identificar y modificar las normas que representan barreras al cumplimiento de las metas y prioridades acordadas.

3 Legitimar, empoderar y movilizar a los ciudadanos de todo el país como actores principales de una política de Estado a favor de la infancia, facilitando y alentando su participación en el seguimiento de los planes, programas y presupuestos

[1] Toda la información relativa al proyecto Inversión en la Infancia se encuentra en la siguiente página web: www.inversionenlainfancia.net



Propuestas:

1. La creación y/o reforzamiento de normas y canales que faciliten la participación activa de la ciudadanía en la concepción, ejecución y evaluación de las políticas y presupuestos dirigidos a la primera infancia.

2. Para lograr lo anterior, crear instancias de seguimiento concertado a los programas en cada región, con participación ciudadana en todas las fases de su implementación.

4. Estimular una activa vigilancia social, promoviendo capacidades y conocimiento para hacer posible una vigilancia más calificada.

5. Propiciar que la demanda ciudadana a favor de mejores acciones y presupuestos para la infancia, se realice desde su propia localidad y abarcando los múltiples servicios que ofrece el Estado.

4 Priorizar y proteger los presupuestos de la primera infancia, haciéndolos intocables, suficientes y equitativos, siempre asignados en función a las necesidades de la población y a resultados verificables

Propuestas:

1. Que los presupuestos asignados a las actividades del Estado a favor de la primera infancia sean priorizados, protegidos y ejecutados de manera más eficaz y equitativa.

2. Para lograrlo, al momento de asignar y distribuir el presupuesto público, el conjunto de metas por la primera infancia debe ser una prioridad indiscutible, poniéndolas a salvo de los vaivenes de la política presupuestal.

3. Impedir la arbitrariedad en el recorte o en la distribución de los montos, pues las zonas y regiones más necesitadas requieren siempre más inversión. Asimismo, los componentes de los diversos programas - de cuyo buen funcionamiento dependen sus resultados- requieren estar financiados en la medida necesaria.

4. Evitar que el Estado eluda el financiamiento de aspectos clave para la ampliación de servicios de educación y salud, indispensables para garantizar la calidad de atención a la que los niños tienen derecho.

5 Crear un sistema único de información y evaluación – intersectorial y descentralizado – sobre políticas de primera infancia y su impacto en el desarrollo de los niños. Asegurando que los resultados ayuden a mejorar la capacidad de gestión y decisión en todos los niveles de gobierno

Propuestas:

1. Crear un sistema único de información, común a todos los sectores del Estado, que haga posible comprobar de manera continua la calidad de las acciones y los resultados de las políticas, planes y programas de atención a la primera infancia.

2. Que el sistema sea capaz de evaluar el impacto de estas acciones en el desarrollo de los niños, midiendo sus progresos regularmente.

3. Que el sistema sea descentralizado y transparente, permitiendo mejorar la comunicación entre todos los sectores públicos, su capacidad de respuesta ante los problemas detectados, la identificación de las zonas y poblaciones que el presupuesto debe priorizar, así como una vigilancia mejor informada de parte de la ciudadanía.

4. Para hacer posible este sistema, invertir en la infraestructura, tecnología y conectividad necesarias. También invertir en el personal adecuado, asegurando su buen manejo de los instrumentos y procedimientos del sistema y su capacidad para utilizar la información producida.

6 Articular los programas presupuestales estratégicos dirigidos a la primera infancia, descentralizando sus decisiones y mejorando su diseño. Enfocarlos prioritariamente a la población más necesitada y a las zonas de mayor pobreza, respetando la diversidad cultural

Propuestas:

1. Mejorar el diseño de los actuales programas estratégicos dirigidos a la primera infancia para garantizar una ejecución más efectiva y equitativa, la cual diferencie estrategias para zonas urbanas y rurales.

2. Poner más énfasis y otorgar mayor presupuesto a componentes clave de los programas, hoy inadecuadamente atendidos.

3. Invertir más donde hay más necesidades, poniendo mayor celo en la efectividad de las acciones de los programas en zonas rurales y poblaciones indígenas.

4. Reformular metas con mayor precisión y ambición, lo que implica, entre otras cosas, considerar componentes específicos para expandir la atención en salud y educación a madres, niños de 0 a 2 años y promotoras. Asimismo, asegurar calidad en la ampliación de servicios educativos y de salud para niños de 3 a 5 años.

7 Diseñar y ejecutar de manera concertada, una política nacional para el desarrollo de capacidades de la primera infancia, que multiplique oportunidades educativas de calidad, garantizando buenos resultados de aprendizaje para todos, sin dejar desatendido a niño alguno

Propuestas:

1. Una política de educación inicial que multiplique y diversifique oportunidades para el desarrollo óptimo de las diversas capacidades de los niños menores de 6 años.

2. Elaborar un mapa de las habilidades cultivadas en las diversas realidades socioculturales.

3. Evaluar y rediseñar el tipo de servicios actualmente existentes para madres, promotoras y niños de 0-2 años de edad (cunas, salas de educación temprana u otros programas no escolarizados), aprovechando al máximo los aportes de las experiencias innovadoras más destacadas.

4. Planificar la ampliación de la atención educativa a los niños de 3 a 5 años hasta llegar al 100% en el 2021, empezando por los niños desatendidos de las zonas rurales.

5. Establecer, presupuestar y financiar todos los aspectos y elementos que puedan garantizar una educación de calidad, a fin de asegurar un buen servicio para todos.

8 Rediseñar los modelos escolarizados y no escolarizados de educación inicial a la luz de la experiencia, rescatando sus fortalezas y enmendando errores. Así, garantizar una educación de buena calidad para todos los niños, especialmente para los que viven en las zonas más pobres y alejadas

Propuestas:

1. Que los servicios no escolarizados para niños de 3 a 5 años (PRONOEI) fortalezcan su vínculo con la comunidad, convocando una participación más activa de los padres en las actividades de aprendizaje, aprovechando mejor las oportunidades educativas que ofrece la comunidad, y asegurando una enseñanza que respete y dialogue con la cultura local.

2. Que los servicios no escolarizados formen parte de una estrategia de lucha contra la pobreza, ofreciendo una atención más integral y de mayor calidad que el promedio, y que sean íntegramente financiados por el Estado.

3. Que las promotoras comunitarias a cargo de estos servicios ingresen a un programa de formación que certifique sus capacidades, que se les reconozca su derecho a una asignación salarial y a la seguridad social.

4. Fortalecer las capacidades de gestión de las profesoras coordinadoras, desde programas de especialización expresamente diseñados para este fin.

5. Que ambos tipos de servicios acrediten criterios esenciales de calidad de atención, y cuenten con un estándar básico de infraestructura, equipamiento y servicios.

6. Fortalecer el enfoque pedagógico de este nivel educativo, erradicando prácticas reñidas con el desarrollo y el aprendizaje de los niños, y haciendo evaluaciones anuales del desarrollo y el aprendizaje.

9 Diseñar y ejecutar de manera concertada una política de cuidado diario del niño de 0 a 2 años, que cuente con la difusión masiva y continua de un alfabeto básico e intercultural sobre el cuidado del niño. A la vez, que expanda, mejore y diversifique los servicios existentes según las necesidades de las madres

Propuestas:

1. Ampliar el tipo de servicios de cuidado diario ofrecidos por el Estado, agregando aquellos dirigidos a sustituir a la madre mientras trabaja. También otros que aporten a las familias y/o a sus redes sociales, las condiciones que requieran para que las madres puedan asumir ese rol por sí mismas de manera adecuada, según cada contexto.

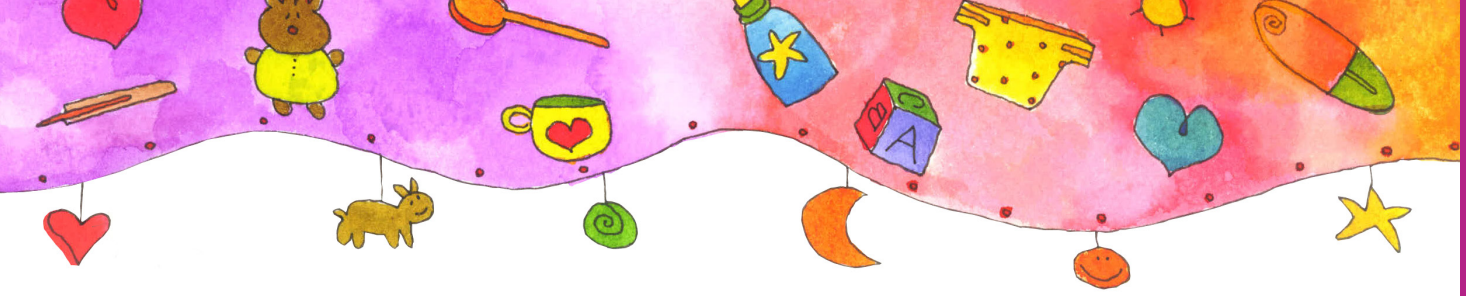
2. Para ello, investigar las necesidades de las familias con niños menores de 3 años en cada región, a fin de identificar el tipo de apoyo que requieren.

3. Fortalecer los actuales servicios, asegurándoles determinadas características básicas de calidad.

4. Especificar mejor las funciones de las madres cuidadoras, ofreciéndoles un programa de formación que certifique las capacidades requeridas para la tarea que realizan, permitiendo una evaluación periódica.

5. Seleccionar el personal de apoyo de manera rigurosa y en base a criterios técnicos.

10 Erradicar la desnutrición crónica infantil, la anemia y la mortalidad prevenible en madres y niños, garantizando a la gestante: alimentación adecuada, atención prenatal, parto seguro, lactancia



materna y agua limpia. Asimismo, garantizando el cuidado de la salud, alimentación y estimulación del niño

Propuestas:

1. Garantizar alimentación adecuada y suplemento de hierro a las madres gestantes, aumentando la cobertura de atención prenatal y el suministro de sulfato ferroso de calidad a centros de 1er nivel de atención de salud.

2. Garantizar una atención adecuada del parto y del recién nacido, extendiendo y mejorando el funcionamiento de las Casas de Espera Materna.

3. Mejorar las condiciones de la madre trabajadora para asegurar lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses del niño.

4. Asegurar la disponibilidad y el consumo de alimentos complementarios adecuados para los niños en las familias.

5. Articular y focalizar la atención de los servicios de salud, mejorar la calidad del agua y el saneamiento, incentivar el adecuado cuidado de la salud, alimentación y estimulación del niño desde el hogar.

6. Fortalecer el cuidado y estimulación del niño en el hogar, lo que supone orientar a las familias en el lavado de manos, el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en el hogar, la lactancia materna exclusiva, entre otras medidas.

7. Incrementar y fortalecer la oferta de servicios de cuidado y educación temprana para menores de 4 años, buscando la colaboración y complementariedad de los servicios de salud y educación en cada localidad.

11 Generar en todas las comunidades del país, sistemas distritales de información integrada sobre el estado nutricional y de desarrollo de cada niño de 0 a 5 años de edad, que permitan hacer seguimiento y vigilancia social de los progresos

Propuestas:

1. Creación de sistemas distritales de información cuyos datos sean empleados por las autoridades para monitorear el impacto de los programas de su jurisdicción y así tomar decisiones para mejorar resultados.

2. Para lograr lo anterior, expandir - a nivel local- servicios como los «Centros de Vigilancia Comunitaria del Crecimiento y Estimulación del desarrollo del Niño», que realizan el control de peso y talla del niño, funcionando además como centros de recursos y orientación a las familias.

3. Usar los datos de los Censos Anuales de Talla Escolar a niños de 6 años que asisten a primaria, para dirigir las acciones del Estado hacia aquellas localidades de provincias o distritos con mayores problemas de desnutrición crónica infantil.

4. Desarrollar capacidades técnicas en los municipios para consolidar y analizar información integrada, tanto la que sea útil para enfocar mejor la acción del Estado como la que sirva para hacer seguimiento y vigilancia de estas acciones

12 Promover una movilización nacional por la primera infancia en base a una estrategia de comunicación social que tienda puentes entre el Estado y el ciudadano, haciendo uso de instrumentos que permitan un seguimiento y vigilancia informada. (Ej: El nuevo INFOBARÓMETRO DE LA PRIMERA INFANCIA)

Propuestas:

1. Realizar diversas acciones de movilización social que permitan involucrar al ciudadano – tanto a nivel individual o como parte de una organización - en el seguimiento y ejecución de políticas para la primera infancia.

2. Relacionar estas acciones de movilización con una estrategia de comunicación social que informe, sensibilice e incentive al ciudadano para la acción.

3. Diseñar la estrategia en Mesas de Consulta con los propios actores sociales.

4. Difundir públicamente los temas relacionados con la estrategia: situación de los niños menores de 5 años, acciones que realiza el Estado para atenderlas, cuánto se invierte en ellas, qué falta, qué se debe hacer.

5. Para realizar este seguimiento de manera eficaz, se recomienda a los ciudadanos e instituciones sociales comprometidas con el tema, utilizar el INFOBARÓMETRO DE LA PRIMERA INFANCIA, el nuevo mecanismo creado para hacer un seguimiento estadístico de las políticas del Estado peruano a favor de la niñez.

6. Consolidar el INFOBARÓMETRO DE LA PRIMERA INFANCIA como una herramienta importante para el control y toma de decisiones del gobierno central, gobiernos regionales y gobiernos locales.

7. Promover la movilización ciudadana mediante otros medios como: la participación de jóvenes que ya forman parte de las redes sociales que apoyan nuestra iniciativa a favor de la inversión en la infancia. Haciendo uso de su buena voluntad y creatividad.

1. La primera infancia y las políticas públicas

La primera infancia ha ido ganando cada vez mayor presencia en las políticas públicas a lo largo de los últimos 20 años, coincidiendo con la adopción y entrada en vigor de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Además, la Constitución Política del Perú y el Código de Los Niños y Adolescentes (Ley N° 27337) reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos, y establecen un marco legal que da sustento las diversas normas e intervenciones públicas por la primera infancia, así como a una creciente inversión en torno a ella. Una de las más relevantes ha sido el "Plan Nacional de Acción por la Infancia", una planificación multisectorial de carácter decenal, y más recientemente, un conjunto de Programas Estratégicos orientados a resultados expresamente dirigidos a la niñez temprana. No obstante, hay muchos acuerdos y disposiciones importantes que no han logrado salir del papel, ni tampoco lograr una cuota del Presupuesto Nacional, así como procesos que no logran la efectividad esperada o no caminan al ritmo que requieren las necesidades infantiles. En esta sección vamos a evaluar y a hacer propuestas alrededor de estos dos instrumentos de la política educativa: el Plan por la Infancia y los Programas Estratégicos relacionados a la primera infancia.

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

Situación actual

1. Plan Nacional de Acción por la Infancia [2]

La Comisión Multisectorial que coordinó el Plan 2002-2010 sostiene que en materia de reconocimiento a los derechos de las niñas y de los niños se ha avanzado en el país durante este periodo, pues ahora hay abundante desarrollo de la normatividad relativa a estos derechos. Hay cada vez más actores involucrados en el Estado, la sociedad civil y el empresariado, así como múltiples iniciativas y mayores consensos sobre una cultura de cuidado de la niñez.[3]

Ahora bien, el Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002-2010 planteó como primer objetivo estratégico «asegurar una vida sana a niños menores de 5 años», para lo cual propuso alcanzar 7 resultados y 38 metas. La evaluación determinó que al cabo de ocho años se lograron 15 metas de este objetivo, es decir, el 39,5% de las propuestas, la gran mayoría del sector salud.[4]

Respecto al conjunto del Plan, de las 99 metas propuestas se lograron completar sólo 8 de ellas, 16 metas tuvieron un avance significativo, hubo poca mejora o avance moderado en 26 y no ha hubo avance o hasta leves retrocesos en 13 metas.[5] El plan tuvo desde el origen un problema de diseño. Hay 36 metas que no pudieron ser evaluadas por haber sido mal formuladas y un importante número de metas no tuvieron avances importantes.[6]

2. Programas presupuestales estratégicos

A tres años de su puesta en marcha, cuatro de un total de 23 Programas Estratégicos enfocados a resultados tienen metas relativas a la primera infancia -el Articulado Nutricional, el de Salud Materno Neonatal, el de Logros de Aprendizaje y el de Acceso de la Población a la Identidad- y presentan avances o logros importantes. En general, ha habido una tendencia positiva al incremento presupuestal a favor de estos programas y la mayor parte de ellos registran avances en el logro de sus metas entre el 2007 y 2009. Sin embargo, si se continúa con la tendencia de este periodo, es probable que varios de los programas estratégicos no logren cumplir con las metas propuestas al 2011.

Por ejemplo, con relación al Programa Articulado Nutricional, la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica disminuyó de 22,6% (2007) a 17,9% (2010), teniendo como meta llegar a 16% al 2011. La proporción de niños de 6 a menos de 36 meses con anemia descendió de 56,8% (2007) a 50,3 % (2010). Asimismo, el número de niños nacidos vivos que mueren antes de cumplir un mes de vida disminuyó de 15 (2007) a 11 por cada mil (2010), siendo la meta al 2011 de 14,6%. Los nacimientos en áreas rurales en centros de salud con personal capacitado (parto institucional) aumentaron de 49,4% (2007) a 58,4% (2010), siendo la meta al 2011 de 70%. Por otro lado, el porcentaje de estudiantes de 2° grado de primaria que obtienen desempeño suficiente en comprensión lectora progresó de 15,9% (2007) a 16,9% (2009), siendo la meta al 2011 de 35% y en matemáticas se incrementó de 7,2% a 9.4% en este periodo (meta al 2011: 35%). Finalmente, el porcentaje de niños menores de 3 años que fueron inscritos en la municipalidad en el 2008 fue de 88.3%, y en el 2009 se incrementó a 89,6%. [7]

Los Programas Presupuestales Estratégicos representan un esfuerzo importante por superar una manera de actuar habitualmente inercial y burocrática del Estado en su conjunto, buscado integrar lo que comúnmente se presenta desarticulado: acciones, medios y productos con resultados, así como las actividades afines de distintos sectores y niveles de gobierno. Además, permiten que las intervenciones sean diseñadas más técnicamente, apoyándose en información, privilegiando la concertación y enfocando un problema específico que afecta a la ciudadanía. Sin embargo, este nuevo enfoque de la planificación presupuestal promovido por el Ministerio de Economía y Finanzas se ha tropezado con diversas barreras en la gestión pública, tradicionalmente centrada en la realización de actividades y despreocupada por los resultados de su acción. Estas barreras han evitado que los programas puedan ganar mayor efectividad en el cumplimiento de sus metas y validen sus procedimientos con un mínimo de consistencia.

---

2 http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DINNA/plan_pnaia2002_2010.pdf

3 Arroyo, Juan et. Al. (2010). Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010. Parte 1: Cumplimiento de las Metas y Gestión del Plan. Informe Final al MIMDES. Proyecta Lab (inédito).

4 Arroyo, Juan et. Al. (2010). Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010. Parte 1: Cumplimiento de las Metas y Gestión del Plan. Informe Final al MIMDES. Proyecta Lab (inédito).

5 Lograda: si el avance fue al 100% o más; avance significativo, si el avance superó el 50% de la brecha entre la situación base al 2002 o el año más cercano en información a inicios de la década, y la meta al 2010; poca mejora, o avance moderado, si el avance al 2009 fue menor al 50% de de la brecha 2002 - 2010; y no avance o retroceso, si no se ven mejoras o en algunos casos son visibles marchas hacia atrás.

6 Las metas logradas fueron: 1) Meta 15. Todos los servicios de inscripción y registro de identificación de niñas, niños y adolescentes tienen condición de gratuidad a nivel nacional; 2) Meta 17. Reducir en 20% la desnutrición crónica en niños menores de 3 años, en todo el país; 3) Meta 19. El 80% de los niños y niñas menores de 2 años habrá mejorado sus prácticas de nutrición; 4) Meta 32. Se mantendrá bajo control las deficiencias de yodo en la sierra y selva; 5) Meta 39. El 85% de los niños y niñas de 6 a 11 años de edad son matriculados en el grado correspondiente; 6) Meta 55. Para el año 2005, estará plenamente insertado en la currícula el curso de derechos humanos en todos los centros educativos públicos y privados del país; 7) Meta 87. En el año 2005, la cobertura de matrícula en educación especial se habrá incrementado en un 28% alcanzando a todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional con un enfoque especial para la población rural; 8) Meta 88. Para el año 2005, se habrá formulado el marco normativo que garantice el desarrollo de escuelas inclusivas en todo el país.

7 Datos extraídos de publicaciones del Ministerio de Economía y Finanzas: Líneas de base de los Programas Estratégicos 2008-2009. Dirección General de Presupuesto Público. Lima, abril de 2010 / Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2010. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, febrero 2010.

Factores probables para la actual situación de la primera infancia

1) ¿Política de Estado o suma de programaciones sectoriales?

El Plan de Acción por la Infancia ha sido tradicionalmente entendido como una macro programación de metas sectoriales, que traslada las características de la programación institucional al plano de lo multisectorial, un esfuerzo que tampoco ha llegado a ser genuinamente intersectorial. Esta opción ha minimizado en los hechos la potencialidad del Plan como plataforma de una política de Estado, que descansa fundamentalmente en el monitoreo, la incidencia y la vigilancia social, de la mano con la ciudadanía.

2) Una gestión del presupuesto público por encima de los planes concertados

Las variaciones en el monto y la calidad de la asignación presupuestal observada en estos últimos ocho años han puesto en evidencia que el Plan de Acción por la Infancia no ha sido un referente primordial para esas decisiones. Eso explica, por ejemplo, cómo es que la atención educativa a niños de 0 a 2 años no ha sido objeto de inversión o que se sigan reportando limitaciones presupuestales para atender poblaciones dispersas en las áreas rurales, pese a ser metas y prioridades muy claras del Plan.

3) ¿Gestión sectorial o intersectorial?

El Plan de Acción por la Infancia es en principio una política transversal, cuyos resultados debieran depender no de la gestión institucional sectorial, sino de una gestión integral, en la medida que implica a varias entidades estatales. No obstante, no ha habido una instancia de gestión con poder vinculante para los sectores y con las herramientas que le permitan hacer seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y metas. Está probado que las instancias de coordinación no obligan a nadie y devienen en espacios sin poder, con alta rotación de sus integrantes y una débil presencia de la sociedad civil.

4) El sectorialismo de la gestión pública

La persistencia de una visión fragmentada y una acción no articulada de los sectores públicos implicados en la atención de la primera infancia, pone trabas continuas a cualquier plan cuyos resultados dependen de las sinergias institucionales. Hay dispositivos que no se cumplen sin que haya consecuencias y sin que nadie ponga atención en eso. No existe un sistema de evaluación y monitoreo intersectorial que aporte información oportuna y precisa para ayudar a tomar mejores decisiones. Lo que existe es una diversidad de políticas de monitoreo y seguimiento sectoriales, desarticuladas entre sí; y mucha dificultad para la gestión de la información disponible en función a la mejora de los procesos de toma de decisión. Con el mismo problema se han tropezado los Programas Estratégicos. Hay una falta de una perspectiva intersectorial e intergubernamental, tanto en su diseño como en su ejecución, pese a que su implementación hace evidente la necesidad de un trabajo intergubernamental y con la sociedad civil. En varios casos, el nivel nacional continúa concentrando la mayor cantidad de recursos y capacidad de decisión, reforzando la centralización de la gestión.

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

5) Las barreras normativas

Ha habido un importante desarrollo normativo orientado a objetivos sectoriales, no necesariamente al cumplimiento del Plan. Se perdió la oportunidad de fijar una agenda común de las reformas normativas más necesarias. Hubiese sido necesario, por ejemplo, (i) la plena adecuación del Código del Niño y Adolescente a los lineamientos de la Convención de los Derechos del Niño; (ii) la penalización del castigo corporal; (iii) la formulación de normas que permitan la plena inclusión y acceso a los servicios de salud, transporte y educación de los niños con discapacidad; y (iv) la adopción de una ley que exija un estándar mínimo de recursos que sean destinados para la primera infancia. Barreras normativas como estas tienen un impacto que afecta especialmente el logro de metas de los programas sociales.

6) Problemas de coherencia y arbitrariedad burocrática

En general, se observa una tendencia a incluir y suprimir componentes de los Programas Estratégicos que conciernen a la primera infancia desde criterios ajenos a la lógica de su diseño y orientados más bien a resolver problemas de administración presupuestal. Todo cambio que no responde a las necesidades de la implementación distorsiona la relación entre inversión, intervención y resultados, tres aspectos cuya causalidad se necesita demostrar para comprobar la efectividad de estos programas. También se observa incrementos desproporcionados en unos componentes en perjuicio de otros no menos importantes, la no correspondencia entre el presupuesto asignado a una región y las dimensiones del problema que afronta, así como falta de previsión presupuestal en condiciones esenciales al logro de ciertas metas.

Propuestas

1. Una política nacional de desarrollo infantil temprano

Proponemos al país una política nacional de promoción del desarrollo óptimo de los niños menores de 5 años, una política de Estado que garantice la satisfacción de las necesidades básicas de identidad, bienestar, salud y educación de la primera infancia, entendiendo la educación como oportunidades para el despliegue temprano de todo el potencial humano, distinguiéndolas pero complementándolas con oportunidades dirigidas a mejorar el cuidado, la crianza y la asistencia de los niños pequeños. Esta política debe crear condiciones para el pleno desarrollo de las capacidades infantiles en sus múltiples dimensiones, al interior de todos los estratos sociales, culturales y geográficos, empezando por los más pobres, tanto dentro como fuera del espacio familiar. También debe combinar intervenciones que influyan directamente en el desarrollo y en la crianza de los niños, con aquellas que incidan en el bienestar y la salud mental de la familia, así como en las condiciones ambientales de la comunidad.

a) El piso básico de los derechos

Bajo este marco de política es posible identificar la existencia o no de oportunidades para que este desarrollo sea posible en sus máximas expresiones, lo que supone garantizar los derechos civiles de los niños, es decir, su derecho a:

o Estar legalmente registrado y, por lo tanto, a tener nombre y nacionalidad,

o La libertad de expresión y a ser escuchado por los adultos de su entorno.

o Tener una familia y por ende, a gozar de un entorno familiar que lo acoja, atienda y respete, y que reciba del estado el apoyo que necesite para ofrecerle un hábitat y una crianza adecuados.

o La salud, es decir, a que su madre y él mismo reciban atención sanitaria desde la gestación, la nutrición adecuada, acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, así como a información indispensable para prevenir las enfermedades.

o La educación, al juego, al ocio y a participar en actividades culturales, incluyendo la educación a sus propios padres en aspectos que favorezcan sus aprendizajes en un sentido amplio.

o El derecho a la igualdad y no discriminación, así como a medidas especiales de protección e inclusión si se encuentra afectado por condiciones adversas para su salud o desarrollo físico, mental o emocional, incluyendo situaciones de maltrato, negligencia o abuso.

b) Abrirle paso al potencial humano

Un país que quiere sostener su nivel de crecimiento económico y convertirlo en una oportunidad de desarrollo humano para el conjunto de su sociedad, requiere de personas innovadoras y emprendedoras que se caractericen por su libertad creativa, su solidaridad y su espíritu de colaboración. Esas son características típicas de la infancia, que no siempre encuentran oportunidades de desarrollo en todos los contextos y que suelen ser más bien limitadas y hasta combatidas en los espacios de educación formal. La visión de una sociedad emprendedora, capaz de dar valor agregado a lo que produce y de generar innovaciones relevantes para su desarrollo económico y social, requiere cultivar sus posibilidades creativas desde edades tempranas y poner a prueba sus mejores talentos durante su primer ciclo de vida, que es cuando empiezan su efervescencia. En ese sentido, se necesita protegerlas en la transición a la escolaridad para evitar que el anacronismo pedagógico predominante en las instituciones escolares las destruya y generar las condiciones para que, por el contrario, base en ellas toda la educación escolar.

c) Diversificar roles, medios y oportunidades

Es necesario recordar que la obligación del Estado es apoyar a las familias para que puedan cumplir por sí mismas su rol de protección, regulación y nutrición de las niñas y de los niños, con el soporte de sus redes sociales. Ese primer piso, que guarda relación con los tres primeros grupos de derechos que mencionamos anteriormente, hay que asegurarlo para todos y consolidarlo. El segundo piso es el que permite el crecimiento y ampliación de las capacidades infantiles, el que incentiva su desarrollo en niveles superiores. Ambos pisos deben construirse a la vez y para eso se necesita la convergencia de múltiples intervenciones desde diversos agentes y plataformas. Los programas actualmente existentes dirigidos a la infancia y a las madres no resumen todo lo que se puede y debe hacer por la familia, los niños, sus derechos y sus posibilidades de desarrollo. Aún así, necesitan reordenarse y subordinarse a los objetivos mayores y de largo plazo de esta política de Estado.

2. Una acción más eficaz y articulada del Estado a favor de la infancia

La acción del Estado peruano a favor de la primera infancia necesita aprender las lecciones cuando menos de la última década. Lo más próximo que tenemos a una política general a favor de la primera infancia en el Perú es el Plan de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA). Lo que la experiencia parece indicar es que, además de constituir una herramienta de programación decenal de metas, el Plan debe constituirse en la plataforma de una

política de Estado a favor de la primera infancia, que incida a favor de sus propósitos en el conjunto del país y del propio sistema público. Necesita también resumir el conjunto de prioridades sobre las cuales la autoridad deberá rendir cuentas y que la ciudadanía podrá exigir, vigilar y acompañar. En esa perspectiva, proponemos lo siguiente:

a) Una política de Estado gestionada intersectorial y descentralizadamente por una Autoridad Nacional de la Primera Infancia

Constituye una necesidad tener mecanismos institucionales de articulación y coordinación intrasectorial, intersectorial e intergubernamental, desde el nivel local hasta el nacional, en materia de diseño y gestión de una política de Estado para la infancia. Quizás ha llegado la hora de crear una Autoridad Nacional de la Primera Infancia, que:

o Reúna a todas las políticas, planes, programas y proyectos del sector público relacionados a la primera infancia y declarar ese primer ciclo de la vida prioridad nacional y objeto de una política de Estado.

o Dirija una planificación común, construida de manera concertada desde sus objetivos y prioridades hasta su presupuesto, basada en una visión más integral del niño. La experiencia internacional revela que la articulación intersectorial se empieza a hacer posible cuando esto existe.

o Se convierta en el espacio de encuentro de intervenciones públicas dirigidas a la niñez temprana que tienen que ver con educación, salud, nutrición, justicia, y con capacidad ya no sólo para la coordinación sino para la articulación efectiva de planes, presupuestos y la toma de decisiones.

o Propicie articulaciones indispensables tanto al interior de cada programa (entre sus componentes de planificación, programación, logística y las áreas técnicas) como en el propio territorio de operaciones, con los distintos niveles de gobierno, desde una decidida perspectiva descentralizadora, lo que implica concertar y coordinar acciones con los Gobiernos Regionales y Locales.

b) Una política descentralista basada en evidencias, diseñada y ejecutada de manera concertada

Necesitamos una política de Estado para la primera infancia cuya planificación decenal sea construida con los Gobiernos Regionales y en concertación con sus municipios. Esto supone necesariamente:

o Incluir metas regionales, con sus respectivas líneas de base de respaldo, con mayor pertinencia cultural, geográfica, demográfica y social.

o Definir con precisión y de mutuo acuerdo con todos los involucrados el conjunto de metas e indicadores que se priorizará, desde un enfoque de gestión por resultados y apoyándose en líneas de base nacionales.

o Incluir metas específicas sobre las condiciones que son prerrequisito para el éxito de las intervenciones, como la normatividad, los presupuestos, la investigación, las alianzas e incidencias necesarias y la vigilancia social.

o Generar sinergias con otros procesos impulsados desde el propio Estado, como los asociados a planes nacionales relevantes para la primera infancia, o a los Programas Estratégicos por resultados, directa e indirectamente relacionados a la primera infancia.

Un ejemplo concreto de esto puede verse en el caso del acceso de los niños a la identidad. Dar identidad a todos los niños hasta el año 2011 sería una meta posible a través de una alianza con la Red de Municipalidades Rurales del Perú (REMURPE). Con el DU 044-2010 se ha financiado a RENIEC con 90 millones de soles para otorgar DNI a menores de 5 años, y con esos recursos se puede mejorar la capacidad de registro a nivel de las municipalidades rurales: registrador de centro poblado menor y municipalidades rurales. En este contexto, el seguimiento y exigibilidad de este derecho fundamental (nombre y nacionalidad) desde la sociedad civil resultaría igualmente necesario. Actualmente existen más de 197 mil niños menores de 6 años que no tienen partida de nacimiento del registro civil.

c) Un presupuesto intangible para la infancia y asignado con equidad

El conjunto de metas y prioridades que planifique una política de Estado por la primera infancia debe ser el referente primordial para la asignación y distribución del presupuesto público, quedando protegida de los vaivenes de la política presupuestal nacional. Hay que aplicar al presupuesto el principio del interés superior del niño, un principio jurídico que tiene reconocimiento universal y ha ganado el carácter de norma de Derecho Internacional gracias a la ratificación casi universal de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Lo mismo aplica para los programas estratégicos y sus diversos componentes relacionados con la primera infancia, protegiendo la calidad y equidad de la asignación presupuestal. Esto supone, entre otras cosas:

o Impedir la arbitrariedad en la fijación y distribución de los montos, que debe guardar estricta correspondencia con lo que cada realidad y tipo de intervención necesita, así como el retiro sorpresivo de cantidades previamente asignadas o la centralización de la decisión de asignación y gasto.

o No excluir de los costos de la ampliación de cobertura en educación o salud para la primera infancia, la inversión en infraestructura de servicios y el desarrollo de capacidades del personal profesional y comunitario, aspectos clave para asegurar calidad que no pueden soslayarse bajo ningún argumento o excusa.

d) Un sistema único de información y evaluación sobre la primera infancia

Hay que construir un sistema único de información sobre la atención integral a la primera infancia que sea transversal a todos los sectores públicos y establezca metas

claras para el próximo quinquenio. Se debe poner fin a las diversas políticas de monitoreo sectoriales a indicadores de infancia no concertados, coexistiendo dentro del mismo Estado. Los actuales proyectos multinacionales de la OEI y del BID para construir sistemas de información y, además, indicadores de desarrollo relativos a la primera infancia, pueden ser un impulso y una oportunidad para dotar al país de estos instrumentos si:

o La responsabilidad en la construcción de este sistema único de información e indicadores de desarrollo infantil es asumida por la autoridad nacional de primera infancia (un Ministerio de la Infancia, la Presidencia del Consejo de Ministros a través de su Comité Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), u otra entidad del Estado encargada de liderar la planificación concertada de políticas de primera infancia) para que sus mecanismos y acuerdos atraviesen todos los sectores públicos, no a un sólo ministerio.

o El sistema de información incluye y concede relevancia al monitoreo y evaluación de la gestión misma, aportando información significativa para corregir y mejorar la implementación de manera oportuna.

o Se adoptan medidas dirigidas a mejorar ampliamente la capacidad de gestión y uso de esa información, habituando a las instancias a basar sus decisiones en evidencias.

e) Eliminar las barreras normativas al cumplimiento de las prioridades

Urge construir una agenda de reformas normativas común a todos los sectores, a fin de facilitar una ejecución más eficaz, mejor coordinada y más articulada de los planes y programas para la primera infancia. Hay, por ejemplo, que crear las normas y mecanismos horizontales que faciliten el flujo de la información, las coordinaciones y las decisiones compartidas entre los diferentes sectores públicos y niveles de gobierno, estimulando su cumplimiento. Hay que poner atajo a la discontinuidad del personal técnico a cargo de acciones a favor de la primera infancia que requieren especialización, normando la rotación de los profesionales. Por ejemplo, no hay norma que obligue a concertar los planes operativos y presupuestos de los sectores ni siquiera de los programas de un mismo ministerio. Así exista afinidad y aún si se aceptase como deseable su convergencia, cada uno diseña sus intervenciones de manera separada y en función a sus propios criterios y prioridades.

De igual forma, se requiere hacer un análisis sistemático de la legislación nacional con el fin de adecuarlo plenamente a la Convención de los Derechos del Niño. En este sentido, en los reportes que el Estado peruano remite periódicamente al Comité de los Derechos del Niño de la ONU, las conclusiones generales se centran en las siguientes materias: (i) el sistema de administración de justicia para adolescentes; (ii) la discriminación y dificultad de acceso a servicios básicos de salud y educación; y (iii) el presupuesto insuficiente para el desarrollo de planes integrales.

f) Consolidar el enfoque de gestión por resultados para las políticas de infancia

Los Programas Estratégicos relacionados a la primera infancia pueden consolidarse como un avance en el enfoque de la gestión pública si se encara con éxito algunos desafíos clave:

o Fortalecer la articulación y coordinación entre los sectores sociales que atienden a la primera infancia y al interior de ellos (entre las áreas de planificación, programación, logística y las áreas técnicas), y entre los distintos niveles de gobierno (nacional, regional, local).

o Programar su presupuesto tomando en cuenta la diversidad sociocultural y geográfica de cada realidad, con metas claras y mejor relacionadas con los recursos que requiere.

o Fortalecer las capacidades de los funcionarios involucrados en el uso del enfoque y los instrumentos del Presupuesto por Resultados, asignándoles con mayor claridad sus responsabilidades.

o Enfatizar el monitoreo y la evaluación de la gestión en sus diversos niveles, junto a una política de incentivos a quienes logren las metas.

o Guardar una estricta coherencia programática, superando la tendencia a colocar y retirar o desfinanciar componentes de su diseño, desde criterios ajenos a su lógica interna.

o Cuidar celosamente la correlación entre procesos y resultados para comprobar la efectividad de las intervenciones.

g) Empoderar y movilizar a la ciudadanía como actores principales de la política

Nada de lo expresado anteriormente es sostenible sin una participación amplia, constante y relevante de la ciudadanía en la concepción, el desarrollo y la evaluación de las políticas de infancia. Esta participación debe tomar múltiples formas, desde una decidida perspectiva descentralizadora:

o Crear instancias de seguimiento concertado a los programas de primera infancia en cada región, con participación de sociedad civil y una activa vigilancia social.

o Involucrar más a los gobiernos locales y a la sociedad civil en el conjunto de etapas de la implementación, incluyendo empresas y universidades, así como a los actores más experimentados en los temas de cada programa.

o Empoderar a las cuidadoras y promotoras comunitarias directamente concernidas en el desarrollo de los servicios, como factor de vigilancia y exigibilidad social.

o Promover una mayor participación de cuidadoras y promotoras en el Presupuesto Participativo de su localidad, para que desde su experiencia aporten soluciones a las necesidades de la primera infancia.

2. Presupuesto Público y primera infancia

Una de las diez apuestas centrales que promueve el Pacto Ciudadano por la Primera Infancia se relaciona con la prioridad de la atención a los niños menores de 5 años en el presupuesto público (punto 9): *"La primera infancia en los presupuestos: Garantizar un presupuesto público nacional, regional y municipal a favor de la primera infancia, que sea suficiente, intangible y descentralizado, en consideración al valor estratégico de la inversión en la primera infancia".*

Nos aproximamos al análisis del presupuesto público como uno de los indicadores más visibles sobre la prioridad que el Estado le confiere a la atención de la primera infancia. Su asignación y distribución acorde a las necesidades y desafíos existentes, especialmente en ámbitos focalizados, resulta crucial para implementar políticas y programas nacionales dirigidos a solucionar los problemas críticos de la primera infancia y ampliar sus oportunidades de desarrollo.

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

Situación actual

1. Presupuesto público y primera infancia

Es posible identificar avances en lo relacionado con la asignación y ejecución del presupuesto público. Por ejemplo, la adopción de un esquema de Presupuesto por Resultados es auspiciosa. Sin embargo, se observa aún importantes desafíos en este frente. Como se verá más adelante, es necesario que el Estado incremente los niveles de eficiencia en la gestión de programas que coadyuven a una atención más efectiva de la problemática de la primera infancia.

Reconocemos el rol fundamental de la ciudadanía como actor social llamado a ejercer un monitoreo y un diálogo informados y propositivos sobre lo que el Estado viene invirtiendo para atender a la primera infancia. Asimismo, que sea proactiva para contribuir a que los presupuestos destinados a primera infancia estén permanentemente protegidos para implementar políticas sostenidas.

Para el desarrollo de este análisis, nuestro marco de referencia son los presupuestos asignados a los 5 Programas Presupuestales Estratégicos dirigidos a la atención de la infancia. Estos tienen correspondencia con las 11 Acciones Prioritarias a favor de la Infancia que el Estado peruano se comprometió a priorizar en el 2008 desde las entidades del gobierno nacional, gobiernos regionales y locales, con particular atención en la población rural. A continuación, abordamos diversos elementos considerados relevantes para este análisis.

2. Los Programas Presupuestales Estratégicos dirigidos a la infancia

En los últimos años el Estado se ha esforzado por realizar una gestión pública de asignación de presupuesto por resultados a través de las 11 Acciones Prioritarias a favor de la infancia y de 5 Programas Presupuestales Estratégicos: Salud Materno Neonatal, Programa Articulado Nutricional, Acceso de la población a la Identidad, Logros de Aprendizaje al Finalizar el III Ciclo de la Educación Básica Regular, y Acceso a Servicios Sociales Básicos y Oportunidades de Mercado.[8] Estos programas se dan en el marco de las 11 Acciones Prioritarias[9] a favor de la infancia como política preventiva para impedir la transmisión intergeneracional de la pobreza. Además, constituyen el primer paso para implementar el Presupuesto por Resultados, que busca que el resultado del servicio brindado sea el indicador para comprobar que los recursos han sido gestionados de manera eficiente y eficaz.

De esta forma, tanto las acciones prioritarias como los Programas Presupuestales Estratégicos dirigidos a la infancia responden a una serie de derechos asociados al bienestar de la población: el derecho a la vida, al desarrollo pleno de las capacidades, a la ciudadanía desde el inicio de la vida y el derecho a un nombre, al acceso a la educación y a aprendizajes adecuados, así como al derecho de las poblaciones rurales de acceder a los servicios básicos y al mercado. Estos programas buscan lograr 5 resultados clave para mejorar la calidad de vida de niños menores de 5 años: la reducción de la desnutrición crónica infantil, la reducción de la mortalidad y enfermedades materno neonatales, la mejora de los aprendizajes en lectoescritura y matemáticas al finalizar el 3º ciclo de educación básica, el registro de identidad y la mejora del acceso a los servicios públicos esenciales. Algunas de las metas trazadas para el año 2011 están cerca de ser cumplidas, pero otras todavía constituyen desafíos.

3. El Presupuesto por Resultados

Los Programas Estratégicos forman parte de las intervenciones que se realizan en el marco del Presupuesto por Resultados (PpR), un nuevo enfoque para elaborar el presupuesto público en el que los recursos se programan, asignan, ejecutan y evalúan con el objetivo de generar cambios positivos orientados al bienestar de las personas. Esta medida surgió el 2007, promovida por el Ministerio de Economía y Finanzas, a través de la Dirección General del Presupuesto Público (DGPP). Lo que busca es revertir la lógica tradicional de asignación inercial de los pliegos presupuestales en función de las instituciones, sin una clara articulación con las prioridades ciudadanas, ni un claro sustento de las intervenciones en evidencias. A través del PpR, el debate de mayor o menor presupuesto se da en función a los resultados obtenidos con las intervenciones. El PpR permite vincular planes y políticas del Estado con el presupuesto, articular la acción de diversos actores y producir información necesaria para seguir y evaluar los resultados.

4. Avances en los resultados e incremento de presupuestos

Entre los principales resultados obtenidos por los 5 Programas Estratégicos analizados se encuentran la reducción de la desnutrición crónica infantil a 17.9% en el 2010, siendo la meta de 16% para el 2011, y la disminución de la anemia en niños menores 3 años de 56.8% (2007) a 50.3% (2010). Además, el cumplimiento

8 La Directiva 010- 2007- EF establece incluir en el Presupuesto Público 2008 estos cinco Programas Estratégicos.

9 (i) atención de la mujer gestante; (ii) registro de nacimiento e identidad; (iii) atención de niños menores de 5 años; (iv) atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas; (v) atención del neonato menor de 29 días; (vi) control de de asistencia de profesores y alumnos; (vii) atención educativa prioritaria a niños y niñas de 5 a 7 años; (viii) formación matemática y comprensión de lectura al final del primer ciclo de primaria; (ix) supervisión, monitoreo, asesoría pedagógica y capacitación docente; (x) atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo; y (xi) abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de la calidad de agua para consumo.

de meta en la mortalidad materna (Meta 120/100 mil, Alcanzado 103/100 mil) y en la mortalidad neonatal (Meta 14.6 por cada mil niños nacidos vivos. Alcanzado 11 niños por cada mil). De igual modo, se produjo una mejora en la cobertura del parto institucional en zonas rurales y la atención al recién nacido (atención de 58,4% de parto rural, 82% de recién nacidos, y 80.8% de controles de gestantes). Finalmente, se ha logrado una mejora en aprendizajes a nivel nacional, pero a pesar de avances la tendencia indica que es poco probable alcanzar la meta de logro de los aprendizajes esperados en el 35% y 30% de niños (lectoescritura llega a 23.1%: urbano 28.9%, rural 11.6%; matemáticas llega a 13.5%: urbano 16.8%, rural 7.1%).

Además, entre el 2008-2010, la asignación presupuestal a estos 5 Programas Estratégicos se incrementó en S/. 1,129 millones, lo cual representa un crecimiento de 29% (de S/. 2,726 millones pasó a S/. 3,777). En el 2008 la asignación presupuestal en estas prioridades representó el 3.8% del total del presupuesto público, en el 2009 el 4.4% y en el 2010 el 4.9%. La priorización avanza, pero lentamente.[10]

Aun cuando el país registra avances en estos frentes, lo cual debe ser resaltado, cabe anotar que las brechas en los distintos aspectos evaluados son considerables. Como se sabe, la segunda meta del Pacto Ciudadano por la Infancia propone desnutrición cero y mortalidad cero, y la cuarta tiene que ver con generar más oportunidades de desarrollo para la primera infancia. Para lograr estas metas existe todavía un espacio de mejora importante que debe guiar las prioridades de gestión del presupuesto público.

5. Necesidad de liderazgos y políticas articuladas de primera infancia

Un aspecto central identificado es que aún no existe una autoridad nacional que dirija y se responsabilice por la planificación y ejecución articulada de todas las políticas y programas dirigidos a la atención de la primera infancia. Los programas estratégicos están pensados para promover un trabajo articulado entre sectores, aún cuando se le asigna la responsabilidad a uno de ellos. Sin embargo, la realidad contrasta con esta aspiración. Existen sectores con mucho desorden o desactualización en la información de diagnóstico sobre la primera infancia y otros donde su difusión pública es bastante restringida. A esto se suma la desarticulación entre la acción del Estado y organizaciones de la sociedad civil, que también limita la planificación de políticas e intervenciones integrales y pertinentes a las realidades del país, restando eficiencia a la implementación del presupuesto público.

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

Propuestas

1. Crear una autoridad nacional responsable de la primera infancia

Un elemento estratégico para asegurar que los presupuestos asignados a la atención de la primera infancia sean priorizados, protegidos y gestionados de manera más eficiente consiste en crear una autoridad nacional que lidere este proceso. Dicha autoridad deberá contar con rango ministerial y permitir la planificación concertada y ejecución articulada de todas las políticas y programas para la primera infancia.

2. Constituir con los Programas Estratégicos un sistema de atención al primer ciclo de la vida

Los dos ejes de trabajo que enlazan los 5 Programas Presupuestales Estratégicos (PPE) asociados a la atención

10 MCLCP (2009), Inversión en la infancia: análisis del Gasto Público destinado a la atención de niños y niñas. Presentación audiovisual. Lima, 10 de noviembre de 2009.

a la infancia son la preservación de capital humano y protección de capacidades humanas (educación, nutrición, salud materno-neonatal), y de la infraestructura social y económica (identidad y acceso a servicios). Para que esta intención sea efectiva, estos programas deben constituir un sistema articulado, lo que requiere trabajar sobre los aspectos críticos que se encuentran en las bisagras entre ellos, y sacar a los niños de 0 a 2 años de la nebulosa en la que actualmente se encuentran, particularmente en el caso de Educación.

3. Un sistema único de información que mejoren la capacidad de gestión y decisión

Para superar el déficit de información base fiable, el desorden y la desactualización de los diagnósticos situacionales o la renuencia a compartir información entre sectores u oficinas del mismo sector y con otros niveles de gobierno o la ciudadanía, se necesita un sistema único de información de carácter intersectorial y descentralizado, cuyos instrumentos permitan generar mayor fluidez entre la comunicación y capacidad de respuesta. Por ejemplo, ampliar el uso del SIGA [11] (Sistema Integrado de Gestión Administrativa). El reto es conseguir que el 100% de las Unidades Ejecutoras (UE) puedan registrar todas sus operaciones de gastos e ingresos según prioridades, requerimientos y plazos reales. Para que esta se convierta en una herramienta completamente viable, se debe lograr que la infraestructura, conectividad y el personal sea el adecuado para el uso del sistema, y manejo de normas y procedimientos. Una adecuada generación y difusión de información conllevará a una mejor focalización del presupuesto y a un monitoreo mejor informado y, por lo tanto, más propositivo por parte de la ciudadanía.

4. Una participación más proactiva de la sociedad civil en el monitoreo del presupuesto

Proponemos una participación más proactiva de la sociedad civil en el monitoreo y la realización de propuestas relacionadas con el presupuesto público a favor de la infancia. Esto implica un proceso participativo de desarrollo concertado entre ciudadanos y Estado. En los niveles regional y local de gobierno se han venido abriendo espacios de participación ciudadana, que permiten a la propia sociedad organizada poner sobre la mesa la prioridad que tiene para el desarrollo del país y específicamente para la primera infancia. Profundizar dichos espacios, así como crear nuevos, representa una contribución importante de la sociedad civil organizada. Como sociedad civil, es imprescindible:

o Generar un real compromiso con el monitoreo del cumplimiento de las políticas, lo que requiere generar capacidades y conocimiento para una vigilancia calificada.

o Para que esta articulación sea eficaz y transparente, desarrollar un sistema que articule las acciones de seguimiento alrededor de los programas destinados a la atención de la primera infancia.

o Orientar la participación ciudadana. Bajo una perspectiva territorial y multisectorial, a que supervisen las actividades y el financiamiento programado para el cumplimiento efectivo de las obligaciones, compromisos, competencias y funciones del gobierno y de las partes involucradas.

o La empresa privada debe entrar en la articulación con los programas de responsabilidad social. Debe haber una integración en las articulaciones con el Estado, la empresa, y sociedad civil con conocimiento, gestión y financiamiento, con miras de fomentar el cumplimiento de las metas para la primera infancia.

> "Es necesario que el Estado incremente los niveles de eficiencia en la gestión de programas que coadyuven a una atención más efectiva de la problemática de la primera infancia".

5. Corregir y redefinir las intervenciones y los programas distinguiendo lo urbano de lo rural

Hay que generar estrategias diferenciadas para zonas urbanas y rurales. Hay espacios donde se nota la discrepancia en la atención del menor. Por ejemplo, el caso de vacunas BCG ilustra estas diferencias. Por otro lado, en educación ocurre algo similar, porque se requiere 10 niños para abrir un aula, y este requerimiento mínimo no se cumple necesariamente en las zonas rurales más apartadas del país. Con respecto al acceso, hace falta servicios de movilidad escolar para los niños de zonas rurales. La existencia de estos vacíos no disminuye la necesidad de promover la ejecución plenamente efectiva de los Programas Estratégicos existentes:

o Se debe considerar mejor los componentes clave de los programas, que hoy no son atendidos adecuadamente a nivel presupuestal, fortaleciendo aspectos de equidad tanto en diseños de procesos y gestión como en asignación presupuestal, sobre todo en zonas con mayor déficit de atención (zonas rurales y poblaciones indígenas).

o Respecto a las metas que no logran cumplirse, algunas necesitan reformularse de una manera más precisa e incluso más ambiciosa. Los Programas Estratégicos deberían tener capacidad para reformular y precisar sus metas cuando la experiencia lo justifique.

o También es necesario identificar componentes específicos en los Programas Estratégicos para garantizar una atención adecuada a niños de entre 0 y 2 años y entre 3 y 5 años.

11 Herramienta para mejorar la gestión de las Finanzas Públicas, permitiendo la integración de la información de los procesos de ejecución presupuestaria, financiera y contable.

3. La educación de la primera infancia

Con relación a la atención de las necesidades de educación y desarrollo de los niños de 0 a 2 años y de 3 a 5 años desde el Estado, el Proyecto Educativo Nacional, aprobado como política de Estado el año 2007, propuso dos objetivos centrales: Satisfacer las necesidades básicas de niños de 0 a 3 años; y, aumentar las oportunidades educativas para su desarrollo temprano y universalizar el acceso a la educación inicial formal de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad en el país. De manera convergente, la Mesa Interinstitucional de Descentralización y Gestión Educativa del Consejo Nacional de Educación ha constatado que las regiones han priorizado la atención y educación de la primera infancia (0 a 5 años) para el quinquenio 2011–2016. Asimismo, la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, como parte de colectivos interinstitucionales regionales, ha promovido acuerdos de gobernabilidad para el mismo periodo, que establecen metas de resultado en diversos aspectos del desarrollo y atención de la infancia, como Educación Inicial. [12]

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

Situación actual

Para analizar la situación actual de la atención educativa de la primera infancia se ha tomado como referentes las dos políticas del Proyecto Educativo Nacional dirigidas a este grupo poblacional: 1) Satisfacer las necesidades básicas de los niños menores de tres años y aumentar las oportunidades de desarrollo; 2) Universalizar el acceso a la educación inicial formal de los niños y niñas de tres a cinco años de edad en todo el país. Con relación a la primera política se observa la situación del Programa Nacional Wawa Wasi y los programas de atención y educación de los niños menores de tres años. La segunda política analiza específicamente la situación de los servicios escolarizados y no escolarizados de educación inicial que atienden a niños de tres a cinco años.

1. Satisfacer las necesidades básicas de niños de 0 a 3 años y aumentar las oportunidades educativas para su desarrollo temprano

El Proyecto Educativo Nacional plantea satisfacer las necesidades básicas de niños y niñas de 0 a 3 años empezando por los más pobres, promoviendo un óptimo desarrollo educativo del potencial humano desde la primera infancia. Las medidas que se analizarán en el marco de este objetivo consisten en la provisión de cuidado diario infantil a través del Programa Nacional Wawa Wasi y de programas de atención y educación de la primera infancia.

1.1. El Programa Nacional Wawa Wasi

o **Cobertura.** De 1 027 819 niños, entre 6 y 47 meses que viven en una casa con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha, el programa cubre a 52 199. Ello representa una cobertura de 5.1% a nivel nacional, con una mayor concentración en la costa urbana y las regiones menos pobres del país.[13]

o **Calidad de atención.** Los usuarios valoran el servicio como centros de día donde los niños están seguros y bien alimentados, dando tranquilidad a sus madres para ir a trabajar. Asimismo, hay poca diferencia en términos de motricidad fina, motricidad gruesa y lenguaje en los niños que han pasado al menos seis meses en un Wawa Wasi, en comparación a los niños que se han quedado en casa. En general, los padres con hijos en un Wawa Wasi no tienen grandes expectativas respecto a su desarrollo cognitivo y motor; lo que buscan es protección y alimentación para ellos.[14]

o **Presupuesto.** El programa tiene limitaciones presupuestales, tanto para crecer como para adecuar y mantener los servicios alimentarios, propiciando una alta rotación de los nutricionistas. Además, la dispersión de la población atendida ocasiona mayor requerimiento de recursos y que las autoridades locales no cumplan cabalmente sus compromisos para mejorar la calidad y ampliar la cobertura.

1.2. Programas de atención y educación de la primera infancia

o **Cobertura.** En el 2009, sólo el 3.2% de niños de 0 a 2 años fue atendido por algún servicio educativo. Esta cobertura educativa aún siendo escasa, ha ido disminuyendo en los últimos años, pues en el 2005 ascendía a 4%. La atención se concentra en el área urbana (4,2%). El área rural sólo alcanza a atender al 1,1% de niños menores de 3 años. Las regiones con menor cobertura son Huancavelica, Huánuco y Ayacucho (0,9%), Amazonas (1,2%) y Ancash (1,6%). La mayor cobertura la tienen Moquegua (13,1%), Tumbes (11,7%), Ucayali (5,6%), Ica (5,2%) y Lima Metropolitana (4,5%). [15] En el 2010, la mayor parte de niños de estas edades se encontraban matriculados en programas no escolarizados como los Programas Integrales de Educación Temprana con Base en la Familia –PIETBAF (36%) y las Salas de Educación Temprana – SET (29%). Los servicios escolarizados (cunas y cuna-jardín) atienden al 28% de niños. [16]

o **Subvaloración de la infancia e insuficiente información sobre servicios no escolarizados.** Al no haber una visión integral del niño, no se comprende la importancia de la inversión en la primera infancia. Ello se debe a que no se reconocen estos programas como necesarios para las familias y a que las regiones no cuentan con un sistema de evaluación y monitoreo que les provea información precisa para tomar decisiones.

o **Crecimiento y desarrollo.** Según la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el 2005 la cobertura de atención del Programa Crecimiento y Desarrollo (CRED), que incluye estimulación temprana fue de 17,9%, y se incrementó a 18,9% en el 2009, sin cerrar las brechas entre los ámbitos urbano (19,6%) y rural (17,5%). [17]

o **Presupuesto.** El Ministerio de Educación atribuye la poca cobertura de los programas de 0 a 2 años a la falta

12 Además de los aportes teóricos y evidencias aportados por los miembros de la Comisión, se han utilizado fuentes referidas a la evaluación de las políticas educativas como el informe de AEPI, la evaluación del PNAIA y estudios de diversos especialistas.

13 Cueto, Santiago et. Al. (2009), Promoting Early Childhood Development through a Public Programme: Wawa Wasi in Peru. Young Lives, Department of International Development, University of Oxford, UK; p.4. Según el MIMDES, actualmente 54,708 niños y niñas que tienen entre seis meses y cuatro años son atendidos en 6,380 Wawa Wasis. Consideran que su población beneficiaria asciende a 369,083 niños, y estiman que la cobertura del programa asciende al 14.3%. El 72% de estos Wawa Wasis se ubica en área urbana y atienden a 4,602 niños, y el 28% atiende a 13,964 niños del área rural (Wawanet, octubre 2010).

14 Ibíd. En la mayor parte de evaluaciones que ha tenido el programa Wawa Wasi, sus usuarios han expresado una alta valoración del programa debido a que provee a los niños de un servicio de cuidado diurno, alimentación, vigilancia de su salud y permite a las madres usar su tiempo en otras actividades o tareas (Cuanto, 2004; INFORMET, 2001 y MED-BID-UNICEF, 1996). Además, su satisfacción también se debe a que observan progresos en el desarrollo de sus hijos (MED-BID-UNICEF, 1996).

15 Elaboración: Ministerio de Educación, Unidad de Estadística Educativa. Para el grupo de edades 0-2 años, los datos de población provienen de las publicaciones "PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población Total por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050" y "PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025", del Instituto Nacional de Estadística e Informática; mientras que los datos de matrícula provienen de las bases de datos del Censo Escolar.

16 Estimaciones realizadas en base a datos de matrícula publicadas por el Ministerio de Educación. Estadística Básica, 2010.

17 Arroyo, Juan et. Al. (2010), p.67

de equidad en la distribución del presupuesto público. Al priorizar la educación de 3 a 5 años, se privilegia lo escolar y no el desarrollo infantil como condición del aprendizaje.

o **Costos ocultos,** distancias y percepciones sobre el servicio. La matrícula en educación inicial está sujeta a la disponibilidad y acceso a los servicios, a los costos ocultos asociados a la educación inicial y a la necesidad percibida o no de una experiencia educativa más temprana y continua. Los costos ocultos (materiales para trabajar, por ejemplo) pueden limitar una matrícula más prolongada, especialmente en niños de familias con menores recursos económicos. [18]

o **Marcos normativos.** La población y diversos sectores y funcionarios del Estado no cuentan con suficiente claridad respecto al marco jurídico e institucional que sustenta la ampliación de programas de atención y educación de la primera infancia. Paradójicamente, existe una fuerte tendencia a tratar el tema desde un enfoque principalmente normativo, sin asignarle la misma importancia a estrategias de promoción y legitimidad social de estos servicios.

2. Universalizar el acceso a la educación inicial formal de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad en todo el país

El Proyecto Educativo Nacional propone una ampliación de cobertura con calidad, asegurando a los niños de estas edades matriculados en establecimientos públicos de educación inicial una buena educación, alimentación, atención en salud y en sus necesidades de desarrollo psicológico en general. También propone evaluaciones externas periódicas y apropiadas a su edad, tanto en sus competencias sociales, cognitivas y comunicacionales, como en sus capacidades de movimiento y dominio corporal. Asimismo, plantea la reestructuración de los Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEIs) como oferta complementaria y no sustitutoria de la Educación Inicial Escolarizada.

2.1. Las instituciones educativas de Educación Inicial

o **Cobertura educativa.** En el 2009 el Ministerio de Educación reportó que el 66,3% de niños de 3 a 5 años están matriculados en educación inicial. Ello implica que alrededor de un millón 94 mil niños de estas edades en el Perú no asisten a educación inicial.[19] El 74,5% de los niños matriculados pertenecen al área urbana y 55% al área rural. A nivel regional, Huánuco cuenta con la cobertura más baja de servicios de educación inicial (47,7%), seguido por Amazonas (51,4%), Puno (51,5%), Junín (54,1%) y Madre de Dios (55,2%).[20] Cifras del 2007 señalan que mientras el 55% de niños que a nivel nacional tienen como lengua materna el castellano asistían a un Centro de Educación Inicial (CEI); sólo el 32% de los niños y niñas con lengua materna originaria accedió a alguno. De ellos, los más atendidos fueron los niños quechuas (34%) y aymaras (33%), en comparación con los asháninkas (19%) y de otras lenguas amazónicas (26%).[21]

o **Altas tasas de retiro.** A nivel nacional, alrededor del 4.4% de niños en servicios escolarizados públicos y de 6.5% en servicios no escolarizados abandonan la Educación Inicial antes de haber finalizado el año escolar. Esta tasa de retiro es mayor en los servicios donde predominan estudiantes indígenas (escolarizados: 6%, no escolarizados: 10.6%) que en aquellas donde la mayor parte de alumnos tiene como lengua materna el castellano (escolarizados: 4.2%; no escolarizados: 5.1%).[22]

o **Resultados educativos.** Estudios realizados en el país dan cuenta del mayor impacto de los centros de educación inicial (CEI) sobre los aprendizajes en los primeros grados de la primaria. Algunos indican que estos efectos son más significativos en niños que asistieron por lo menos dos años a un CEI.

o **Infraestructura y materiales educativos.** Más de 17 mil aulas de CEI requieren mantenimiento y más de 9,600 aulas requieren de reparaciones mayores. Además, más de 2,900 CEI públicos (0 a 5 años) no cuentan con acceso a luz eléctrica (25%). Alrededor de 3,239 CEI (26.7%) no cuentan con fuentes mejoradas de agua. Sólo el 56.7% tiene acceso a fuentes mejoradas de saneamiento.[23] En años recientes, el Ministerio de Educación, a través del Programa Estratégico Logros de Aprendizaje, ha venido distribuyendo materiales educativos a los servicios de educación inicial.

o **Procesos pedagógicos.** La experiencia muestra que los procesos pedagógicos en los Jardines está distante de brindar una educación inicial acorde a los principios del enfoque pedagógico vigente, que promueve el juego, la libertad de movimiento, el respeto al niño y a sus procesos de aprendizaje y desarrollo, seguridad afectiva, comunicación, autonomía y salud. En la práctica, aún se privilegian rutinas y actividades instruccionales que restringen la expresión artística, el juego, la socialización, la experimentación, los proyectos, la creación y resolución de problemas en situaciones reales.

---

18 Ames Ramello, Patricia; Rojas, Vanessa; Portugal, Tamia (2010). Continuidad y respeto por la diversidad. Fortaleciendo las transiciones tempranas en Perú. IEP- Bernard van Leer Foundation; Young Lives; University of Oxford. Department of International Development.

19 Datos estimados a partir de población estimada en el Censo de Población y Vivienda, 2007 y la tasa neta de matrícula 2009 publicada por el Ministerio de Educación, en base a Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO, del Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI.

20 Estos datos corresponden a la tasa neta de matrícula del 2009 publicada por el Ministerio de Educación, en base a ENAHO 2009, del INEI.

21 Extraído del Documento "Estado de la niñez indígena en el Perú" INEI- UNICEF (Fuente: Censo Nacional 2007, INEI. Elaboración propia).

22 Elaboración UNICEF 2010 en base a Censo Escolar 2008. MED.

23 Ministerio de Educación. Censo Escolar, 2009

o **Evaluación.** Ocho años después de formulada la meta de que el 80% de los programas de educación temprana promovidos desde el Estado disponen de medios para evaluar y promover niveles óptimos del desarrollo de los niños en diversos ámbitos de desempeño, los sistemas de evaluación de logros de aprendizaje o de desarrollo están en su fase inicial de implementación.

2.2. Los programas no escolarizados

o **Cobertura.** Más de 13 mil PRONOEI atienden a 231,773 niños que tienen entre 3 y 5 años, donde la mayoría (73%) pertenece al área rural (169,263).[24] Este servicio está mayoritariamente dirigido a niños que viven debajo de la línea de pobreza. Paradójicamente, el Estado no invierte en infraestructura, equipamiento o plazas docentes. Su aporte consiste en una propina para un personal voluntario y la décima parte del sueldo de una docente, que cumple funciones de coordinación y supervisión.

o **Calidad.** El Estado peruano es ambivalente dado que se puede percibir en su normatividad un compromiso con la infancia, pero en la práctica abandona su función de proveedor del servicio y lo condiciona a la capacidad organizativa y de gestión de recursos de las poblaciones más pobres y vulnerables. El PRONOEI se caracteriza por la fragilidad, inestabilidad y escasez de recursos, pues su sostenimiento depende de lo que las familias más pobres puedan hacer por ellos.

o **Promotoras.** Actualmente existen 18,931 promotoras educativas comunitarias, de las cuales 13,457 atienden a PRONOEI.[25] En el 2006, el 87% de 12,060 promotoras educativas comunitarias se encontraba entre los 20 y los 40 años, concentrándose en el rango de 30 a 39 años de edad. El 42% tenía educación superior y el 52% había culminado la educación secundaria. Una de cada tres promotoras tenía cuatro o más años de experiencia. El 69% había recibido 40 o más horas de capacitación (una semana en promedio) y el 24% habían recibido menos de 20 horas (3 días en promedio).[26]

Propuestas

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

1. Una política nacional de desarrollo de capacidades de la primera infancia

a) Diseñar e implementar una política de desarrollo temprano de las capacidades infantiles

Se requiere diseñar una política de Estado orientada a la generación de oportunidades para el despliegue y desarrollo pleno de las múltiples capacidades humanas entre los 0 y 5 años de edad. Ello supone:

o Mapear las diversas capacidades y potencialidades de la primera infancia en sus contextos geográficos y socioculturales.

o Evaluar la oferta de servicios existente (modelos, costos, impactos), para reestructurarlos y racionalizarlos en función de las necesidades infantiles y en una perspectiva de largo plazo.

o Generar nuevas oportunidades para el desarrollo óptimo

24 Ministerio De Educación. El número de programas proviene del Padrón de Instituciones Educativas y Programas, y Listado de PRONOEI. 2010. Los datos de matrícula provienen de la Estadística Básica registrada en el 2010.

25 Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Padrón de Instituciones Educativas y Programas, y Listado de PRONOEI, 2010.

26 Ministerio de Educación. Censo Escolar 2006.

de las capacidades de los niños pequeños identificadas en cada contexto, tomando en cuenta sus necesidades y posibilidades de desarrollo, así como las expectativas de sus padres.

o Difundir la importancia de la primera infancia a nivel de la sociedad y los sectores públicos de gobiernos, desarrollando una política de comunicación social que forme conciencia en la opinión pública sobre la necesidad de multiplicar oportunidades para el desarrollo temprano de los niños.

b) Ampliar cobertura para cerrar las brechas

Se requiere no sólo la incorporación de un número mayor de familias y niños a servicios educativos formales y no formales actualmente existentes (o por crear) en los dos grupos de edad en los que están focalizados, sino dimensionar las brechas y planificar su cierre, para llegar al bicentenario con esta deuda saldada con la primera infancia:

o En la atención educativa a menores de 3 años, la expansión de oportunidades requiere discutir los modelos existentes, las posibilidades de intervención en la familia o en la comunidad, con los niños o los adultos, y las posibilidades de implementación desde el Estado y sus diversos niveles de gobierno, la empresa privada o la sociedad civil, utilizando como referentes experiencias exitosas.

o En la atención educativa a niños de 3 a 5 años, la expansión de oportunidades con equidad supone cerrar las brechas de atención en las áreas rurales y, al mismo tiempo, asegurar una cobertura con calidad al tercio de niños excluidos de las zonas urbanas. También supone invertir más en servicios que atienden a los más necesitados, transformando el actual modelo no escolarizado en una estrategia de acción afirmativa (discriminación positiva) con una alta inversión presupuestal. Finalmente, definir una canasta básica de calidad que defina los componentes que, además de las plazas docentes, no pueden dejarse afuera en cualquier escenario de ampliación de cobertura; teniendo diagnósticos reales sobre los niños no atendidos en cada distrito que ayuden a tomar decisiones informadas y focalizar adecuadamente.

o En cuanto al Programa Presupuestal Estratégico Logros de Aprendizaje, se requiere que: a) Mejore el diseño del componente y finalidades de la ampliación de cobertura de la Educación Inicial; b) Amplíe el alcance de la cobertura planteada por este componente, para incluir la atención educativa a los niños menores de 3 años; c) Promueva que las herramientas de gestión administrativa (como el Sistema Integrado de Administración Financiera –SIAF, o el Sistema Integrado de Gestión Administrativa –SIGA) pongan especial atención al componente de ampliación de cobertura; d) Elabore los protocolos de costeo del incremento de cobertura con calidad; e) Establezca como prioridad la inversión en la ampliación de cobertura y asegure una proporción significativa del presupuesto sectorial para ello.

c) Elevar la calidad de la actual oferta de servicios de educación inicial

En el caso de la atención propiamente educativa de los niños menores de 3 años, proponemos tres medidas:

o Consensuar enfoques de desarrollo. Una evaluación de los enfoques de desarrollo que sustentan y configuran las distintas intervenciones, así como las que se evidencian en la práctica de sus operadores, para corregir sesgos o distorsiones en el abordaje de las distintas necesidades y potencialidades infantiles.

o Establecer criterios de calidad de procesos y resultados. Consensuar los criterios de calidad que deben cumplir los diferentes tipos de servicios, así como los resultados que deben lograr para así evaluar desde estos criterios la efectividad de cada modelo.

o Recuperar las innovaciones. Aprovechar las lecciones aprendidas de las experiencias innovadoras más efectivas, haciendo un balance de sus aportes, límites y desafíos, y establecer procedimientos para facilitar su canalización al diseño de políticas y programas educativos para este grupo de edad.

En el caso de los niños entre 3 y 5 años, elevar la calidad de los establecimientos educativos formales y no formales exige avances en los siguientes aspectos:

o Redefinir los modelos de atención. Revisar y redefinir tanto el modelo escolarizado como el no escolarizado para niños de 3 a 5 años:

a. Los escolarizados deben fortalecer su vínculo con la comunidad, convocar una participación activa y diversificada de los padres en las actividades de aprendizaje, aprovechar las oportunidades educativas que ofrecen el paisaje y la vida social y productiva de una comunidad, y fortalecer la pertinencia cultural de su enseñanza;

b. Los no escolarizados deben formar parte de una estrategia que privilegie la inversión en el grupo más vulnerable, que ofrezca mayores servicios y de mejor calidad que el promedio, que incluya el financiamiento público de todos sus componentes, la formación y profesionalización de las promotoras educativas en base a un perfil de competencias básicas; que reconozca también su derecho a una asignación salarial y seguridad social. Además, que contemple el fortalecimiento de las capacidades de gestión de las profesoras coordinadoras en programas de especialización.

o Establecer criterios de calidad de servicio para cada modelo. Estos criterios deben ser construidos de manera concertada desde el Instituto Peruano de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Básica (IPEBA). Todos los establecimientos de educación inicial, escolarizados y no escolarizados, deben formar parte de un programa de acreditación, beneficiándose al mismo tiempo con programas de fortalecimiento de sus Gobiernos Regionales que les permitan ir alcanzando los estándares requeridos. Ambos tipos de servicio necesitan ser evaluados periódicamente en sus resultados, pues por razones de equidad, los aprendizajes de los niños

atendidos por ambas estrategias deberían ser equivalentes.

o Implementar un estándar básico de infraestructura, equipamiento y servicios, incluyendo el acceso a servicios básicos, en un local seguro y en condiciones sanitarias aceptables, con mobiliario adecuado, material educativo pertinente, insumos de uso cotidiano en las actividades de aprendizaje, y la provisión permanente de material fungible.

o Fortalecer el enfoque pedagógico de este nivel educativo, adoptando medidas para erradicar comportamientos y prácticas reñidas con el desarrollo y el aprendizaje de los niños; y para restituir a sus experiencias pedagógicas el estándar básico de calidad de enseñanza al que tienen derecho en razón de su edad y de las exigencias de la misma política curricular oficial.

o Hacer evaluaciones anuales de logros, tanto en el desarrollo como en el aprendizaje de los niños de 3 a 5 años, cuidando los criterios de confiabilidad y validez y creando Unidades de Medición de la Calidad Educativa en las regiones para que puedan tomarse decisiones en función a las necesidades de cada realidad. Hay indicadores sobre la situación de los niños en los diferentes sectores que deberían formar parte de un sistema integrado. Mucho ayudaría incorporar indicadores de desarrollo infantil en las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES - INEI).

2. Una política de promoción del cuidado diario saludable del niño

a) Por una política de cuidado diario para el niño menor de 3 años

Se requiere una política de promoción del cuidado diario saludable para el niño menor de 3 años. Ello supone diseñar servicios que sustituyan a la madre cuando haga falta o que aporten ciertas condiciones indispensables en las familias o en sus redes sociales para que ella misma pueda asumir su rol de manera adecuada, según las características sociales y culturales de cada contexto y circunstancia.

b) Ampliar la cobertura según el tipo de demanda

Se requiere hacer estudios de la demanda potencial en cada región para establecer con mayor precisión la dimensión de la población objetivo y el tipo de servicios a ofrecer, de acuerdo a las necesidades y características de sus redes, así como de sus contextos culturales y socioeconómicos.

c) Calidad de los servicios existentes. Los servicios actualmente existentes necesitan:

o Consolidarse como espacios de cuidado diurno con un estándar básico de calidad para el cumplimiento de esa función, sin confundirlos con espacios educativos en condiciones de asegurar resultados pedagógicos.

o Especificar claramente las funciones y desempeños de las madres cuidadoras, sin demandarle más de lo que estén en condiciones de ofrecer.

o Ofrecer programas de formación y certificación para las madres cuidadoras, incluyendo evaluaciones periódicas de la tarea que realizan.

o Seleccionar al personal de apoyo con base en criterios técnicos, ofrecerles incentivos adecuados y prepararlos trabajar en el contexto de las realidades que deben afrontar.

3. Gestión de políticas y programas de primera infancia

a) Hacia una planificación y gestión orientada a resultados

La planificación y la gestión de las políticas de primera infancia en todos los niveles de gobierno deben orientarse a resultados. En esa perspectiva, los programas presupuestales estratégicos relacionados con la primera infancia deben ser instrumentos de estas políticas, enfocándose en la solución de problemas específicos que aportan al logro de sus objetivos, pero no las sustituyen. Tampoco se puede reducir las políticas de primera infancia a la suma de programas estratégicos.

b) Gestión descentralizada con base territorial y liderazgo municipal

Fortalecer las capacidades de liderazgo concertador, articulador y movilizador de los municipios en el espacio local para la gestión de los servicios de cuidado orientados a la infancia. Para ello, se requiere: a) Instituir un censo anual de la población menor de 5 años como herramienta de gestión local que permita determinar sus necesidades, caracterizar a sus familias e identificar sus redes de soporte; b) Planificar anualmente la implementación de servicios basándose en los datos del censo y la información disponible sobre la población infantil local, con el respaldo del Gobierno Regional; y c) Convertir a los centros y programas de atención y educación de la primera infancia de un mismo territorio en puntos de convergencia de servicios dirigidos a atender otras necesidades del desarrollo infantil.

c) Descentralización de programas nacionales

La normatividad debe poner los candados necesarios para que las transferencias de programas nacionales desde las sedes centrales de los Ministerios a los gobiernos regionales y locales no se lleven a cabo de manera improvisada y apresurada; cumpliendo de manera obligatoria requisitos esenciales, como es la debida información a los nuevos responsables, la capacitación y el presupuesto. Se debe respetar el perfil profesional del personal en los procedimientos para su selección y en la contratación. Además, cuidar la equidad en la gestión y focalización del programa, y evitar que la transferencia interrumpa el funcionamiento de los programas.

d) Sistemas de información

Es necesario construir un sistema de información de carácter transversal a los sectores, que opere a nivel nacional y regional, para hacer seguimiento sistemático a los indicadores de resultados y procesos de las acciones que implementan los programas sociales y estratégicos a favor de la primera infancia.

4. La salud y nutrición de la primera infancia

Dos apuestas centrales de la iniciativa ciudadana por la primera infancia son *"Desnutrición cero y mortalidad cero como metas"* y *"Ni un niño más debe morir por males prevenibles"*. Estos son problemas muy sensibles sobre los que buscamos pronunciarnos y colaborar en su solución. Estamos convencidos de que sí es posible priorizar la primera infancia en la política pública, y con una participación sostenida y vigilante de la ciudadanía se puede contribuir a terminar con el sufrimiento de más de 753 mil niños menores de 5 años con desnutrición crónica (23.2%) y más de un millón de niños menores de 3 años con anemia (50.3%). También apostamos por que esos 11 niños de cada mil que mueren cada año en el Perú antes del primer mes de vida, tengan la oportunidad de sobrevivir y desarrollarse plenamente. [27]

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

Situación actual

Nos preocupa la sobrevivencia de los niños pequeños, pero también la calidad en la que subsisten. Si los que sobreviven son afectados en sus primeros años de vida por la desnutrición crónica y anemia, su desarrollo somático e intelectual estará seriamente limitado, así como la posibilidad de desarrollar su potencial. Erradicar la desnutrición crónica infantil y la anemia son metas que como país en pleno desarrollo económico estamos obligados a garantizar. La mortalidad y desnutrición infantil deben ser abordadas desde una perspectiva integral, reconociéndolas como problemas multifactoriales complejos, cuyas soluciones pasan por atender además de la salud problemas ligados a la pobreza, la inequidad, la educación, la política e inversión públicas. Buscamos por eso comprender sus causas para proponer intervenciones que aporten a una solución integral.

1. Mortalidad infantil

a) Estado actual

En el 2009 se registró que de cada mil niños nacidos vivos es probable que 13 niños mueran antes del primer mes de vida, que 20 niños mueran antes del primer año y 26 niños mueran antes de los 5 años. Estos datos según la ENDES 2009 toman en consideración los cinco años anteriores a la encuesta. Sin embargo, si consideramos los datos de diez años antes, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez ascienden a 13, 24 y 31 niños respectivamente, por cada mil.

Cifras recientes señalan que entre el 2009 y 2010 la mortalidad neonatal ha disminuido de 13 a 11 niños por cada mil nacidos vivos, principalmente en el área rural, donde se redujo de 17 a 14 niños por cada mil.[28]

Las probabilidades de morir son mayores para los varones que para las mujeres, especialmente si viven en área rural, en la selva o pertenecen a los quintiles inferiores de riqueza. Por ejemplo, en el 2009 por cada mil niños menores de un año es probable que mueran 23 varones y 18 mujeres, 10 niños más en área rural que en área urbana, y por lo menos 2 niños más en la selva que en otras regiones naturales. La probabilidad de morir antes del primer año es de 27 niños por cada mil entre quienes viven en distritos del quintil inferior de riqueza y 30 por cada mil si pertenecen al segundo quintil. En el quintil superior la mortalidad infantil es de 14 por mil. [29]

A nivel regional, el mayor problema se refleja en Puno y Loreto, donde se concentran las mayores tasas de mortalidad de niños menores de un año, que prácticamente duplican el promedio nacional (Perú: 24; Puno: 49; Loreto: 45). Seguidamente están regiones como La Libertad, Huancavelica, Cajamarca, Arequipa y Tacna, donde también tienen elevadas tasas de mortalidad infantil (35, 34, 31, 30 y 29, respectivamente). Lima e Ica son las regiones que aparecen con menores tasas de mortalidad en todos los casos. En el caso de Lima representa menos de la mitad del promedio nacional.[30]

b) Contexto internacional

Si bien el Perú ha obtenido avances importantes en los últimos años en relación a la disminución de las tasas de mortalidad en la primera infancia, cifras recientes revelan que a nivel internacional su situación no es tan ventajosa, pues ocupa el cuarto lugar entre los países con mayores tasas de mortalidad de niños menores de 5 años en América del Sur. Actualmente, por cada mil niños nacidos vivos en el Perú es probable que mueran 31 antes de su quinto cumpleaños, mientras en Chile esta tasa sólo llega a 9 por cada mil, en Argentina a 15 y en Uruguay a 16 niños por cada mil. Sólo 3 países tienen mayores tasas de mortalidad de niños menores de 5 años que el Perú: Bolivia, Guyana y Paraguay. Por otro lado, en relación a las tasas de mortalidad de niños menores de un año, el Perú se ubica en una posición central en el ranking de países sudamericanos.[31]

c) Evolución

El Perú es uno de los países que más redujo la mortalidad infantil en las Américas en los últimos años, incluso en condiciones muy difíciles de crisis económica. En el 2000 la tasa de mortalidad infantil era de 33 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos y en el 2009 se redujo a 20 niños por cada mil. La reducción principal en este periodo se produjo en el ámbito rural, pasando de 45 a 27 niños por cada mil. De igual modo, la mortalidad de niños menores de 5 años descendió de 47 niños por mil nacidos vivos en el año 2000 a 26 niños por cada mil en el 2009. Sin embargo, aún hay 9 departamentos con tasas de mortalidad infantil superiores a la meta de 27 niños por cada mil nacidos vivos que se planteó el PNAIA.[32] Es por eso que la Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002–2010, presentada recientemente, concluye que existe un avance significativo. Las metas de reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, en el promedio nacional han sido parcialmente cumplidas antes del año 2010, pero persisten cifras elevadas de mortalidad en muchas zonas caracterizadas por la exclusión social.[33]

27 Cifras estimadas a partir de ENDES 2010 (Patrón OMS para desnutrición crónica) y el Censo Nacional de Población 2007, del INEI.

28 Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2010. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, febrero 2010.

29 Fuente INEI. Estos datos corresponden al periodo de 5 años anteriores a la ENDES 2009.

30 Fuente INEI. Estos datos corresponden al periodo de 10 años anteriores a la ENDES 2009.

31 Datos provenientes de la Organización Panamericana de la Salud, Proyecto de Información y Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Washington DC, 2010. La fuente exacta citada es: Pan American Health Organization, Health Surveillance and Disease Management Area. Health Statistics and Analysis Unit. Based on United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). World Population Prospects: The 2008 Revision, CD-ROM Edition. 2009 http://www.paho.org/Spanish/SHA/coreda-ta/tabulator/newTabulator.htm

32 C.M.: Informes Anuales de Avances de Metas del PNAIA 2002-2010

33 MIMDES. Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002 – 2010. Elaborado para el MIMDES por equipo técnico de Proyecta. Lab: Juan Arroyo, Héctor Pereyra, Alberto Arenas, Julio Portocarrero, Milos Lau, Keyss Torres. Mayo de 2010.

d) Causas

Según el Ministerio de Salud[34] las principales causas de *muerte neonatal* en el 2006 fueron la asfixia (23%), Síndrome de Distress Respiratorio (10%), infecciones (14%) y malformaciones congénitas (9%). La *mortalidad perinatal* se relaciona estrechamente con la edad de gestación de la madre y el peso del recién nacido, así como con la calidad de la atención brindada en los primeros minutos de vida. Según el reporte nacional de muertes perinatales de las DIRESA,[35] el 60% corresponde a recién nacidos que pesaron menos de 2 500 gramos. En perspectiva a reducir las causas prevenibles de mortalidad, podemos afirmar que hasta un 60% de esta mortalidad es evitable (bajo peso al nacer).

El Informe de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,[36] sobre las causas de la *mortalidad infantil* (menores de 1 año) en el 2006, señala que el 43% de las muertes fueron por problemas perinatales, 18% por infecciones, 13% por malformaciones congénitas, 10% por accidentes respiratorios, 2% por desnutrición y 14% por otras razones. En términos de causas de muerte prevenibles se puede inferir que hasta un 46% de estas muertes infantiles son evitables. En el 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó estimaciones sobre la distribución de las causas de muerte en *niños menores de 5 años* en el 2008. En el Perú las causas principales están alrededor de las circunstancias que provocan la muerte prematura de niños (25%), seguidos por anomalías congénitas (16%), neumonía (15%) y asfixia perinatal (10%).[37] Hasta un 37 % de estas muertes son evitables.

2. Desnutrición crónica infantil

La *desnutrición crónica* se manifiesta como un retardo de crecimiento en la estatura de los niños que no logran cumplir los estándares normales de crecimiento. Se trata de un indicador resumen que revela muchas insuficiencias, asociado a contextos desfavorables para el niño, como medios insalubres que traen consigo enfermedades infecciosas y diarreas, inadecuada alimentación, escasa estimulación temprana, anemia, entre otros problemas que afectan su futura capacidad de aprendizaje (afecta la reproducción de neuronas y sinapsis nerviosas características de esta edad) y otras áreas importantes del desarrollo del niño (pro-actividad, autoestima, seguridad emocional, entre otros). En las etapas posteriores de crecimiento es poco probable que este potencial se recupere.

a) Estado actual [38]

De los más de 3´248,000 niños de 0 a 5 años, entre el 2009 y 2010 alrededor de 753,597 fueron afectados por la desnutrición crónica, lo cual representa el 23,2% de la población infantil de estas edades. Las brechas se pronuncian al comparar la situación de los niños del área urbana y rural. En el Perú 14 de cada 100 niños menores de 5 años que viven en el área urbana sufren de desnutrición crónica (14,1%), mientras que 39 de cada 100 padecen de ella en el área rural (38,8%). A nivel de regiones naturales, la zona de sierra presenta los promedios más altos de desnutrición crónica (34,4%). [39]

La desnutrición crónica se inicia en el periodo de gestación produciendo la desnutrición fetal, la cual se mide con el peso del recién nacido. Actualmente se calcula a nivel nacional que 8% de niños tienen bajo peso al nacer. Huancavelica encabeza la lista de regiones con mayor desnutrición crónica de niños menores de 5 años registrada entre el 2009 y 2010. Casi la mitad de su población infantil es afectada por ella (más de 35 mil niños, equivalente al 54,6%). Le siguen Cajamarca (40,5%), Ayacucho (38,8%), Apurímac (38,6%), y Huánuco (37,4%). Por otro lado, Tacna, Moquegua y Lima registran las más bajas tasas (3%, 5,7%, y 8,9% respectivamente). [40]

Informes recientes muestran que existen 383 distritos con alto nivel de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil. En ellos viven más de de 300 mil niños menores de 5 años, que tienen una probabilidad del 87% de caer en desnutrición. De igual modo, hay 474 distritos, donde viven más de 298 mil niños menores de 5 años, que también presentan una vulnerabilidad alta de sufrir desnutrición crónica.[41]

b) Contexto Internacional

Al comparar el Perú con otros países de América Latina y el Caribe en los últimos años (UNICEF, 2007),[42] lo ubicamos dentro de los 5 países con mayores tasas de desnutrición crónica de niños menores de 5 años (24%), siendo Chile, Jamaica y Argentina los países en los que este problema afecta a un menor porcentaje de niños (1%, 3% y 4%, respectivamente). En el Perú, al igual que a nivel internacional, la desnutrición crónica afecta más luego de los seis meses de edad, debido a la protección brindada por la práctica vigente de la lactancia materna.

c) Evolución

En los últimos 4 años la desnutrición crónica de niños menores de 5 años según áreas de residencia se redujo

34 MINSA. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima, 2009.

35 Aplicativo Analítico BABIES

36 PCM. Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perú 2008. Presidencia del Consejo de Ministros.

37 Datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010.

38 Para analizar la situación de la desnutrición crónica infantil consideramos los parámetros de referencia de la Organización Mundial de la salud (OMS), como el patrón más adecuado para evaluar la situación nutricional de los niños en nuestro país, en tanto confirma que todos los niños tienen igual potencial de desarrollo y además tiene mayor sensibilidad para detectar o captar cuadros más leves de desnutrición que con los antiguos parámetros (NCHS) no se detectaban.

39 Datos estimados en base a la ENDES Continua, 2010 y el Censo de Población, 2007 del INEI. Publicados en: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2010. Primeros resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua. Febrero, 2011.

40 Los datos regionales de desnutrición crónica corresponden a información recopilada por la ENDES Continua en los años 2009 y 2010.

41 Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil desde la perspectiva de la pobreza, 2010. Programa de Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas del Perú y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

42 Adaptado del Estado Mundial de la Infancia, UNICEF 2007.

de 28,5% en el 2007 a 23,2% en el 2010 (5,3 puntos), principalmente en el área rural. Así, entre el 2007 y 2010 la desnutrición crónica de niños menores de 5 años disminuyó de 15,6% a 14,1% en área urbana y de 45,7% a 38,8% en área rural.[43] El promedio del descenso en los últimos 20 años se ha mantenido en poco más de un punto anual; proyectando estas tendencias hacia la desnutrición cero requeriríamos entre 15 a 20 años para erradicarla.

d) Causas

Tradicionalmente se ha manejado la causalidad de la desnutrición infantil como un problema de falta de alimentos. Ahora hay variados marcos conceptuales que la explican desde un enfoque multicausal, como el de UNICEF, el de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y el del Ministerio de Salud (MINSA), que reconocen que en el problema de la desnutrición entran a tallar otros factores, algunos de orden económico, político, cultural y social. La desnutrición generalmente se inicia desde la etapa pre-natal por insuficiente nutrición materna, y continúa en los primeros meses, por falta de lactancia materna. Posteriormente, se agrava por la introducción tardía e insuficiente de alimentos complementarios debido a problemas de inseguridad alimentaria de su familia y/o dificultades de aprovechamiento de los mismos por presencia simultánea y persistente de enfermedades infecciosas (diarreas, infecciones respiratorias agudas, entre otras).

3. Anemia infantil

Dentro de los componentes de la desnutrición infantil, está el déficit de micronutrientes, dentro de los cuales la anemia por deficiencia de hierro es la de mayor prevalencia en América Latina y el Perú. Combatir la anemia es especialmente importante durante el periodo neonatal y la niñez, pues es causa importante del retardo cognitivo y dificultades de aprendizaje de los niños en las escuelas y se relaciona con el menor desarrollo intelectual.

a) Estado actual

En el 2010 se registró que más de la mitad de niños que tienen entre 6 y 35 meses de edad en el Perú sufren de anemia (50.3%).[44] Este problema se presenta desde temprana edad; los niños entre los 6 a 9 meses ya la sufren en un porcentaje importante, alcanzando su máxima prevalencia alrededor del año de vida (83.2%).[45]

En la costa y zona urbana se presentan menores porcentajes de anemia nutricional en los niños de estas edades (41,5% y 46.6%, respectivamente), comparativamente a los que proceden de la sierra, la selva y zonas rurales (60,1%, 52,5% y 56.6%, respectivamente). A medida que los quintiles de riqueza son mayores, la proporción de niños con anemia disminuye. Es decir, cuanto mayor es el ingreso económico de la población, tienden a disminuir la presencia de niños con anemia nutricional (quintil inferior: 59.4%, quintil superior: 31%). Puno es el departamento que en la actualidad presenta mayores tasas de anemia, donde 7 de cada 10 niños de 6 a 36 meses sufren de anemia (78,1%), seguido por Huancavelica (71,5%), Huánuco (66,5%) y Ucayali (65,3%). Como se aprecia, todas son de la sierra y selva. Por otro lado, las regiones con menor porcentaje de niños de estas edades con anemia en el Perú son Junín, Piura y Lambayeque (41,4%, 36,8% y 32,2% respectivamente). [46]

b) Contexto internacional

Según UNICEF (2008) la deficiencia de hierro o anemia es el tipo de desnutrición de mayor prevalencia en América Latina y el Caribe (ALC). La prevalencia de la anemia ferropénica en la región es de 35% en las embarazadas y 19% en las niñas y los niños en edad escolar. Esta prevalencia es mayor durante el período neonatal y la niñez con respecto a cualquier otra etapa de la vida. Además, de 48% a 63% de los lactantes y niños pequeños sufren anemia en ALC (75% o más en lactantes de 6 a 12 meses de edad), lo que significa que afecta a alrededor de la mitad de niños menores de 5 años y de las mujeres en edad fértil. [47]

c) Evolución

Entre el 2007 y 2010 la prevalencia de anemia de niños de 6 a 36 meses de edad se ha reducido en 6,5 puntos, al pasar de 56,8% a 50,3%. En el área urbana se produjo el mayor progreso en este periodo (6.7 puntos), pues el porcentaje de niños con anemia se redujo de 53,3% a 46,6%. En el área rural se pasó de 61% a 56,6%, con una disminución de 4.4 puntos porcentuales. En la costa se experimentó la mayor reducción durante estos años, descendiendo de 50,3% a 41,5% (8.8 puntos). Sin embargo, en la selva se incrementó el porcentaje de niños de estas edades con anemia, pasando de 52.4% en el 2007 a 52.5% en el 2010.[48]

d) Causas

La anemia se debe principalmente a la baja ingesta de alimentos de origen animal, que son fuentes ricas de hierro más fácilmente absorbibles (heme), al alto consumo de cereales y legumbres, que contienen fitatos que inhiben la absorción de hierro y a las infecciones y parasitosis intestinales. Alimentos fortificados con hierro han demostrado reducir la prevalencia de anemia en niños de edad pre escolar de 40% a 10% en menos de un año.[49]

Entre los 6 y 9 meses, el 69% de niños sufre de anemia, que se eleva a 83.2% entre los 10 y 11 meses, cuando se presenta un cambio y una disminución progresiva hasta alcanzar 28% en los niños entre los 48 y 59 meses. Esto indica que a partir de los 6 meses, cuando la lactancia materna exclusiva deja de ser un alimento insustituible, la

43 Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES Continua, 2010.
44 INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2010.
45 INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2004-2006
46 INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2010.
47 UNICEF. Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. UNICEF TACRO, Panamá. Enero 2008
48 INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES Continua 2010.
49 Junshi Chen in Iron Fortification: Country Level Experiences and Lessons Learned, American Society for Nutritional Sciences, 2002. www.gainhealth.org. Citado en Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. UNICEF TACRO, Panamá. Enero 2008

dieta proporcionada a los niños no asegura una nutrición eficaz para evitar que ellos presenten anemia. También indica que las madres de los niños de zonas rurales y de bajos niveles económicos desconocen el poder nutritivo de los alimentos, o que tienen hábitos dietéticos deficientes que no garantizan una nutrición adecuada de los niños.

4. Problemas alimentario-nutricionales: Estrategias y Programas Nacionales

En el Perú, las estrategias nacionales más importantes que actualmente orientan sus esfuerzos a la reducción de la desnutrición crónica en los niños y las niñas menores de 5 años son la Estrategia Nacional Crecer, la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y el Programa Articulado de Nutrición, cada una de las cuales se implementa a través de diversos programas alimentario-nutricionales. Los de mayor presupuesto y alcance a nivel nacional son: el Programa de Complementación Alimentaria, donde el Estado invirtió S/.185 millones en el 2008, el Programa del Vaso de Leche (S/.384 millones) y Programa Integral de Nutrición (S/.450 millones).[50]

Algunos resultados de un reporte reciente del MEF [51] con relación al progreso del *Programa Articulado Nutricional (PAN)* señalan que entre el 2007 y 2009 la desnutrición crónica infantil disminuyó de 22.6% a 19%. Sin embargo, para alcanzar la meta de 16% para el 2011 será necesario implementar esfuerzos adicionales en la cobertura y calidad. Se presenta una disminución en la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y la incidencia de infecciones respiratorias agudas, pero no en la incidencia de enfermedades diarreicas (EDA) o en el porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Por otro lado, no se evidencia progreso en el indicador de niños con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) por los niveles extremadamente bajos de su cobertura (18.9% en 2009).

Los programas orientados a la reducción de la mortalidad infantil congregan, alrededor de la rectoría del MINSA, un conjunto de niveles descentralizados de gobierno, principalmente regionales y provinciales, a través de los cuales se han logrado progresos importantes en la asignación focalizada de presupuestos a las regiones priorizadas. Entre ellos: el Programa Salud Materno Neonatal; los Programas de Inmunizaciones; Control de Crecimiento y Desarrollo; Control de Enfermedades Diarreicas; Control de Infecciones Respiratorias y el Programa de Atención al Medio Ambiente. El reto actual es focalizar y nivelar sus coberturas, muchas veces disímiles, y fortalecer la capacidad de gestión de los gobiernos descentralizados, a los cuales han sido transferidos los servicios y presupuestos del MINSA.

En el informe del MEF [52] sobre el progreso del *Programa Salud Materno Neonatal* se destaca que no hay progreso en la mortalidad neonatal entre 2007 y 2009 pues la diferencia entre las tasas registradas en ambos años no es significativa (15% y 13% respectivamente). Tampoco hubo progreso en otros indicadores como la cobertura del parto institucional rural atendido por un personal de salud calificado, del parto por cesárea en gestantes procedentes de zonas rurales, o la proporción de recién nacidos vivos con menos de 37 semanas. Sin embargo, se produjo un incremento significativo en la proporción de recién nacidos vivos atendidos en un establecimiento de salud (de 76.6% en 2007 pasó a 80.5% en 2009). Además, el porcentaje de madres gestantes con 6 atenciones prenatales pasó de 76.4 % a 81.5 %, y con, por lo menos, un control prenatal en su primer trimestre de embarazo creció de 71.3% a 72.9%.

Propuestas

Nuestras propuestas apuntan a lograr las metas de *desnutrición crónica infantil y anemia cero, así como de mortalidad infantil prevenible cero* en el Perú. Metas posibles en *10 años* si en el siguiente periodo gubernamental la autoridad se compromete a disminuir en la mitad las tasas actuales de cada indicador. Así, en el siguiente periodo, con un aparato estatal funcionando mejor y una ciudadanía participando en la implementación de las políticas de primera infancia, se podría lograr la erradicación. El indicador "desnutrición cero" no implica "tasa cero" en sentido estadístico, pues esta enfermedad también está asociada a males congénitos que llevan de todos modos a que siempre exista un porcentaje mínimo de niños con desnutrición. En países como Chile, reconocidos por haber erradicado esta enfermedad, la tasa de desnutrición crónica de niños menores de 5 años asciende al 1%.[53]

1. Siete intervenciones clave

Existen 7 intervenciones que consideramos clave para erradicar la desnutrición infantil y la mortalidad materno-infantil por causas prevenibles en el Perú, que las políticas y programas sociales del Estado deben fortalecer, o poner en agenda:

a) Garantizar la alimentación adecuada y suplemento de hierro para madres gestantes, aumentando la cobertura de atención pre-natal y el suministro de sulfato ferroso de calidad a los centros del primer nivel de atención de salud, regulando la dosificación para las madres que no lo toleran y orientándolas para que lo consuman y superen ciertas

50 Datos publicados en Estudio propuesta de reforma de programas alimentario-nutricionales en Perú. Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas en Perú. Elaboración: Enrique Vásquez. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima, 2010

51 Ministerio De Economía y Finanzas. Reporte de Progreso en la obtención de Resultados de los Programas Estratégicos iniciados en 2008: Programa Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Logros de Aprendizaje al Finalizar El III Ciclo de la Educación Básica Regular y Acceso de la Población a la Identidad. MEF. Dirección Nacional de Presupuesto Público. Lima, Agosto de 2009.

52 Ibídem.

53 Adaptado del Estado Mundial de la Infancia, UNICEF 2007. Publicado en Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe. Guías para Líneas de Acción. UNICEF TACRO, Panamá. Enero 2008.

resistencias culturales o hábitos inadecuados de consumo.

b) Garantizar que las madres tengan una atención adecuada para el parto, extendiendo y mejorando el funcionamiento de las Casas de Espera Materna, especialmente en zonas con limitado acceso a servicios de salud, así como generando condiciones para la atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural en zonas donde resulta pertinente. Ello requiere implementar los centros de salud con la tecnología necesaria para realizar esta práctica y asegurar personal calificado para ello.

c) Proteger y mejorar las condiciones de la madre trabajadora para asegurar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño, estableciendo facilidades en los centros laborales o promoviendo guarderías temporales para la madre que trabaja en el sector informal de la economía.

d) Asegurar la disponibilidad y consumo de alimentos complementarios adecuados para los niños en las familias. En relación a la atención directa del niño, esta es la primera intervención clave. Las familias requieren contar desde el destete del niño con alimentos semisólidos que puedan darle 5 veces al día, especialmente a menores de 3 años. Las "papillas nutricionales" distribuidas a través de los programas de atención alimentaria requieren mejorar su sabor y aceptabilidad cultural para incrementar su consumo, ligando su composición a la producción local de alimentos nativos. La distribución de alimentos debe estar acompañada de orientación familiar para maximizar la efectividad de la intervención.

e) Articulación y focalización de la atención de los servicios de salud y mejoramiento de la calidad del agua y saneamiento. Esto es clave para mejorar la calidad de atención de la salud infantil e implica articular los distintos programas del MINSA en localidades priorizadas, integrando atenciones dirigidas al niño como el control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas y parasitarias, y control de infecciones respiratorias agudas mediante estrategias de organización de la demanda desde la comunidad, en articulación con acciones destinadas a mejorar la calidad del agua y el saneamiento a nivel del hogar.

f) Potenciar el adecuado cuidado de la salud, alimentación y estimulación del niño desde el hogar, orientando a las familias de los niños en prácticas clave como el lavado de manos, el tratamiento y almacenamiento seguro del agua en el hogar, la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, la inclusión regular de "chispitas nutricionales" y "papillas espesas" en la alimentación de los niños, entre otras, identificando y ayudándolos a superar las barreras culturales y hábitos que los restringen. De igual modo, los programas de alfabetización de adultos deberían incluir estas prácticas en sus contenidos de enseñanza y se deben crear o fortalecer los componentes de orientación familiar en los programas alimentario-nutricionales y de salud para tener mejor impacto en la nutrición del niño.

g) Incrementar y fortalecer la oferta pública de servicios de cuidado y educación temprana para niños menores de 4 años (Wawa Wasis, Cunas, SET, PIETBAF, PAIGRUMA). Esto debiera ser consecuencia de una sinergia entre los servicios de salud y educación para obtener un mejor impacto en el desarrollo infantil. En todos los casos se requiere identificar los servicios más pertinentes para cada realidad y fortalecer la calidad de la oferta actual, incluyendo la atención alimentaria, orientación nutricional y en salud a las familias.

2. Medidas sobre el marco de las políticas de primera infancia

Las intervenciones anteriores no serán posibles sino se establece un MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL de las políticas dirigidas a la primera infancia. Creemos que dos medidas relacionadas son necesarias para que las siete intervenciones propuestas puedan funcionar: crear condiciones para el liderazgo y sostenibilidad de políticas descentralizadas y participativas de primera infancia; y, desarrollar sistemas de información local y vigilancia comunitaria sobre el crecimiento y desarrollo de la primera infancia.

a) Crear condiciones para el liderazgo y sostenibilidad de políticas descentralizadas y participativas de primera infancia. Se requiere un marco legal que fortalezca e institucionalice la coordinación, planificación multisectorial y participación ciudadana alrededor del bienestar infantil en el seno del nivel nacional, gobiernos regionales y municipalidades. Esta coordinación debe tener carácter vinculante con la asignación de recursos públicos, y además debe permitir establecer y disposiciones del gasto público que otorguen y faciliten la movilización de recursos municipales para los gastos operativos requeridos para expandir y mejorar los servicios de atención infantil (contratación de personal, dotación de materiales, equipamiento básico, etc.). De igual modo, se requiere desarrollar medidas orientadas a asesorar o fortalecer la capacidad de los municipios provinciales y locales para liderar y gestionar políticas municipales de salud y nutrición así como gestionar proyectos de inversión pública dirigidos al desarrollo de la primera infancia y posicionarlos como una prioridad en los presupuestos participativos.

b) Generar sistemas distritales de información integrada sobre el estado nutricional y de desarrollo de cada niño menor de 5 años de la comunidad. Estos sistemas deben permitir hacer un seguimiento y auditoria social de sus progresos. Aportarían una base de datos que ayude a las autoridades a monitorear el impacto de los programas de su jurisdicción y a tomar decisiones para mejorar resultados. Esto se podría hacer expandiendo servicios a nivel local como Centros de Vigilancia Comunitaria del Crecimiento y Estimulación del desarrollo del Niño, donde además de realizar el control de peso y talla del niño, funcionan como centros de recursos y orientación a las familias. Los datos de los Censos Anuales de Talla Escolar a niños de 6 años que asisten a primaria pueden ayudar a focalizar las intervenciones para atender la desnutrición crónica infantil en localidades de provincias o distritos con mayores problemas. Se requiere también desarrollar capacidades técnicas en los municipios para consolidar y analizar información integrada destinada a la focalización y monitoreo de las intervenciones.

5. Primera infancia y responsabilidad ciudadana

El *enfoque de responsabilidad ciudadana* es nuestro marco para la acción, que se centra en cómo involucrar al ciudadano, a nivel individual o institucional, en la implementación de políticas a favor de la primera infancia en el Perú. Busca una concientización social que actúe como incentivo para la acción, esto es, generar una corriente de opinión que sea capaz de movilizar voluntades, decisiones, recursos y acciones concretas a favor de la primera infancia peruana.

Situación actual

El ejercicio de la responsabilidad ciudadana por la primera infancia resulta fundamental para países que buscan asegurar el logro de resultados más efectivos y sostenibles. Muchos países en América Latina han logrado reducir significativamente o erradicar la desnutrición crónica infantil de su territorio gracias al apoyo de una movilización social amplia por la primera infancia (Ej. Chile, nordeste de Brasil).

En nuestro país, diversas iniciativas de organizaciones sociales y empresariales que trabajan en la línea de la responsabilidad social nos dejan lecciones importantes, que demuestran que el cambio a favor de la primera infancia sí es posible. Sólo se requiere un trabajo articulado, adecuando las buenas prácticas a nuestras necesidades e implementando proyectos de desarrollo social con capacidad de gestión.

Propuestas

Blog de Noticias Inversión en la Infancia

2.1. Una estrategia de comunicación sobre primera infancia

Como propuesta central en la línea de responsabilidad ciudadana por la primera infancia planteamos *construir una estrategia de comunicación sobre primera infancia que tienda un puente entre el Estado y el ciudadano*, que haga visible la información sobre la situación de los niños menores de 5 años y lo que el Estado tiene planificado para su atención. Esta información debe trasladarse al ciudadano, para generar una movilización social por la primera infancia. El lenguaje con que lleguemos al ciudadano no debe estar dirigido sólo a la mente sino también al corazón. Por eso resulta esencial que la difusión de información vaya acompañada de acciones de sensibilización, diseñadas desde el diálogo con el mismo público al que van dirigidos.

2.2. Un Infobarómetro de la Primera Infancia

Impulsaremos un observatorio dirigido al ciudadano que ayude a realizar seguimiento y vigilancia social de los indicadores críticos sobre la primera infancia en nuestro país y los presupuestos que se destinan a ella. En ese marco, convocaremos a *mesas de diálogo* con un público diverso de actores sociales (empresarios, académicos, políticos, periodistas y representantes de medios de comunicación, artistas, organizaciones juveniles, organizaciones de base, entre otros) para acordar cómo capturar su interés en la inversión a favor de la primera infancia en el Perú.

2.3. Movilización social por la primera infancia

Iniciaremos un conjunto de acciones orientadas específicamente a promover la movilización social por la primera infancia a través de acciones que van desde difundir mensajes en favor de la infancia en los distintos medios de comunicación disponibles, ofrecer una "bolsa de ideas" a las empresas o instituciones interesadas en asumir la responsabilidad social por la primera infancia, hasta apoyar la formación de agentes públicos para diseñar y gestionar proyectos dirigidos a la infancia. Difundiremos también estrategias creativas para canalizar la voluntad de los jóvenes que están interesados en hacer cosas importantes por los niños más pequeños del país, tales como: voluntarios que apoyan campañas de salud en las familias; que promueven la lectura y expresión artística infantil o que difundan en sus comunidades campañas de buen trato y de ejercicio de derechos.

LIMA, 3 DE DICIEMBRE DE 2010

Perú Inversión en la Infancia

Factor clave para la erradicación de la pobreza

Con el auspicio de:

Con la colaboración de:

Coordinación y Producción: salgalú Comunicación & Responsabilidad Social

Con el apoyo de: Bernard van Leer Foundation