



Situación de la Salud Infantil, y el Desarrollo Infantil Temprano en la Región Andina





●

Situación de la Salud Infantil, y el Desarrollo Infantil Temprano en la Región Andina

●

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

SITUACIÓN DE LA SALUD INFANTIL, Y EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN LA
REGIÓN ANDINA.

Lima, 2023.

110 pág. Ilus.

SALUD INFANTIL/ políticas, planes, intervenciones / DESARROLLO INFANTIL
TEMPRANO/ Recursos humanos/ Sistemas de información/ COVID19/ Región Andina/
salud materna/bienestar

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2023- 13122

Lima, Perú

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria ejecutiva ORAS-CONHU.

Dra. Marisela Mallqui Osorio. Secretaria adjunta ORAS-CONHU.

Dra. Magda Hinojosa, Coordinadora de Curso de Vida ORAS-CONHU.

Dr. Guillermo E. Guibovich Pérez, Consultor encargado de la elaboración del documento.

Coordinación editorial:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Responsable de Comunicaciones.

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD–CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2023

Av. Paseo de la República N.º 3832 – San Isidro. Oficina 301. Lima - Perú

Teléfono: (00-51-1) 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, noviembre 2023



Atribución-No Comercial-Compartir Igual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), bajo el criterio de Acceso Abierto. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.

PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

BOLIVIA

Dra. Patricia Apaza Peralta
Dra. Rossi Calizaya
Dra. Dalila Dávila Hillman

CHILE

Dra. María Inés Romero
Dr. Gonzalo Rubio Schweizer
Lic. Nicole Garay
Dr. Dayan Martínez

COLOMBIA

Dra. Natalia Munarth Rubio
Dra. Luisa Fernanda Moyano Ariza
Dra. Blanca Cecilia Hernández Torres

ECUADOR

Dra. Alicia Mariferanda Zavala Calahorrano
Dr. Andrés Alejandro Viteri García

PERÚ

Lic. Laura Matilde Veramendi Benites
Lic. Blanca Sofía Távara Campos
Lic. Julie Mariaca Oblitas

VENEZUELA

Dra. Susana Ponte
Lic. Mirna Mucura
Lic. Cecilia Domínguez



Índice

Presentación	07
Introducción	08
1. Marco conceptual del Desarrollo Infantil Temprano (DIT)	11
2. Salud de mujeres, niñas y niños 2017-2019	19
2.1 Situación demográfica	
2.2 Situación socioeconómica	
2.3 Sistema de atención sanitaria	
2.4 Estado de salud	
2.5 Desarrollo Infantil Temprano	
3. Impacto de la Pandemia de COVID-19 sobre los servicios de salud y sobre la salud de mujeres, niñas y niños	45
3.1. Situación demográfica y socioeconómica	
3.2. Servicios de salud durante la pandemia	
3.2.1 Organización de la atención	
3.2.2 Recursos humanos	
3.2.3 Sistemas de información	
3.3. Estado de salud de mujeres, niñas y niños durante la pandemia	
3.4. Desarrollo infantil temprano durante la pandemia	
3.5. Calidad de la atención a mujeres, niñas y niños durante la pandemia	
4. Políticas, planes y programas en salud materna e infantil	57
4.1. Bolivia	
4.2. Chile	
4.3. Colombia	
4.4. Ecuador	
4.5. Perú	
4.6. Venezuela	
5. Principales fortalezas, debilidades y oportunidades	75
6. Conclusiones	79
7. Recomendaciones	81
Bibliografía	83
Anexo 1. Anexo estadístico	91
Anexo 2. Políticas, planes y programas orientadas al DIT	103



Presentación

Los procesos que se involucran para lograr la salud y bienestar en estas etapas tempranas de la vida son muy complejos y múltiples, los que influyen y determinan sus oportunidades y calidad de vida a futuro. Además de ser importante las intervenciones en la alimentación y nutrición de los niños y niñas, se requiere el reconocimiento e intervención en otras áreas de su desarrollo como el área cognitiva, el área del lenguaje, el área socio-emocional y el área motora principalmente, además de las condiciones de salud de la gestante y los determinantes sociales, económicos, entre otros que influyen en el logro de la salud infantil.

Garantizar el bienestar de la infancia es una condición esencial para los estados a fin de cumplir la Agenda 2030 y, hacer realidad los ODS es una apuesta por un modelo social y político que pone en el centro a las niñas y niños, en especial a los más vulnerables. La Agenda 2030 representa una gran ocasión para que los países andinos respondan de manera efectiva a la lucha contra la pobreza, la desigualdad y a favor de la sostenibilidad. Para ello, es imprescindible contar con información adecuada, que genere evidencias y conocimiento para la toma de decisiones apropiadas.

Si bien la infancia, presenta ventanas de oportunidad para favorecer el desarrollo infantil temprano, también constituye un momento de alta vulnerabilidad para aquellos niños que crecen en ambientes pobres en estimulación, con privaciones o con interacciones negativas. Por eso, es imprescindible generar acciones destinadas a garantizar un buen comienzo de la vida.

En razón a este conocimiento, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue en cumplimiento a su función articuladora y de fortalecimiento de la integración regional en salud para promover el derecho a la salud, a través del desarrollo de políticas y estrategias para resolver problemas comunes de los países andinos, consideramos de suma importancia el documento SITUACIÓN DE LA SALUD INFANTIL, Y EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN LA REGIÓN ANDINA. “Situación de la salud infantil, y el desarrollo infantil temprano en la Región Andina”, que es producto de una profunda investigación que presentamos, como un documento referente para los 6 países andinos y que permitirá en base a las conclusiones y recomendaciones que de ella se desprenden, construir una hoja de ruta que logre plantear políticas públicas innovadoras a favor de nuestra infancia.

Dra. María del Carmen Calle
Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU



Introducción

América Latina y el Caribe (ALC) han mejorado sustancialmente las condiciones de vida de la infancia en las últimas dos décadas. Mientras que 60,2 % de niñas y niños menores de 15 años vivían en situación de pobreza en 2002, esta cifra se redujo a 46,7 % en 2016 (Unidad de Políticas Sociales-UNICEF LACRO, 2022). Las niñas y niños de esta parte del mundo tienen menos probabilidades de morir en el parto o en sus primeros años de vida, gozan de mejor salud, están mejor nutridos y casi todos van a la escuela (Banco Mundial, 2022). Sin embargo, estos logros no han sido equitativos, evidenciando diferencias entre las niñas y niños de familias socioeconómicamente más favorecidas y las niñas y niños de familias socioeconómicamente menos favorecidos (Unidad de Políticas Sociales-UNICEF LACRO, 2022).

La Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015 por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, constituyen un llamamiento para terminar con la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todos los habitantes disfruten de paz y prosperidad en el año 2030. Los ODS van de la mano con un conjunto de metas a alcanzar, muchas de las cuales aluden directamente a la población infantil y a sus madres. La misma Agenda 2030 lleva implícita los siguientes principios: (i) universalidad en tanto

involucra a todos los países, al margen de su nivel de desarrollo; (ii) interconexión de los 17 ODS, de modo que no se puede elegir unos u otros; (iii) inclusión y participación de todos los segmentos de la sociedad; (iv) cooperación entre múltiples partes interesadas y; (v) no dejar a nadie atrás, esto es, llegar a todas las personas necesitadas (United Nations, 2019).

En septiembre de 2019 se constató que, a pesar de algunos avances en las intervenciones para el logro de los ODS, ellas no se estaban desarrollando a la velocidad y escala necesarias, por lo que en 2020 se inició la llamada Década de Acción para acelerar las soluciones sostenibles, plasmadas estas en políticas, planes, presupuestos, marcos reguladores nacionales y locales, y la participación de todas las partes interesadas para impulsar las transformaciones necesarias (Naciones Unidas, 2020).

Ya en 2007, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), había remarcado que la principal característica de la situación de salud de las poblaciones era la inequidad en sus resultados sanitarios y que, por lo tanto, había que enfrentar los determinantes sociales de dicha situación para “no dejar a nadie atrás”, como lo señala la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Sin embargo, “esta misión genera una demanda sin precedentes de datos locales

y desglosados para analizar los resultados y hacer un seguimiento de los progresos” (United Nations, 2019, p. 1).

Si en 2000 eran 7 los países que contaban con políticas nacionales multisectoriales en favor del DIT, en 2014 esta cifra alcanzó a 68 países, 45 % de ellos eran de ingresos bajos y medianos. Durante ese periodo, también se incrementaron sustancialmente las inversiones encaminadas a ese objetivo. Por ejemplo, desde 2000 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha aprobado más de 150 proyectos, por un valor superior a US\$ 1.700 millones. Entre 2000 y 2013, el Banco Mundial invirtió US\$ 3.300 millones en 273 proyectos, principalmente relacionados con programas de salud, nutrición y población. Con todo, la inversión es insuficiente teniendo en cuenta las necesidades y los efectos de las intervenciones disponibles (The Lancet, 2016).

Cuatro estudios de casos realizados en países de distintas regiones del mundo demuestran que se pueden llevar a gran escala programas nacionales que son efectivos y sostenibles. Sin embargo, para que esto suceda es un requisito indispensable el contar con el liderazgo de las autoridades y dar prioridad a las políticas adecuadas. Los gobiernos disponen de distintas opciones para alcanzar las metas y los objetivos fijados en relación con el DIT, desde iniciativas que promuevan cambios y abarquen a diversos sectores gubernamentales, hasta la ampliación progresiva de servicios existentes. Los servicios y las intervenciones en favor del desarrollo de los niños pequeños son fundamentales, para que todos ellos

alcancen el máximo de su potencial en el transcurso de su vida y para extender estos efectos a la siguiente generación. Este propósito es un elemento central de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (The Lancet, 2016).

Garantizar el bienestar de la infancia es una condición esencial para los estados, a fin de cumplir la Agenda 2030 y hacer realidad los ODS, pues es una apuesta por un modelo social y político que pone en el centro a las niñas y niños, en especial a los más vulnerables. La Agenda 2030 representa una gran ocasión para que los países andinos respondan de manera efectiva a la lucha contra la pobreza, la desigualdad y a favor de la sostenibilidad. Para ello, es imprescindible contar con información adecuada, que genere evidencias y conocimiento para la toma de decisiones apropiadas (CHALLENGING INEQUITY THROUGH HEALTH SYSTEMS. P. XIV, Gilson et al., 2007).

En la primera parte del presente documento se expone la situación de salud y del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) de los niños y niñas en sus primeros 5 años de



vida, la situación de salud de las madres y las principales barreras para el ejercicio de los derechos de unos y otras, en el marco de la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Para la primera parte se privilegió la información obtenida de fuentes secundarias, de instituciones como el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Mundial y otras. Se privilegió dichas fuentes porque los organismos internacionales desarrollan un proceso de estandarización de indicadores, para que se pueda hacer comparación entre países. En contadas ocasiones se han utilizado fuentes estrictamente nacionales, como los Ministerios de Salud, Institutos Nacionales de Estadística, encuestas nacionales e información programática, cuando la información no se encontró en las fuentes internacionales. Con el fin de contar con una referencia más allá de los seis países miembros del ORAS-CONHU, en varios casos se incorporó información del conjunto de países de ALC (Anexo 1).

La segunda parte del documento presenta las políticas, programas, planes u otras intervenciones que se vienen implementando o aplicando en los países andinos, que contribuyan a la salud materna e infantil y que se constituyen en avances y acciones hacia el alcance del óptimo DIT.

La información fue producto del aporte de los miembros del Grupo de Trabajo Andino de Salud Infantil del ORAS-CONHU y del resultado de la búsqueda documental en internet, en particular en las páginas web de los Ministerios de Salud de los países, del Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina (SITEAL)¹ de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), en la página web del Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)² de la Organización Mundial de la Salud y en la página web de Políticas y Programas Sociales de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)³.



1.

Marco
Conceptual del
Desarrollo Infantil
Temprano (DIT)

En su informe de 2017, *La primera infancia importa para cada niño*, el UNICEF enfatizó la importancia del desarrollo de la primera infancia y que para ello era necesario estimular los factores que propenden a que las niñas y los niños aprendan, resuelvan problemas y se relacionen con los demás, así como buscar contrarrestar los factores que impiden una nutrición adecuada, y propician la violencia, el maltrato y el abandono (UNICEF, 2017).

Sin embargo, reconociendo que “el desarrollo de la primera infancia abarca muchas dimensiones del bienestar de un niño, por lo que medirlo es una ciencia imprecisa” propuso hacerlo en tres dimensiones: calidad de la atención en el entorno del hogar, acceso a la educación en la primera infancia y el estado de desarrollo general de los niños (Cuadro 1) (UNICEF, 2022a <https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/overview/>).

Cuadro 1. Dimensiones e indicadores del Desarrollo de la Primera Infancia, UNICEF

Dimensiones	Indicadores
Calidad de atención en el entorno del hogar	• Porcentaje de niños (de 36 a 59 meses de edad) con los que cualquier miembro adulto del hogar ha participado en 4 o más actividades, para proporcionar estimulación temprana y atención receptiva en los últimos 3 días.
	• Porcentaje de niños (de 36 a 59 meses de edad) cuyo padre ha participado en 4 o más actividades, para proporcionar estimulación temprana y atención receptiva en los últimos 3 días.
	• Porcentaje de niños menores de 5 años que tienen 3 o más libros infantiles.
	• Porcentaje de niños menores de 5 años que se quedan solos o bajo la supervisión de otro niño menor de 10 años, durante más de 1 hora, al menos una vez en la última semana.
	• Porcentaje de niños menores de 5 años que juegan con 2 o más tipos de juguetes.
Acceso a la educación en primera infancia	• Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que asisten a un programa de educación para la primera infancia.
Desarrollo general	• Porcentaje de niños (de 36 a 59 meses de edad) en buen estado de desarrollo, en al menos 3 de los 4 dominios siguientes: alfabetización-aritmética, física, socioemocional y aprendizaje.

Fuente: Tomado y traducido de UNICEF, 2022a.

El **Perú**, a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS (2016) y Castillo (2018), formuló un marco conceptual y una definición, según ella el DIT:

Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos. El DIT

es un proceso que abarca desde la etapa de gestación hasta los cinco años de vida de la niña o del niño. (p. 9)

Dicho marco conceptual propuso una cadena causal y un conjunto de indicadores de resultado de los esfuerzos de las familias y la sociedad para el DIT, indicadores que comprenden dominios del estado de salud, establecimiento del vínculo entre la niña o el niño con su madre o un adulto significativo, desarrollo motor y de la comunicación (MIDIS, 2016; INEI/Perú, 2022b) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Resultados e indicadores priorizados en DIT, Perú

Resultado	Indicador	Definición
Nacimiento saludable	• Bajo peso al nacer	Porcentaje de niñas y niños con un peso al nacer inferior a los 2500 gramos.
	• Nacimiento prematuro	Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo.
Apego seguro	• Adecuada interacción madre-hija/o como precursora del apego seguro	Porcentaje de niñas y niños de 9 a 12 meses con una adecuada interacción madre-hija/o.
Adecuado estado nutricional	• Desnutrición crónica	Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (patrón de referencia OMS).
	• Anemia	Prevalencia de anemia (hemoglobina menor a 11g/dL) en niñas y niños de 6 a 35 meses.
Comunicación verbal efectiva	• Comunicación verbal efectiva	Porcentaje de niñas y niños de 9 a 36 meses con comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo apropiada para su edad.

Resultado	Indicador	Definición
Camina solo	<ul style="list-style-type: none"> • Camina por propia iniciativa sin necesidad de detenerse 	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses que caminan por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio.
Regulación de emociones y comportamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Regulan emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites 	Porcentaje de niñas y niños de 24 a 71 meses que regulan sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites.
Función simbólica	<ul style="list-style-type: none"> • Representación de sus vivencias a través del juego y el dibujo 	Porcentaje de niñas y niños de 24 a 36 meses que representan sus vivencias a través del juego y el dibujo.

Fuente: Tomado y adaptado de MIDIS 2016 e INEI/Perú 2022b.

El Gobierno de **Colombia**, ha implementado desde el 2013 la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia¹, con el fin de articular a los actores responsables de garantizar el desarrollo integral de las niñas y niños (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013). Posteriormente, mediante Ley 1804 de 2016, estableció la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, que definió al desarrollo integral de la primera infancia como “el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y autonomía”

1 La Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia considera como primera infancia al periodo comprendido entre la gestación y los 5 años, 11 meses y 29 días.

(Congreso de Colombia, 2016.p.2)². En 2019 se conformó un tablero de control de la Política de Primera Infancia, con indicadores a cargo de las entidades del Estado que conforman el CIPI (Cuadro 3) (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, 2020).

2 Con el fin de lograr una gestión eficiente y efectiva de la Política, se creó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia - CIPI, a través del Decreto 4875 de 2011, posteriormente modificado por el Decreto 1416 de 2018. La Comisión tiene como objetivo: coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo esta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados.

Cuadro 3. Indicadores del tablero de control de primera infancia, Colombia 2019-2022

Indicador	Entidad responsable de la atención
Porcentaje de niñas y niños en servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, que cuentan con documento de identificación personal.	Registraduría, ICBF y MEN
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia con afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	MSPS
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia atendidos en educación inicial en el marco de la atención integral, con esquema de vacunación completo para la edad.	MSPS
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia con valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud.	MSPS
Porcentaje de niñas y niños en servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, que cuentan con seguimiento nutricional.	ICBF
Porcentaje de niñas y niños en preescolar con educación inicial en el marco de la atención integral, que reciben requerimiento nutricional adecuado a través del Programa de Alimentación Escolar.	MEN
Porcentaje de niñas y niños con acceso a libros con contenido especializado para primera infancia en servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.	MinCultura, ICBF y MEN
Número de niñas y niños en primera infancia que acceden a programas de recreación.	MinDeporte
Porcentaje de niñas y niños cuyas familias participan en procesos de formación en servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral.	ICBF
Porcentaje de niñas y niños en preescolar con educación inicial en el marco de la atención integral, cuyas sedes cuentan con dotación para el fortalecimiento de ambientes pedagógicos en la primera infancia.	MEN
Porcentaje de niñas y niños en servicios de educación inicial y preescolar en el marco de la atención integral, cuyo talento humano cuenta con procesos de formación.	MEN, ICBF, MinDeporte, MinCultura

Indicador	Entidad responsable de la atención
Niñas y niños con educación inicial en el marco de la atención integral.	MEN, ICBF
Número de niñas y niños en servicios de educación inicial en el marco de la atención integral a la primera infancia.	ICBF
Niñas y niños en preescolar con educación inicial en el marco de la atención integral.	MEN
Cobertura universal de atención integral para niñas y niños en primera infancia en zonas rurales.	ICBF y MEN
Porcentaje de niñas y niños en servicios de educación inicial, en el marco de la atención integral que cuentan con seis o más atenciones priorizadas.	ICBF
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con atención integral en zonas rurales en municipios PDET.	MEN
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con atención integral en zonas rurales.	MEN
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con atención integral en zonas rurales, con acuerdos colectivos para la sustitución de cultivos de uso ilícito.	MEN
Porcentaje de niñas y niños en primera infancia que cuentan con las atenciones priorizadas en el marco de la atención integral.	MEN
Talento humano que realiza acciones para la atención integral de la primera infancia en procesos de formación inicial, en servicios o avanzada.	MinCultura
Talento humano que realiza acciones para la atención integral de la primera infancia en procesos de formación inicial, en servicios o avanzada.	MinDeporte
Talento humano que realiza acciones para la atención integral de la primera infancia en procesos de formación inicial, en servicios o avanzada.	MEN
Talento humano que realiza acciones para la atención integral de la primera infancia en procesos de formación inicial, en servicios o avanzada.	ICBF
Madres comunitarias nuevas en proceso de formación o cualificación en atención integral a la primera infancia.	ICBF

Indicador	Entidad responsable de la atención
Libros especializados para la primera infancia, producidos o adquiridos y distribuidos.	MinCultura
Usuarios que acceden a las plataformas Maguaré y Maguaré.	MinCultura
Producción o adquisición de contenidos audiovisuales o digitales para primera infancia, disponibles en Maguaré.	MinCultura
Municipios en los que se implementan programas de recreación para primera infancia.	MinDeporte
Niñas y niños en primera infancia víctimas de conflicto armado que han superado la situación de vulnerabilidad causada por el desplazamiento forzado.	UARIV
Porcentaje de mujeres gestantes con afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	MSPS
Mujeres gestantes atendidas en servicios de primera infancia.	ICBF

Nota: ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; MEN: Ministerio de Educación Nacional; MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social; MinCultura: Ministerio de Cultura; MinDeporte: Ministerio del Deporte; UARIV: Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Fuente: Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia (Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia, 2020).

El Gobierno de **Ecuador** adoptó en 2018, el marco conceptual de la serie de la revista *The Lancet*, sobre desarrollo infantil que afirmó que para el logro del desarrollo infantil era necesaria una crianza afectiva y sensible (nurturing care), y que esta consistía en “un entorno estable sensible a la salud y necesidades nutricionales de los niños, con protección contra amenazas, oportunidades

para el aprendizaje temprano e interacciones receptivas, de apoyo emocional y estimulantes del desarrollo” (Britto, 2017, p. 91). Por lo tanto, identificó un conjunto de indicadores para medir el desarrollo de los menores de cinco años y sus factores asociados (Cuadro 4) (INEC, 2022).

Cuadro 4. Indicadores para la medición de factores protectores y del riesgo del desarrollo infantil en Ecuador, 2018

Ámbito	Indicador	Edad de aplicación
Cobertura de servicios para la primera infancia	• Asistencia a centro de desarrollo infantil.	0-59 meses
	• Asistencia a centro de desarrollo infantil público.	0-59 meses
	• Asistencia a Centro de Desarrollo Infantil Integral del Ministerio de Inclusión Económica y Social.	0-59 meses
	• Atención del Programa Creciendo con Nuestros Hijos.	0-35 y 36-59 meses
Inventario HOME (Observación del Ambiente en el Hogar)	• Calidad del ambiente del hogar.	0-59 meses
Materiales y oportunidades de juego y promoción del aprendizaje en el hogar, FCI de UNICEF	• Disponibilidad de libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niñas y niños en el hogar ('libros infantiles').	0-59 meses
	• Variedad de juguetes con los que juega la niña o el niño en el hogar, según el uso ('variedades de juguetes').	0-59 meses
	• Variedad de actividades promotoras de juego realizadas en el hogar ('actividades de juego').	0-59 meses
Cuidado negligente	• Niñas y niños dejados al cuidado de otros niños.	0-59 meses
	• Niñas y niños dejados solos.	0-59 meses
Prácticas de disciplina negativa	• Maltrato físico.	0-59 meses
	• Maltrato físico severo.	0-59 meses
	• Maltrato psicológico.	0-59 meses
Desarrollo infantil	• Desarrollo motor grueso.	< 18 meses
	• Desarrollo del lenguaje.	12-59 meses
	• Desarrollo global.	36-59 meses

Fuente: INEC, 2018.



2.

Salud de mujeres,
niñas y niños
(2017-2019)

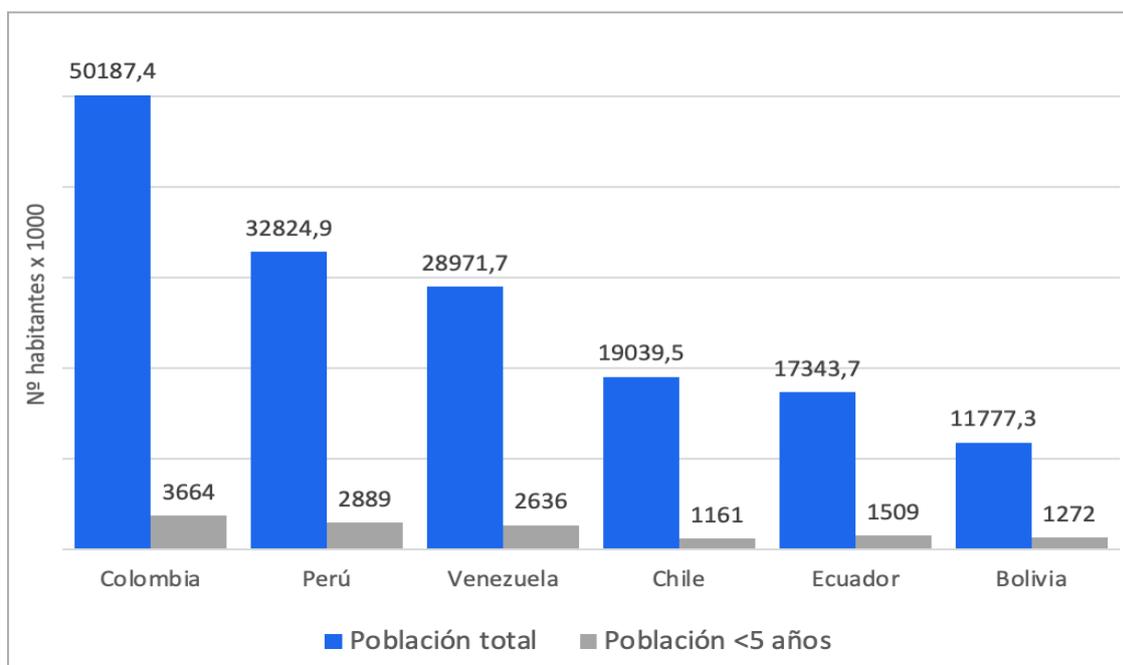
2.1 Situación demográfica

En 2019, el conjunto de países miembros del ORAS-CONHU alcanzó una población de poco más de 159 millones de habitantes, lo que representó el 25 % de la población de ALC. Para ese año, Bolivia fue el país con menor población, con cerca de 12 millones de habitantes,

y Colombia el de mayor población con poco más de 50 millones de habitantes (Gráfica 1).

Entre 2017 y 2019, todos los países mostraron estabilidad en su tasa anual de crecimiento poblacional, que osciló entre 1,4 % y 2,2 %, a excepción de Venezuela que mostró un decrecimiento de -1,5 % y -2,4 % (CEPAL, 2022).

Gráfica 1. Población total y menor de 5 años de los países miembros del ORAS-CONHU, 2019



Fuente: CEPALSTAT (CEPAL, 2022).

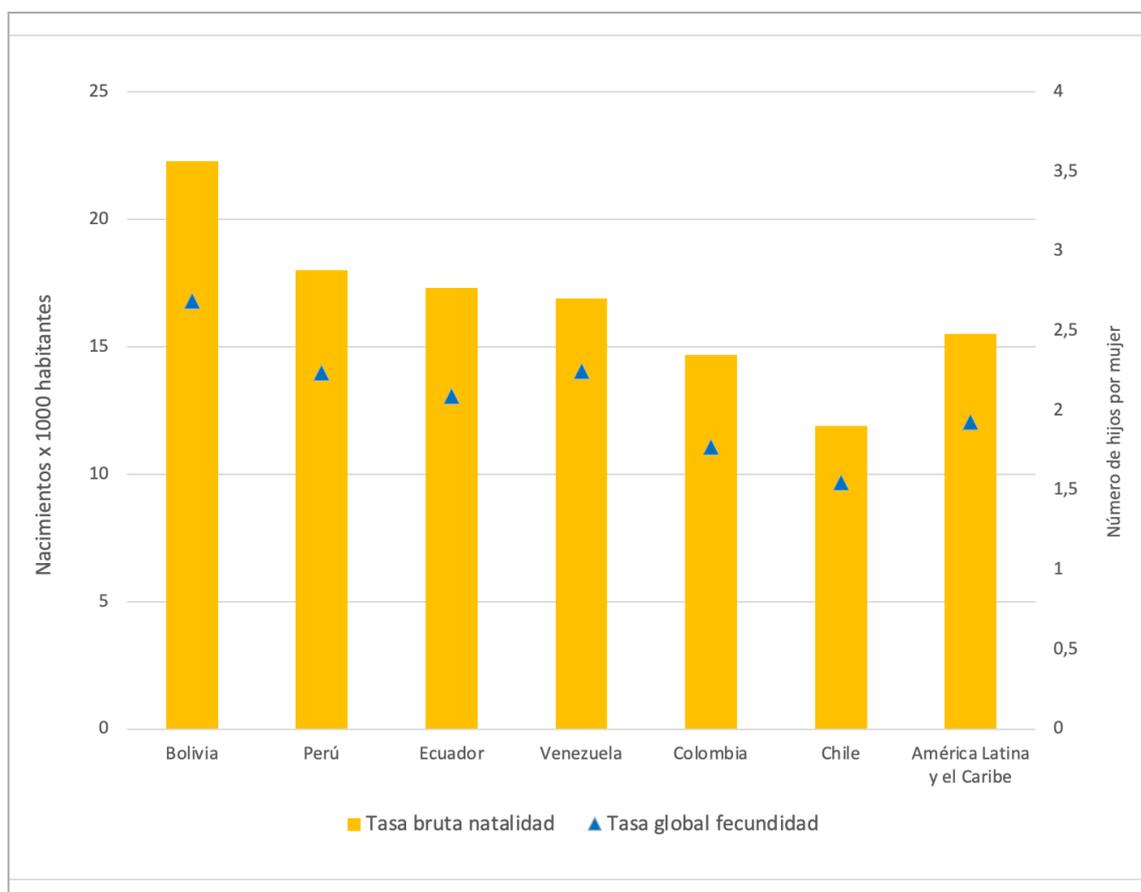
De otro lado, en 2019, la razón de dependencia demográfica³ varió entre 58,0 % en Bolivia y 44,0 % en Colombia, en comparación con 48,8 % en todos los países de ALC. Asimismo, la proporción de población menor de 5 años varió entre 10,8 % en Bolivia y 6,1 % en Chile (Gráfica 1), en comparación con el 7,9 % de población menor de 5 años en ALC.

significativos al interior de los países, pero sí entre ellos variando de 67,8 años en Bolivia y 80,3 años en Chile, en tanto que en 2019 fue de 75,1 años en el promedio de los países de ALC. Para el mismo año, las tasas de natalidad y global de fecundidad fueron más altas en Bolivia, mientras que las tasas más bajas se encontraron en Chile (Gráfica 2).

En el periodo 2017-2019 la esperanza de vida al nacer no mostró cambios

Las mujeres que quedan embarazadas muy temprano están sujetas a mayores riesgos de complicaciones en ellas y sus

Gráfica 2. Tasa bruta de natalidad y tasa global de fecundidad en los países miembros del ORAS-CONHU, 2019



Fuente: United Nations, World Population Prospects, 2022.

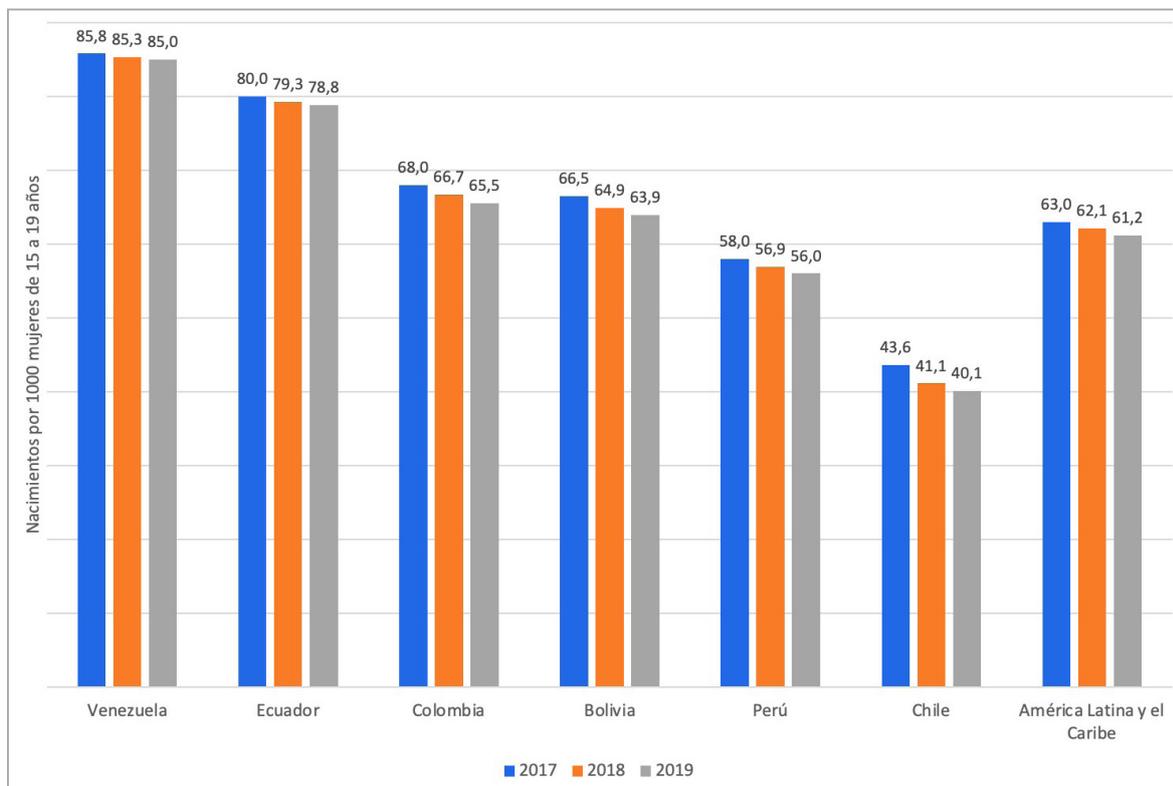
3 Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas. En términos demográficos, la población económicamente dependiente es la suma de la

población menor de 15 años más la población de 65 y más años; se define a la población económicamente productiva como la población entre 15 y 64 años de edad.

hijos, sin embargo, en los países miembros del ORAS-CONHU las tasas de fecundidad en adolescentes variaron entre 85,0 nacimientos por 1000 mujeres de 15-19 años en Venezuela, a 40,1 nacimientos por 1000 en Chile en 2019, en comparación con valores de 61,2 en ALC (Gráfica 3), 15,9 en Estados Unidos y 7,3 en Canadá para el mismo año (PAHO, 2022a). La fecundidad y embarazo en este grupo etario constituye un gran desafío para alcanzar la meta 3.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030.



Gráfica 3. Tasa de fecundidad en adolescentes de 15-19 años en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Fuente: PAHO, PLISA 2022.

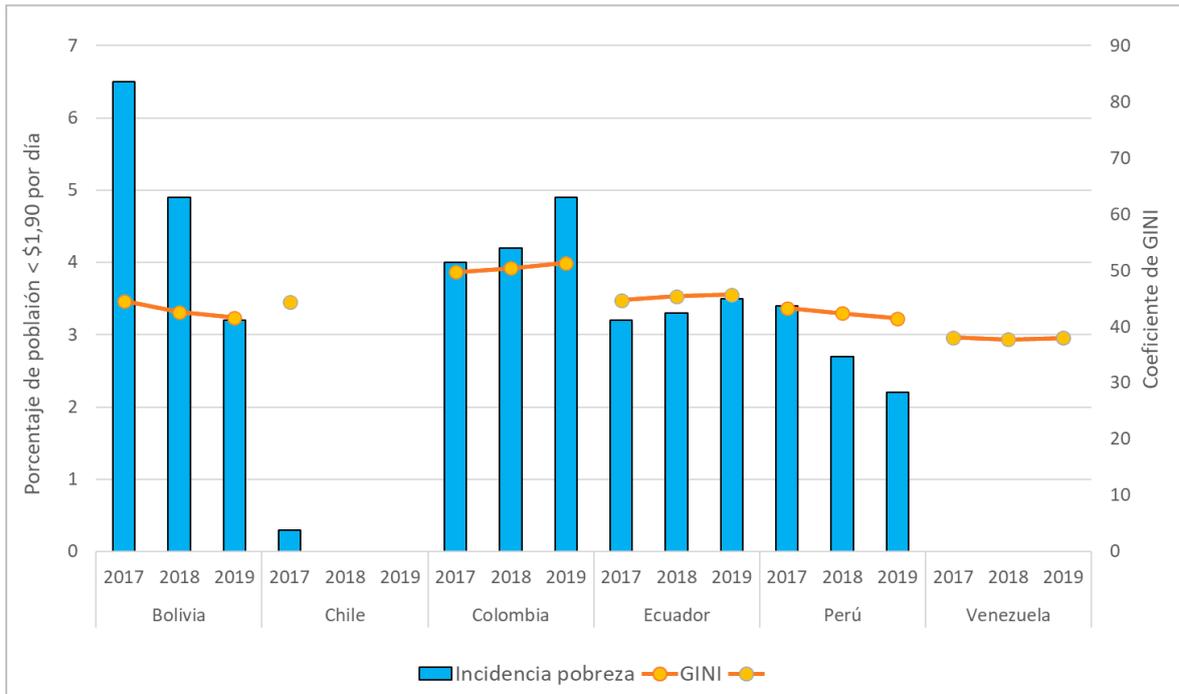
2.2 Situación socioeconómica

La incidencia de **pobreza**⁴ mostró disminución⁵ significativa en Bolivia y Perú en el periodo 2017-2019, mientras que aumentó o se mantuvo estable en los otros países. ALC es la región del mundo con los mayores contrastes entre riqueza y pobreza, y los países del ORAS-CONHU no escapan a dicha característica, ya que la desigualdad

en el ingreso medida por el coeficiente de GINI, se mantuvo entre 38,0 y 51,3, cerca del valor promedio de ALC, pero por encima de otros países más igualitarios (Banco Mundial, 2022; PAHO, 2022a) (Gráfica 4)⁵.

Garantizar el acceso al agua y saneamiento son prioridades de los gobiernos locales y nacionales. En el periodo 2017-2019, el acceso a fuentes mejoradas de agua potable⁶ mostró grandes variaciones entre

Gráfica 4. Incidencia de pobreza y coeficiente de GINI en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Fuentes: OPS, PLISA; Banco Mundial, Banco de Datos.

4 PPA son las siglas de Paridad del Poder Adquisitivo y compara el nivel de vida entre distintos países, en términos del costo de vida en cada país. A diferencia de otros indicadores, este elimina las distorsiones generadas por los distintos niveles de precios existentes entre los países comparados.

5 El Índice de Gini mide la desigualdad del ingreso para una determinada economía nacional. Cero indica que todos los individuos tienen el mismo ingreso y 100

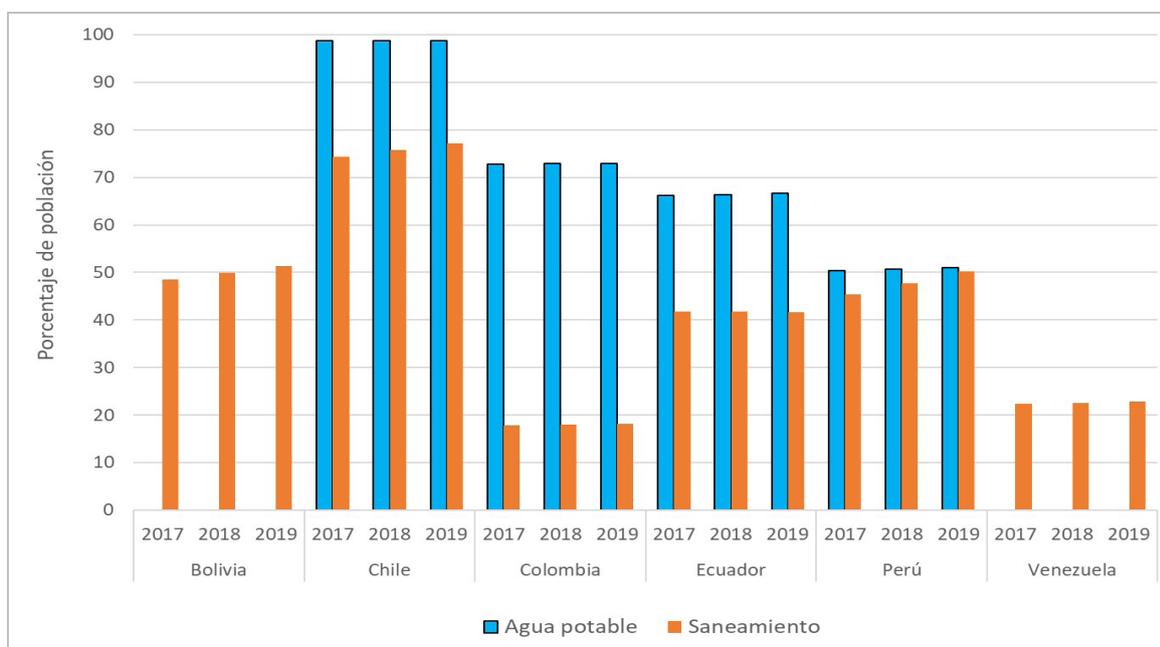
indica que solo un individuo tiene todo el ingreso. Solo como referencia, basta saber que los países en el mundo más igualitarios en 2019 fueron la República Eslovaca (23,2) y Eslovenia (24,4).

6 Según el Programa de Monitoreo Conjunto OMS/UNICEF de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP), una fuente mejorada de agua para beber es aquella que ofrece agua segura. Gestionada con seguridad quiere decir que es accesible dentro del predio, disponible cuando se la necesita y libre de contaminación fecal y química.

los países, siendo Chile el que mostró valores cercanos al 100 % de cobertura, seguido de Colombia, Ecuador y Perú, con valores por debajo del promedio de ALC. Adicionalmente, Chile mostró las cifras más altas en cuanto a acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento⁷ seguido por Bolivia, Perú y Ecuador. Los países con valores más bajos en saneamiento fueron Venezuela y Colombia (Banco Mundial, 2022) (Gráfica 5).

Los países miembros del ORAS-CONHU han mostrado progresos en cuanto a educación de las mujeres. El nivel de enrolamiento de las mujeres en educación primaria⁸ fue alto en Bolivia (93,1 %), Chile (94,8 %), Colombia (98,2 %) y Venezuela (89,7 %), con valores similares al promedio de los países de ALC (95,3 %) en el periodo 2017-2019. El logro en educación alcanzado por las mujeres adultas⁹,

Gráfica 5. Fuentes mejoradas de agua potable e instalaciones mejoradas de saneamiento en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Fuente: Banco Mundial, Banco de Datos.

7 Según el JMP una instalación de saneamiento mejorada está diseñada para separar higiénicamente las excretas del contacto humano. Debe cumplir 3 condiciones para ser gestionada con seguridad: las excretas deben ser tratadas y eliminadas in situ; almacenadas temporalmente y luego vaciadas y tratadas fuera del predio, o transportadas por una alcantarilla y luego tratadas.

8 La tasa neta ajustada de enrolamiento en educación primaria se calcula dividiendo el número de niñas en edad escolar primaria oficial que están matriculados en

educación primaria o secundaria, por la población del mismo grupo de edad y multiplicando por 100. Datos recopilados por el Instituto de Estadística de UNESCO a partir de respuestas oficiales a su encuesta anual de educación.

9 Proporción de la población de mujeres de 25 años y más que han completado al menos la educación primaria (CINE o ISCED 1), expresado como porcentaje de la correspondiente población, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (UNESCO).

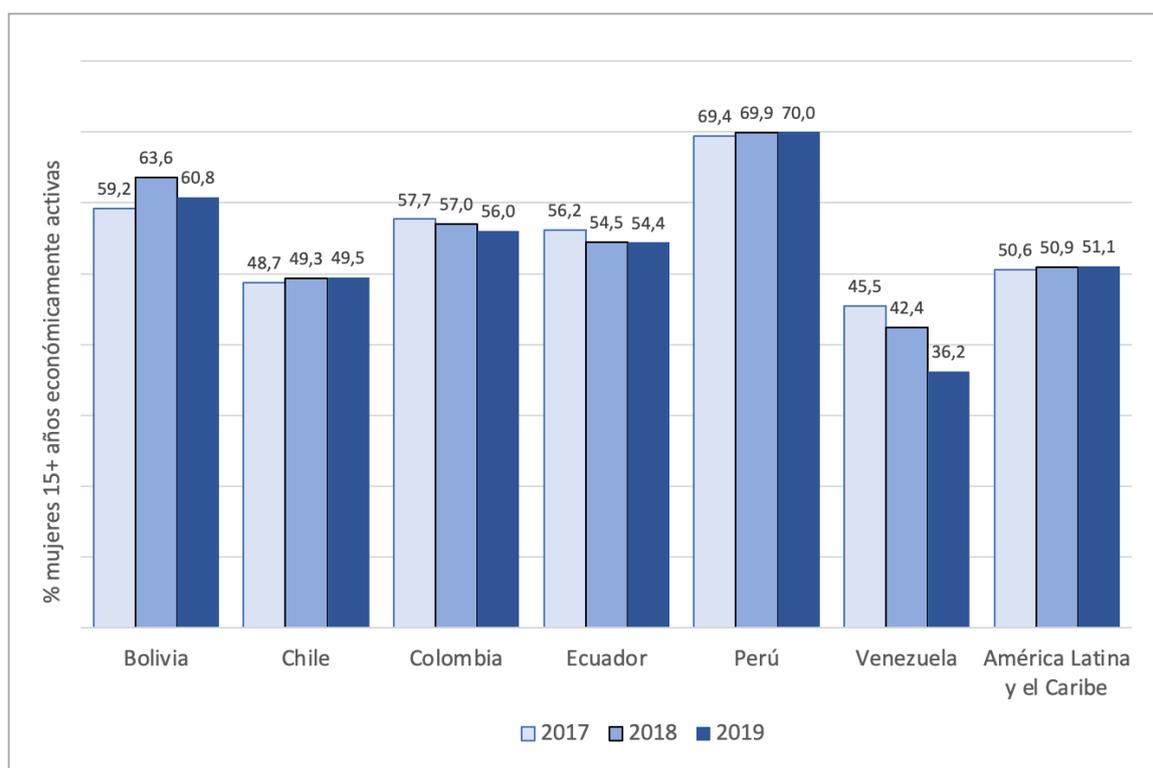
uno de los indicadores del ODS 4 alcanzó niveles cercanos al 100 % en Chile (97,4 %), Colombia (94,1 %), Ecuador (94,1 %), Perú (95,1 %) y Venezuela (99,1 %) (UNESCO, 2022).

De otro lado, la tasa de alfabetización en mujeres¹⁰ alcanzó niveles altos en Chile (96,3 %), Colombia (95,5 %), Ecuador (92,1 %) y Perú (91,7 %), muy similares al del promedio de ALC (93,9 %) al final del periodo 2017-2019 (Banco Mundial, 2022).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en su informe final afirmó que “el empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos en la equidad

sanitaria”(p. 5) ya que existe una correlación entre problemas de salud y precariedad del empleo (OMS, 2009). En ese sentido, es cada vez mayor la participación de las mujeres en la fuerza laboral de los países miembros del ORAS-CONHU, la cual se aproximó o superó la tasa promedio de los países de ALC en 2019 (Gráfica 6). Sin embargo, como señaló la Organización Internacional del Trabajo, “aún estamos muy lejos del objetivo de la igualdad de género”(p.75) ya que la brecha es de casi 25 puntos porcentuales respecto a los hombres (OIT, 2017), a lo que se agrega las desventajas asociadas a la división del trabajo doméstico no remunerado de mujeres y niñas (FAO et al., 2019).

Gráfica 6. Participación de las mujeres en la fuerza laboral de los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Fuente: Banco Mundial, Banco de Datos (Banco Mundial, 2022).

10 Proporción de la población de mujeres de 15 y más años de edad que es letrada, expresada como porcentaje de la correspondiente población, en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año (Banco Mundial).

2.3 Sistema de atención sanitaria

La CDSS al describir su propuesta de marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud, describió el rol protagónico de los sistemas de salud como determinante social y su capacidad para influir en las inequidades al actuar sobre las exposiciones, la vulnerabilidad y las consecuencias de las enfermedades (Solar & Irwin, 2010).

En los países miembros del ORAS-CONHU, como en la mayoría de los países de América Latina, los sistemas de salud son segmentados y fragmentados¹¹, coexistiendo subsectores públicos y privados “con sistemas de seguridad social [...] difíciles de contextualizar en una realidad en la que el trabajo es informal y precario” (Giovanella et al., 2012, p. 23). Según el Banco Mundial, los sistemas de salud latinoamericanos se han desarrollado hacia estratos específicos de la población, segregación percibida como un obstáculo para alcanzar la Cobertura Universal en Salud (CUS), esto es, la reducción de las brechas en el acceso a los servicios de la salud (Cotlear et al., 2015).

La OMS propone que medir el progreso hacia la CUS se debe centrar en medir la

proporción de la población que tiene acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y medir la proporción de la población que gasta en salud sumas importantes de su presupuesto familiar, también denominado gasto de bolsillo. Con relación a la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y de niñas y niños, se consideran servicios esenciales: i) planificación familiar, expresada como demanda insatisfecha; ii) atención durante el embarazo y el parto; iii) vacunación infantil completa y; iv) búsqueda de atención de salud en caso de neumonía en niños y niñas (OMS, 2022).

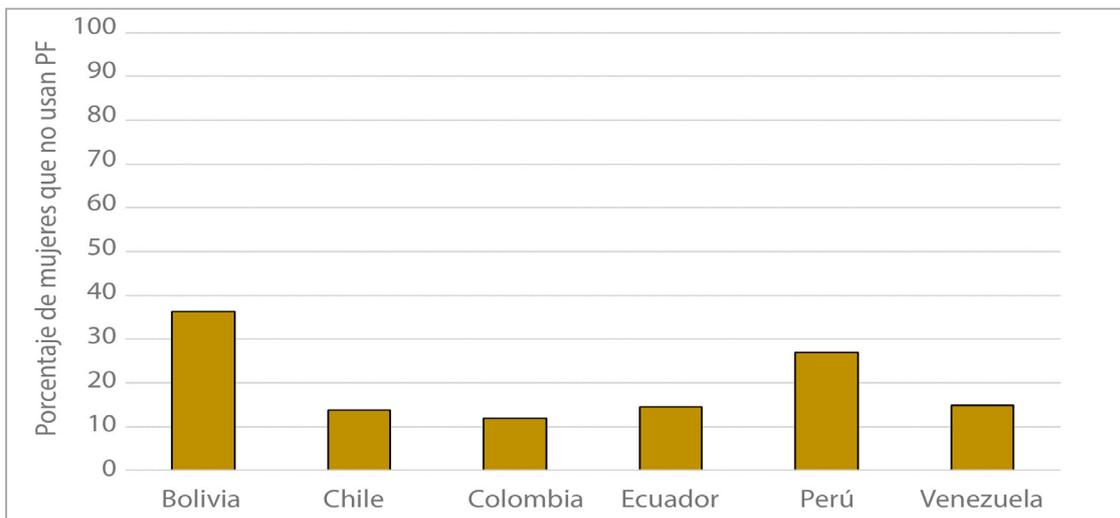
La demanda insatisfecha de **planificación familiar**¹² en el periodo 2017-2019, alcanzó a alrededor de un tercio de las mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas en Bolivia y Perú, seguidos por Venezuela, Ecuador, Chile y Colombia (Gráfica 7).



11 La **segmentación** es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. La **fragmentación** del sistema de provisión de servicios de salud es la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial (OPS/OMS, 2017).

12 Es el número de mujeres, en edad reproductiva y sexualmente activas, que no están usando un método moderno anticonceptivo alguno que desean limitar o espaciar sus familias expresado como porcentaje de total de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión.

Gráfica 7. Demanda insatisfecha de planificación familiar en países miembros del ORAS-CONHU, 2019



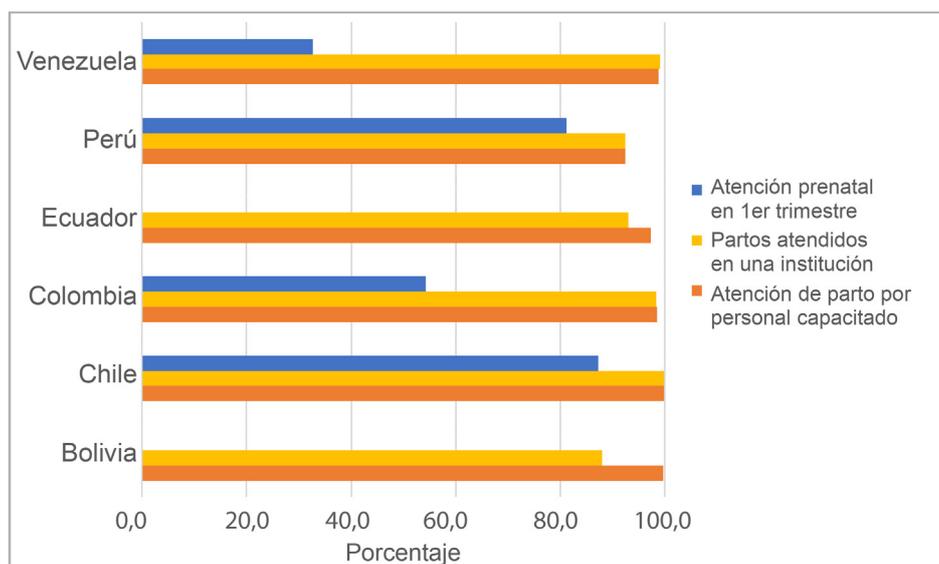
Fuente: OPS, PLISA (PAHO, 2022a).

En cuanto a la atención durante el embarazo y el parto, en el periodo 2017-2019, el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron al menos cuatro consultas de atención prenatal superó el 80 % en todos los países, en comparación del 90 % promedio de los países de ALC. Sin embargo, hacia el 2018 la cobertura de **atención prenatal en**

el primer trimestre del embarazo presentó cifras menores, en Chile y Perú superó el 80 %, pero menor en Colombia y Venezuela, los **partos atendidos en una institución y por personal capacitado** estuvieron cercanos a la meta de 100 % del ODS 3 en todos los países (Gráfica 8).



Gráfica 8. Atención prenatal y del parto en países miembros del ORAS-CONHU, ca. 2018



Fuentes: OPS, PLISA (PAHO, 2022a); Banco Mundial, Banco de Datos; Chile: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de Chile; Colombia: SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social.

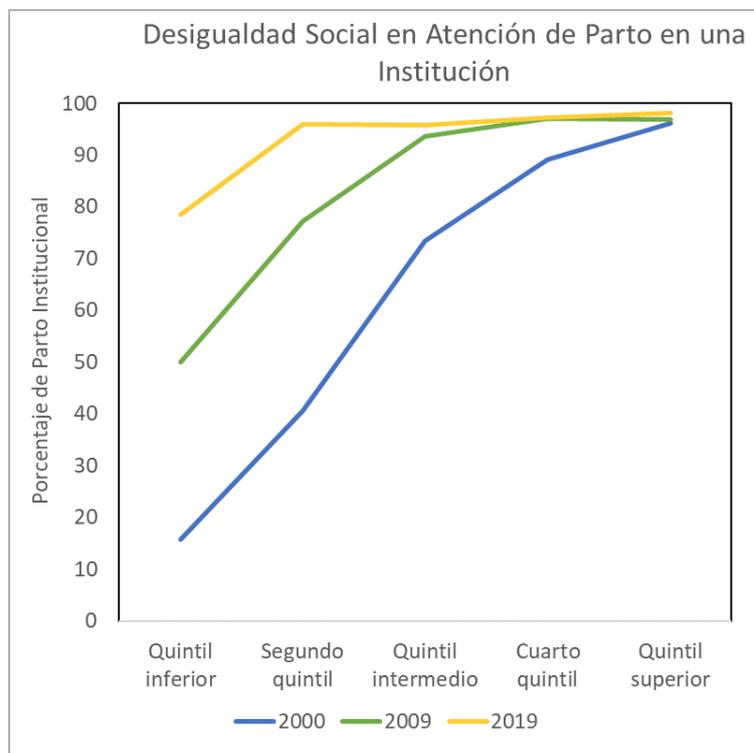
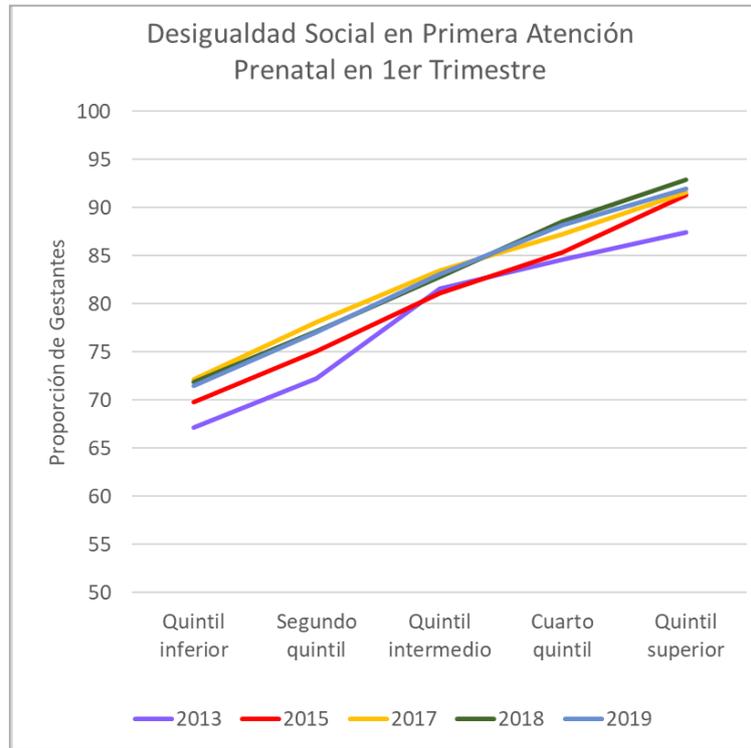
Al lado de los progresos nacionales alcanzados en salud sexual y reproductiva, son evidentes las gradientes sociales que señalan menos progreso en los estratos más pobres de la sociedad (Sanhueza et al., 2021, 2022).

El Atlas Nacional de Equidad de Colombia, por ejemplo, mostro que en 2018 la cobertura de atención prenatal con cuatro o más consultas exhibió un Índice de Desigualdad de la Pendiente (IDP), esto es, la diferencia de cobertura entre los municipios socioeconómicamente más aventajados y los menos aventajados de 18,6 puntos porcentuales. Aún más, en La Guajira el IDP

para la cobertura de atención prenatal fue de 28,3, mientras que en San Andrés fue 0,4 (OPS & MSPS Colombia, 2022).

En el Perú, el porcentaje de gestantes que en 2017 recibieron su primera atención prenatal en el primer trimestre fluctuó en 72,1 % a 91,9 % entre el quintil más pobre y el más rico, cifras que no se modificaron en 2019 y que venían siendo las mismas desde 2013. Por el contrario, la desigualdad en la atención institucional del parto se acortó de 22,5 a 19,8 puntos porcentuales entre 2017 y 2019, tendencia que venía de años atrás (Gráfica 9).

Gráfica 9. Desigualdades sociales en atención prenatal y del parto, Perú



Fuente: Elaboración propia con base en las ENDES, Perú, 2013-2019.

Sólo en Chile la cobertura de vacunaciones en niñas y niños de 1 año llegó al nivel de 95 % o más al final del periodo 2017-2019, Colombia se aproximó a dicho nivel, pero Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela tuvieron niveles por debajo del nivel efectivo, especialmente para las vacunas antipolio, DPT y antineumocócica (Cuadro 5).

Cuadro 5. Cobertura de vacunaciones en países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Vacunaciones (%)					
		BCG	Polio3	DPT3	ROV	PCV3	SRP
Bolivia	2017	93,0	83,0	84,0	..	83,0	83,0
	2018	90,0	83,0	83,0	..	83,0	89,0
	2019	80,0	75,0	75,0	78,0	75,0	79,0
Chile	2017	96,0	93,0	93,0	..	93,0	93,0
	2018	96,0	95,0	95,0	..	93,0	93,0
	2019	98,0	96,0	96,0	..	95,0	95,0
Colombia	2017	91,0	92,0	92,0	89,7†	91,0	93,0
	2018	89,0	92,0	92,0	89,8†	94,0	95,0
	2019	90,0	93,0	94,0	92,0†	93,0	95,0
Ecuador	2017	88,0	83,0	85,0	..	84,0	81,0
	2018	90,0	85,0	85,0	..	85,0	83,0
	2019	86,0	85,0	85,0	85,0	83,0	83,0
Perú	2017	84,0	83,0	83,0	..	80,0	83,0
	2018	81,0	83,0	84,0	..	82,0	85,0
	2019	94,0	87,0	88,0	90,0	80,0	85,0
Venezuela	2017	100,0	79,0	66,0	18,0	..	96,0
	2018	92,0	53,0	60,0	..	..	74,0
	2019	91,0	62,0	64,0	..	..	93,0

Nota: BCG: vacuna del Bacilo de Calmette-Guérin; Polio3: tres dosis de vacuna antipolio; DPT3: tres dosis de vacuna contra difteria, pertussis y tétanos; ROV: vacuna contra rotavirus; PCV3: vacuna antineumocócica conjugada; SRP: vacuna antisarampión.

Fuentes: OPS, PLISA (PAHO, 2022a), † ROV para Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Estos promedios nacionales de cobertura pueden esconder desigualdades sociales al interior de los países, las que han sido corroboradas por diversos estudios. Sin embargo, algunos países como Bolivia, Colombia y Perú, hasta 2016 habían avanzado en la reducción de dichas desigualdades, en perjuicio de los estratos más pobres de la población, progreso que está pendiente de ser corroborado en el último quinquenio (Colomé-Hidalgo et al., 2020).



Una revisión sistemática sobre oportunidades perdidas de vacunación en ALC entre 2012 y 2018, sugiere que ellas no están asociadas con el nivel de educación del cuidador, principalmente mujeres. La mayor proporción de oportunidades perdidas fueron atribuibles a los conocimientos, actitudes y prácticas del personal en los servicios de salud, aunque los autores recomiendan profundizar en la identificación de intervenciones efectivas en el marco de la pandemia de COVID-19 (Tampi et al., 2022).

En cuanto a **niñas y niños con neumonía cuyos padres buscaron atención** en un establecimiento de salud, se ha documentado la medición de este indicador en Bolivia (62 %), Colombia (64 %), Perú (62 %) y Venezuela (72 %) para el año 2018 (UNICEF, 2019).

En su *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*, la OMS señaló tres barreras de los países para que sus habitantes tengan pleno acceso a los servicios de salud sin sufrir dificultades financieras al pagar por

ellos. La primera barrera es la disponibilidad limitada de recursos financieros; la segunda es la dependencia excesiva de los pagos directos o de bolsillo en el momento de necesitar asistencia, obstáculo; y la tercera es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos, el cual está influenciado por el grado de segmentación y fragmentación de sus sistemas de salud (OMS, 2010).

Una forma de medir la disponibilidad de recursos financieros es el **gasto en salud**¹³ de los países, que depende de si sus fuentes de financiamiento son públicas, privadas o ambas, lo que a su vez está influenciado por el producto interno bruto (PIB)¹⁴.

13 El gasto en salud es la sumatoria de los gastos incurridos en todas las funciones básicas de la atención de salud, es decir, la totalidad de los servicios de atención de salud, los bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, los servicios de prevención y de salud pública, la administración de la salud y los seguros médicos.

14 Magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país durante un periodo determinado. El crecimiento del PIB y del gasto en salud guarda una relación positiva (OECD & The World Bank, 2020).

En 2019 el gasto total en salud per cápita, expresado en dólares internacionales a paridad del poder adquisitivo (PPA), osciló entre US\$ 2.424,1 en Chile y alrededor de US\$ 400 en Venezuela.¹⁵ De otro lado, el gasto público fue proporcionalmente

mayor en Colombia y Bolivia, respecto a los otros países; mientras que el gasto de bolsillo representó entre 14,9 % del gasto total en salud en Colombia y 32,8 % en Chile (Cuadro 6)¹⁵

Cuadro 6. Perfil del gasto en salud en los países miembros del ORAS-CONHU, 2019

Países	Gasto total en salud per cápita (US\$ PPA)	Porcentaje del gasto total en salud según Fuente	
		Gasto público (%)	Gasto de bolsillo (%)
Bolivia	630,8	71,2	23,9
Chile	2.424,1	50,9	32,8
Colombia	1.204,3	71,9	14,9
Ecuador	934,5	61,8	30,9
Perú	711,6	62,9	28,1
Venezuela	384,5	46,0	18,5
América Latina y el Caribe	1.284,9	50,7	28,4

Fuente: Banco Mundial, Banco de Datos (Banco Mundial, 2022).

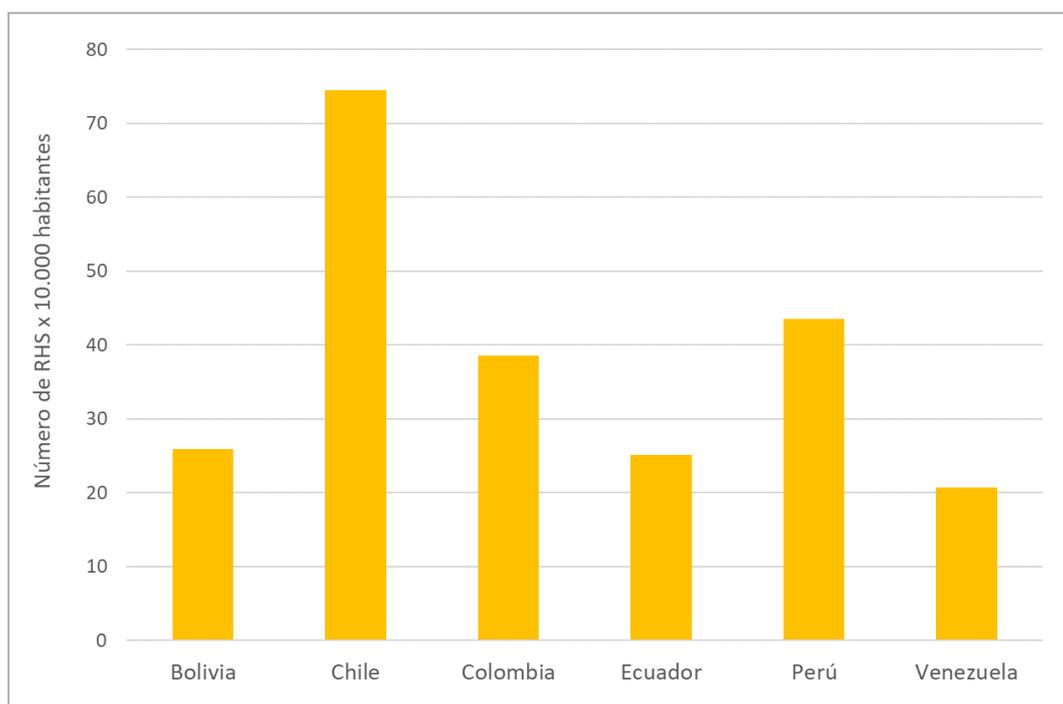
¹⁵ “Fortalecer la financiación de la salud es una de las metas del ODS 3. Los niveles y tendencias del gasto en salud identifican debilidades y fortalezas y áreas que necesitan inversión [...] La financiación de la salud también es fundamental para alcanzar la cobertura universal en salud (CUS), definida como que todas las personas obtenga los servicios de salud de calidad que necesitan sin sufrir dificultades financieras (ODS 3.8). Los datos sobre el gasto de bolsillo son un indicador clave con respecto a la protección financiera y, por lo tanto, del progreso hacia la CUS” (Banco Mundial, <https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage>)

Otro aspecto clave para alcanzar la CUS es la disponibilidad y competencias de los recursos humanos para la salud (RHS). La mayoría de los países miembros del ORAS-CONHU han reducido el déficit crítico que llevó a establecer en 2006 la meta de 25 por 10 000 habitantes para la densidad de RHS (médicos, enfermeras y parteras) y varios países han superado o están encaminados hacia la nueva meta de 44,5 por 10 000 habitantes para el 2030 (OPS, 2017b) (Gráfica 10). En el período 2017-2019 Chile y Colombia presentaron la densidad de médicos más alta, seguidos por Ecuador, Bolivia, Venezuela y Perú. En forma similar

la densidad de enfermeras y parteras fue mucho mayor en Chile respecto a Perú, Ecuador, Venezuela y Bolivia. Estos cuatro últimos por debajo del promedio de ALC.

Los datos sobre recursos humanos adolecen de variabilidad en el registro y en el reporte, sin embargo, es apreciable una distribución inequitativa dentro de cada país, ya que la densidad es mayor en las grandes urbes, a pesar de los esfuerzos por incentivar la contratación en zonas rurales (Carpio & Bench, 2015).

Gráfica 10. Densidad de médicos, enfermeras y parteras en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Notas: Colombia no considera a las parteras dentro de los RHS.

Fuente: OMS, Observatorio Global de Salud (WHO, 2022)

2.4 Estado de salud

La lactancia materna es considerada el alimento ideal para niñas y niños, constituyendo una forma principal para promover su salud y desarrollo. El beneficio del inicio temprano de la lactancia materna solo lo recibió entre 5 y 7 de cada 10 niñas y niños nacidos en los países miembros del ORAS-CONHU entre 2015-2019. De otro lado, la persistencia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses se mantuvo entre solo el 28 % y 65 % de niñas y niños (Cuadro 6).



Cuadro 6. Lactancia materna en los países miembros del ORAS-CONHU, ca. 2018

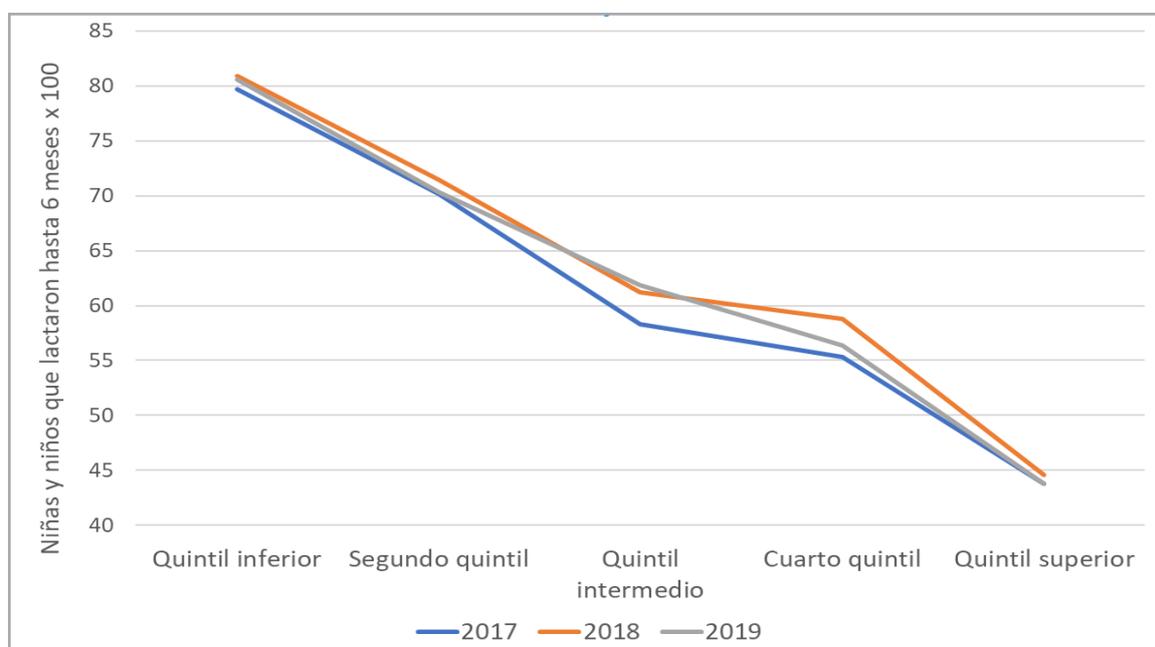
Países	Año	Inicio temprano de lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva a los 6 meses (%)
Bolivia	2019	55,0	58,3
Chile	2018	..	59,4
Colombia	2015	72,6	36,1
Ecuador	2018	72,7	62,1
Perú	2019	48,2	64,8
Venezuela	2017	12,9	27,9

Fuente: ORAS-CONHU (ORAS-CONHU, 2020).

Como otros indicadores de salud, la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad presenta desigualdades al interior de los países. En el caso de Perú, en el periodo 2017-2019 fue mayor en las niñas y niños del quintil inferior de riqueza, con relación a los del quintil superior de riqueza (Gráfica 11) (INEI/Perú, 2022a).



Gráfica 11. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niñas y niños de 6 meses según nivel de riqueza, Perú 2017-2019



Fuente: Elaboración propia con base en las ENDES, Perú, 2017-2019.

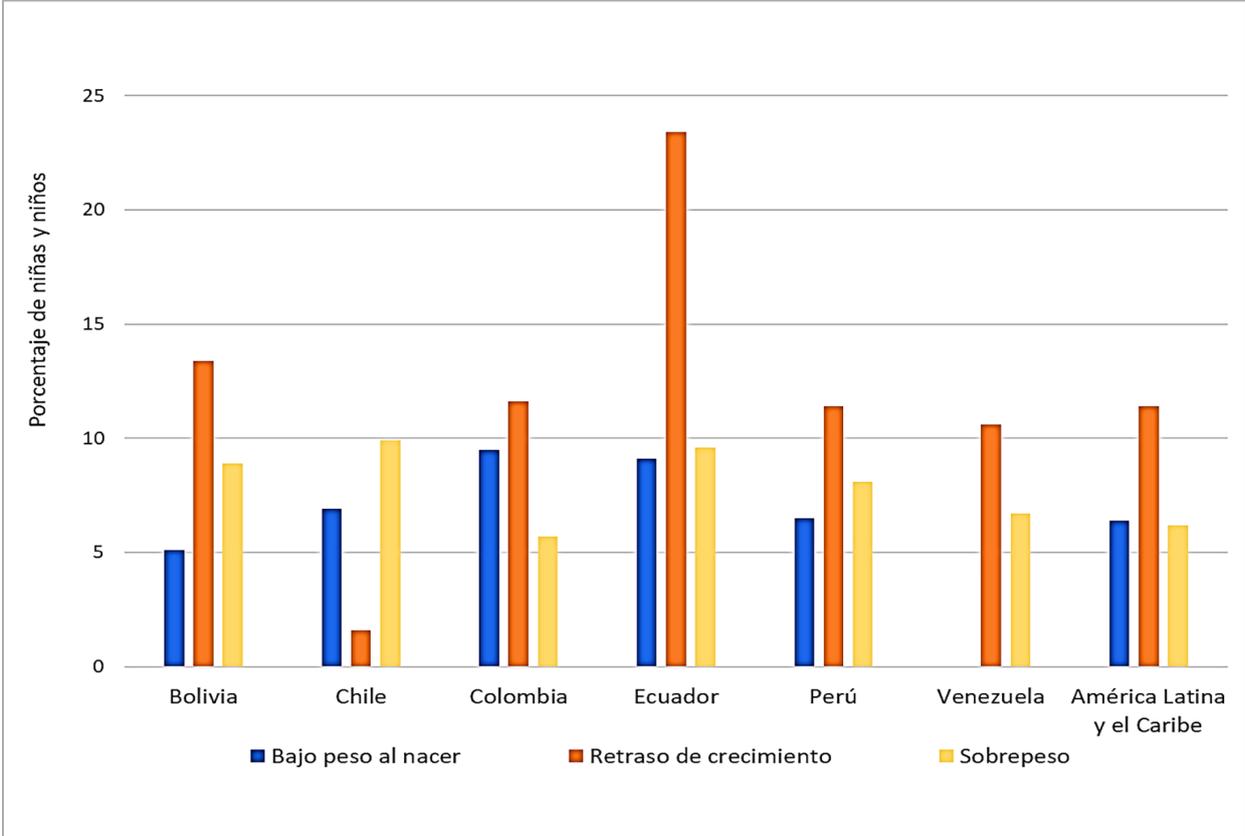
El bajo peso al nacer no solo es una causa importante de morbilidad y mortalidad en la etapa neonatal e infantil, sino que además influye en el posterior crecimiento y desarrollo satisfactorio de niñas y niños. En los países miembros del ORAS-CONHU su prevalencia osciló entre 5 % y 9 %, siendo la más baja en Bolivia y Chile (Gráfica 12).

fue la prevalencia más alta, el resto de países presentó prevalencias próximas al promedio de ALC. Paralelamente, se registra una prevalencia significativa de sobrepeso (peso/talla >2 desviaciones estándar) en menores de 5 años de ALC, la cual supera la prevalencia mundial de 5,9 % para el 2018 (Corvalán et al., 2017) (Gráfica 12).

La prevalencia del retraso del crecimiento (talla/edad <2 desviaciones estándar) fue más baja en Chile con relación a los otros países, mientras que en Ecuador

Todos los países miembros del ORAS-CONHU presentaron en el periodo 2017-2019 niveles de anemia en menores de 5 años y gestantes mayores de 20 %, lo que

Gráfica 12. Prevalencia de bajo peso al nacer, retraso de crecimiento y sobrepeso en menores de 5 años en los países miembros del ORAS-CONHU, 2019



Fuentes: OPS, PLISA (PAHO, 2022a); WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

cataloga a la anemia como un problema de salud pública moderado (OMS, 2011) (Gráfica 13).

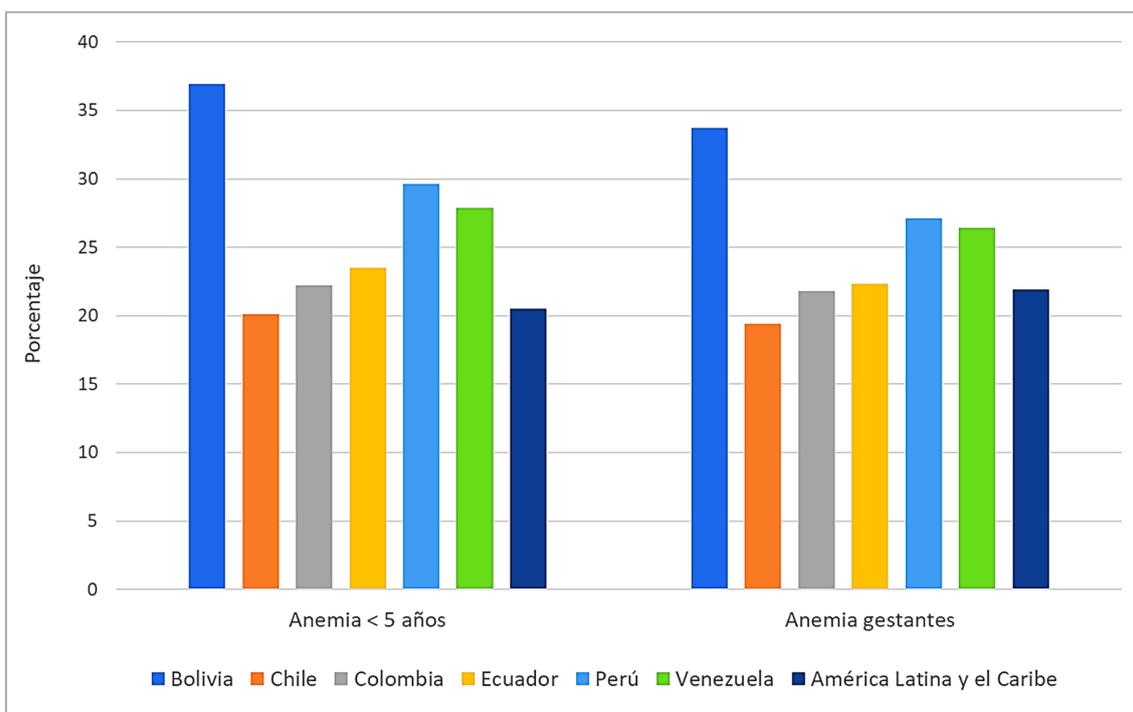


Al igual que con otros indicadores, los patrones alimentarios y el estado nutricional promedio de niñas, niños y gestantes no expresa las desigualdades sociales al interior de los países, donde los estratos sociales pobres, indígenas y afrodescendientes muestran peor situación (Costa et al., 2022; FAO et al., 2019; Mena-Meléndez, 2020).

Con respecto las infecciones respiratorias agudas (IRA), en menores de 5 años, es difícil comparar su prevalencia entre Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú porque la definición

empleada varía significativamente, sin embargo, se puede observar que en 2017-2019 se mantuvo relativamente estable en cada país. Respecto a la prevalencia de enfermedad diarreica aguda (EDA), la prevalencia más alta la presentó Bolivia, seguido de Perú, Ecuador y Colombia (Cuadro 7).

Gráfica 13. Anemia en menores de 5 años y en gestantes, 2019



Fuente: WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

Cuadro 7. Prevalencia de EDA e IRA en menores de 5 años en países seleccionados

Países	Años	IRA (%) ¹⁶	EDA (%)
Bolivia	2017	41,6	23,5
	2018	44,4	26,1
	2019	37,0	19,2
Colombia	2017	20,8	6,9
	2018	22,0	7,3
	2019	26,9	8,7
Ecuador	2017	..	..
	2018	34,2	10,8
	2019	..	..
Perú	2017	15,0	14,4
	2018	15,3	14,1
	2019	15,3	15,0

Fuentes: Bolivia: Encuesta de Hogares Salud 2017-2019 (INE/Bolivia, 2022); Colombia: Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA; Ecuador: ENSANUT 2018 (INEC, 2018); Perú: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INEI/Perú, 2022a).

En el periodo 2017-2019, la mortalidad materna en casi todos los países miembros del ORAS-CONHU había alcanzado o superado la meta 3.1.1 de los ODS de menos de 70,0 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos.

La mortalidad materna más baja ocurrió en Chile (10,9 por 100 000 n.v.), seguido por

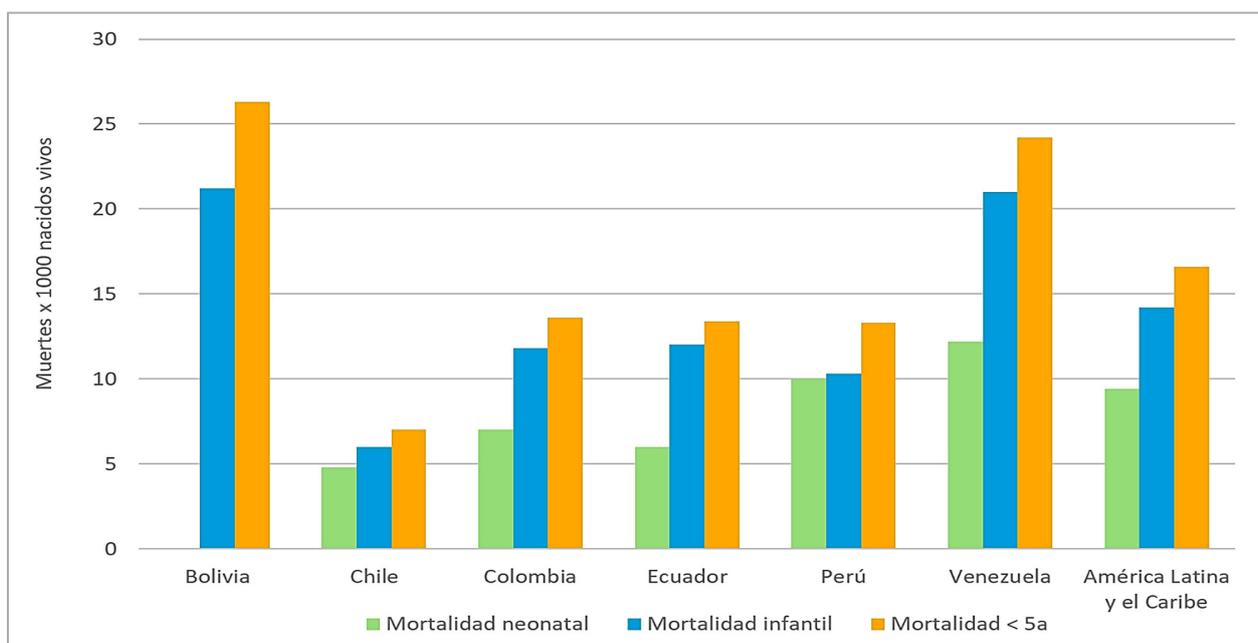
Ecuador (30,0 por 100 000 n.v.), Colombia (50,7 por 100 000 n.v.) Perú (70,0 por 100 000 n.v.) y Venezuela (125,4 por 100 000 n.v.) (PAHO, 2022a).¹⁶

¹⁶ En Bolivia se consideró como IRA: tos, resfrío o gripe, bronquitis o pulmonía; en Perú se consideró IRA: tos con dificultad respiratoria; en Ecuador: tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre y/o gripe.

Hacia el 2019, todos los países habían alcanzado o superado la meta del ODS 3 de 12 muertes neonatales por 1 000 nacidos vivos, siendo la más baja en Chile, Ecuador y Colombia, seguidos por Perú y Venezuela, estos últimos con niveles por encima del promedio de ALC. La mortalidad estimada¹⁷ infantil más baja la presentó Chile, seguido por Colombia, Ecuador y Perú, mientras que fue más alta en Venezuela y Bolivia. Adicionalmente, casi todos los países habían superado la meta del ODS 3 de 25 por 1 000 nacidos vivos para la mortalidad en menores de 5 años (Gráfica 14).



Gráfica 14. Mortalidad en niñas y niños en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019



Fuentes: OPS, PLISA (PAHO, 2022a); WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

17 La OPS utiliza estimaciones demográficas de la División de Población de las Naciones Unidas, más que de los censos nacionales de sus Estados Miembros. Este enfoque permite comparar datos sobre mortalidad materno infantil provenientes del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME, por su sigla en inglés) creado en el 2004 para armonizar las estimaciones en el seno del sistema de las Naciones

Unidas, mejorar los métodos de estimación de la mortalidad infantil y mejorar la capacidad de los países para elaborar cálculos sobre la mortalidad infantil que sean oportunos y se hayan evaluado adecuadamente. El IGME está encabezado por el UNICEF y la OMS, y comprende al Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (dentro del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales).

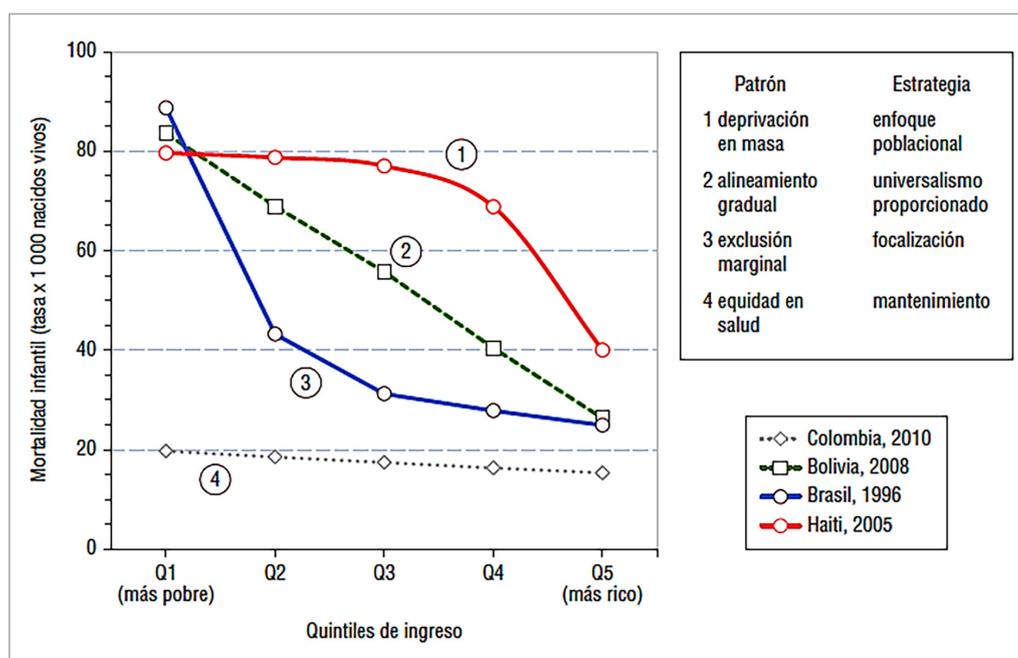
Desde el año 2003, la OMS y varios investigadores han propuesto vincular las intervenciones para reducir las desigualdades con el contexto particular de cada situación, estableciendo patrones fácilmente identificables:

a) privación en masa o “top inequality”, cuando solo el extremo de la población más rica se beneficia de las intervenciones sanitarias; b) alineamiento gradual, cuando hay una transición progresiva de los beneficios desde el extremo más rico al más pobre de la población; c) exclusión marginal o “bottom inequality”, cuando solo está excluido del beneficio el extremo más pobre de la población; y d) equidad en salud, cuando el beneficio de las intervenciones llega por igual a todos, ricos y pobres (Mújica & Moreno, 2019; WHO, 2003, 2009) (Gráfica 15).

Estos diferentes patrones denotarían una “historia natural” de la desigualdad. Cuando el estado y la sociedad no hacen nada concreto pro-equidad se exhibe un patrón de “top inequality” o privación en masa; conforme se aplican acciones pro-equitativas el patrón se diagonaliza o presenta un alineamiento gradual para, de continuar, llegar al patrón de “bottom inequality” o exclusión marginal, donde los que se están quedando atrás son los más pobres. Eventualmente se llega a un patrón de equidistribución en el problema de salud, la cobertura o el acceso a los servicios de salud.

Está pendiente realizar una caracterización de patrones de mortalidad, y de otros indicadores de desigualdad social en salud de mujeres, niñas y niños en los países miembros del ORAS-CONHU.

Gráfica 15. Patrones de desigualdad social en mortalidad infantil por quintiles de ingreso, y estrategias de intervención



Fuente: Tomado con permiso de Mujica O. y Moreno C., 2019.

2.5 Desarrollo Infantil Temprano

Lamentablemente, no se dispone de datos publicados por **UNICEF** para los indicadores de las tres dimensiones de su marco conceptual de Desarrollo de la Primera Infancia para cualquiera de los países miembros del ORAS-CONHU, durante el periodo 2017-2019 (UNICEF, 2022a).

En el caso de **Perú**, en 2018-2019 la prevalencia de bajo peso al nacer era similar a la prevalencia promedio de los países de ALC (PAHO, 2022a), la prevalencia de nacimientos prematuros estaba por encima de las prevalencias más altas (15,4 %-

18,1 %) registrada por la OMS (WHO, 2018) y la prevalencia de retraso en el crecimiento era similar al promedio de ALC (WHO, 2021). Los otros indicadores de DIT se encontraban en valores entre 40 %-50 %, salvo la regulación de emociones y comportamientos que estaba en alrededor del 36 % (Cuadro 9).



Cuadro 9. Indicadores de DIT, Perú 2018-2019

Indicadores	2018	2019
Bajo peso al nacer (%)	7,3	6,5
Nacimiento prematuro (%)	22,6	22,3
Apego seguro en niñas y niños de 9 a 12 meses (%)	48,4	46,0
Retraso en el crecimiento en niñas y niños menores de 3 años (%)	12,1	13,2
Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses (%)	43,5	40,1
Comunicación verbal efectiva en niñas y niños de 9 a 36 meses (%)	49,8	48,9
Niñas y niños de 12 a 18 meses que caminan solos (%)	65,3	63,8
Regulación de emociones y comportamientos en niñas y niños de 24 a 71 meses (%)	36,0	35,9
Función simbólica en niñas y niños de 24 a 36 meses (%)	42,0	46,0

Fuente: INEI/Perú, ENDES 2018, 2019.

Con relación a los indicadores de desarrollo de la primera infancia de **Colombia**, alcanzaron niveles altos antes de la pandemia el contar con documento de identificación, familias en proceso de formación, afiliación a la seguridad social en salud, seguimiento nutricional y atenciones

priorizadas. En menor nivel se encontraban el haber completado el esquema de vacunación para la edad, el acceso a libros y la valoración integral de la salud. El resto de los indicadores estaban en niveles entre 0 % y 28 % (Cuadro 10).

Cuadro 10. Indicadores del desarrollo integral de la primera infancia, Colombia 2017-2019

Indicador	2017	2018	2019
Cuentan con documento de identificación	99,6%	98,7%	97,0%
Familias en procesos de formación	77,0%	91,0%	93,0%
Cuentan con seguimiento nutricional	86,0%	89,8%	93,0%
Afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud	91,0%	94,0%	92,0%
Cuentan con 6 o más atenciones priorizadas	74,0%	92,0%	89,0%
Esquema de vacunación completo para la edad	36,0%	70,0%	79,0%
Acceso a libros	41,0%	80,0%	71,0%
Valoración integral de la salud	49,0%	53,0%	55,0%
Requerimiento nutricional del Programa de Alimentación Escolar	0,0%	..	28,0%
Talento humano cuenta con procesos de formación	28,0%	31,0%	27,0%
Fortalecimiento de ambientes pedagógicos	0,0%	..	20,0%
Acceden a programas de recreación	0,0%	0,0%	0,0%
Número de niñas y niños en educación inicial en el marco de la atención integral	1.197.634	1.374.423	1.494.936

Nota: ... dato no disponible.

Fuente: MEN, Seguimiento Nominal 2022 (Ministerio de Educación Nacional - Colombia, 2022).

Con respecto a los indicadores de desarrollo infantil de **Ecuador**, los niveles más altos lo alcanzaron la asistencia a un centro de desarrollo infantil público

(84,2 %) y el desarrollo infantil global (81,0 %). El nivel del resto de indicadores osciló entre 3,1 % y 57,6 % (Cuadro 11).

Cuadro 11. Resultados de la medición del desarrollo infantil, Ecuador 2018

Ámbito	Indicador	Valor
Cobertura de servicios para la primera infancia	• Asistencia a centro de desarrollo infantil	17,4 %
	• Asistencia a centro de desarrollo infantil público	84,2 %
	• Asistencia a Centro de Desarrollo Infantil Integral del Ministerio de Inclusión Económica y Social	57,6 %
	• Atención del Programa Creciendo con Nuestros Hijos (0-35 meses)	20,1 % (0-35 meses) 28,1 % (36-59 meses)
Inventario HOME (Observación del Ambiente en el Hogar)	• Calidad del ambiente del hogar	27,9 % (0-35 meses) 28,7 % (36-59 meses)
Materiales y oportunidades de juego y promoción del aprendizaje en el hogar, FCI de UNICEF	• Disponibilidad de libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niñas y niños en el hogar ('libros infantiles')	50,3 %
	• Variedad de juguetes con los que juega la niña o niño en el hogar, según el uso ('variedades de juguetes')	47,8 %
	• Variedad de actividades promotoras de juego realizadas en el hogar ('actividades de juego')	66,7 %

Ámbito	Indicador	Valor
Cuidado negligente	• Niñas y niños dejados al cuidado de otras niñas o niños	4,8 %
	• Niñas y niños dejados solos	3,1 %
Prácticas de disciplina negativa	• Maltrato físico	51,0 %
	• Maltrato físico severo	7,6 %
	• Maltrato psicológico	47,3 %
Desarrollo infantil	• Desarrollo motor grueso (número e hitos alcanzados por menores de 18 meses)	3,0
	• Desarrollo del lenguaje (número de palabras que dicen de 12 a 18 meses)	8,3
	• Desarrollo del lenguaje (número de palabras que dicen de 19 a 30 meses)	22,3
	• Desarrollo del lenguaje (número de palabras que dicen de 31 a 42 meses)	24
	• Desarrollo global	81,0 %

Fuente: ENSANUT 2018.



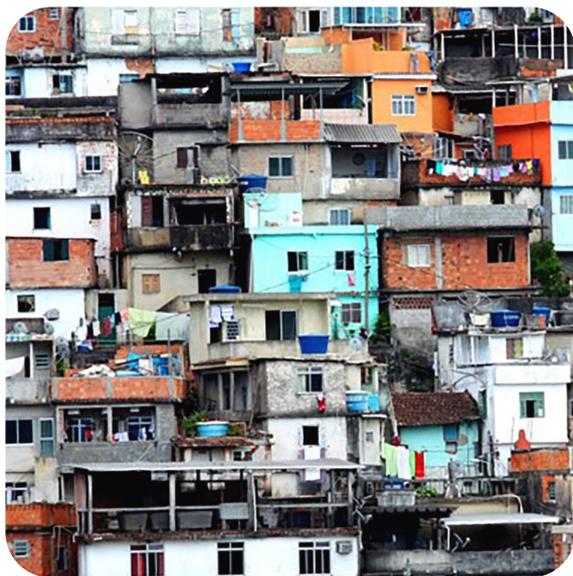
3.

Impacto de la Pandemia de COVID-19 sobre los servicios de salud y sobre la salud de mujeres, niñas y niños

3.1 Situación demográfica y socioeconómica

En 2020-2021, la población en todos los países miembros del ORAS-CONHU ha continuado su tendencia creciente, pero la tasa anual de crecimiento continuó su tendencia decreciente en los años 2020-2021 a valores de 1,21 % en Ecuador, 1,16 % en Perú, 1,15 % en Bolivia, 1,06 % en Colombia, 1,02 % en Chile y -1,08 % en Venezuela, (CEPAL, 2022). No se espera que la proporción de población menor de 5 años y la razón de dependencia demográfica hayan variado significativamente respecto al periodo prepandemia (United Nations, 2022).

Sin embargo, como lo señala un informe conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud



(OPS), durante la crisis sanitaria producida por la COVID-19, ALC “experimentó la mayor contracción económica de los últimos 120 años”, con un efecto importante en los determinantes y desigualdades en la salud de mujeres, niñas y niños que pasaron a integrar los estratos de pobreza en los países (CEPAL-OPS, 2021). Un estudio realizado en marzo de 2022 en 11 países de ALC, que incluyó a Bolivia, Chile, Colombia y Perú, mostró que los hogares con niñas, niños y adolescentes se encontraban en una situación precaria, con serias dificultades para cubrir gastos básicos, respecto a los que no tienen hijos (UNICEF, 2022c).

3.2 Servicios de salud durante la pandemia

Cuando la pandemia de COVID-19 llegó a ALC encontró sistemas de salud con cobertura y acceso fragmentados, elevado gasto de bolsillo para acceder a servicios de salud por parte de los ciudadanos, baja prioridad del gasto en salud en los presupuestos nacionales, y baja dotación de recursos humanos, equipamiento e infraestructura (OIT, 2021). A ello se agregó la inestabilidad política que comprometió la gobernanza (García et al., 2020), la vulnerabilidad económica por la caída de los precios de las materias primas, la caída de las inversiones en los servicios públicos, la precariedad del empleo y la pobre conectividad digital para que los trabajadores pudieran migrar a modo remoto (Merke et al., 2021; Pienknagura et al., 2020; Stuenkel, 2020).

En ese contexto, los gobiernos implementaron una serie de medidas para tratar de contener el ingreso de la pandemia a sus territorios y tratar de controlar la elevada morbilidad y mortalidad, que llevó a que ALC fuera considerada la región más afectada del mundo (Lancet, 2021).

No se dispone de publicaciones específicas sobre el impacto de la pandemia sobre los servicios de salud materna e infantil en los países miembros del ORAS-CONHU, pero podemos muy bien considerar que lo ocurrido sobre los servicios generales también afectó a aquellos.

3.2.1 Organización de la atención

En medio del alto nivel de incertidumbre que conllevó la llegada de la pandemia a los países obligó a los Ministerios de Salud de ALC a desarrollar instancias interministeriales ad hoc para dirigir y coordinar la respuesta.

Entre las primeras decisiones tomadas se fortaleció la atención hospitalaria, incluyendo el cambio de roles de los



servicios en algunos de ellos, que pasaron a ser hospitales-COVID en donde se contrató personal para atender la alta demanda de pacientes con la enfermedad. Sin embargo, esa decisión postergó y hasta interrumpió la atención de otros problemas de salud, las cirugías electivas, las emergencias no-COVID y las enfermedades no transmisibles (Barriga Schneeberger et al., 2021; Gómez Rincón, 2021; Lacobucci, 2021; Vela-Ruiz et al., 2020).

La mayoría de los países fortalecieron y ampliaron la infraestructura y equipamiento hospitalario, pero no se dio el mismo énfasis al primer nivel de atención. En 2021, alrededor de un tercio de los países de ALC habían interrumpido la provisión de servicios esenciales de salud, y poco más de la mitad los interrumpieron en el primer nivel de atención (Castro, 2020; CEPAL-OPS, 2021).

3.2.2 Recursos humanos

Varios países formularon políticas para incrementar la oferta y la protección de los RHS en la atención de pacientes COVID (SELA, 2020). En el caso de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, los países identificaron e implementaron medidas para aumentar o mantener los RHS, como reclutamiento por nuevos mecanismos de contratación, asignación temporal desde los servicios no-COVID, aumento en la disponibilidad mediante estudiantes y recién graduados, jubilados y extranjeros. Adicionalmente, se les brindó protección personal y económica a los RHS mediante la aplicación de pruebas de diagnóstico, guías para identificación de riesgos, capacitación, bonificaciones y otros

incentivos económicos, reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad laboral e implementación de trabajo remoto mediante telemedicina (OMS & OPS, 2021).



3.2.3 Sistemas de información

Los sistemas de información de los países de ALC venían presentando limitaciones en cuanto a la “captura, procesamiento, análisis y divulgación, además de baja capacidad analítica y la insuficiente competencia de las personas con responsabilidades y protagonismo en estas tareas” (OPS, 2017a). Durante la pandemia de COVID-19 se hizo notoria la falta de articulación de los sistemas de información dentro y entre los países, así como la poca disponibilidad de datos digitales y abiertos que permitieran tomar decisiones más efectivas (Cid & Maria Luisa, 2022; Escuela Andaluza de Salud Pública, 2020).

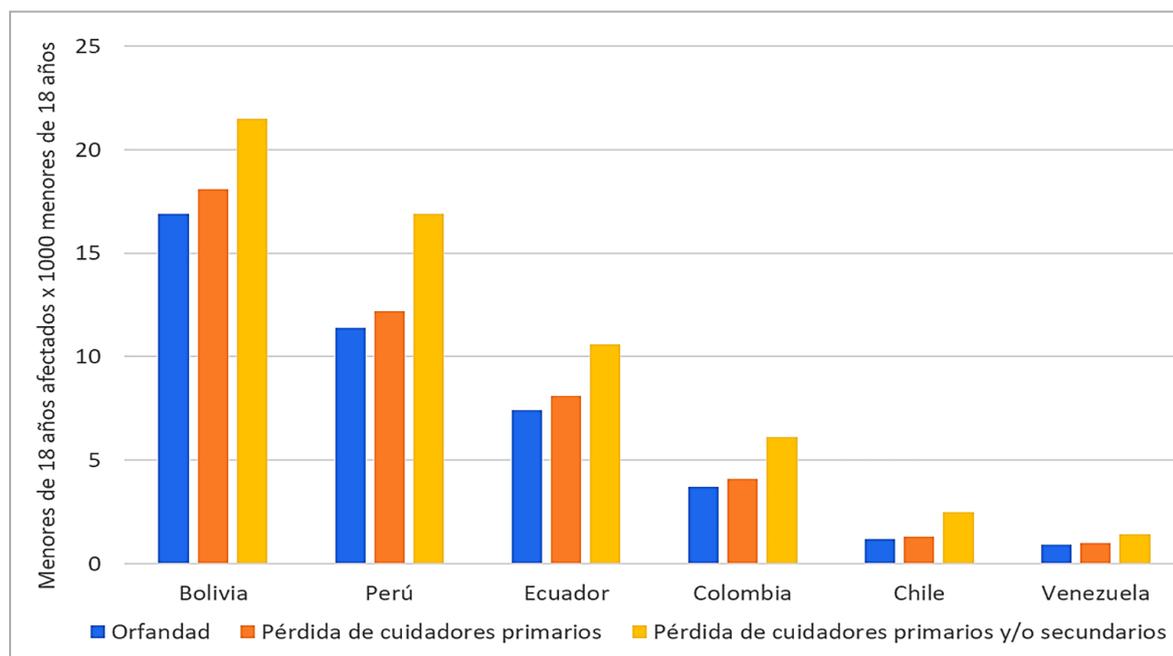
La pandemia impulsó a los países a revisar y fortalecer sus sistemas de información y de vigilancia de la COVID-19, tanto la vigilancia basada en indicadores o universal como la basada en eventos, o información no estructurada. El fortalecimiento implicó la formulación y actualización de normas y procedimientos para la vigilancia sindrómica, vigilancia activa, vigilancia basada en laboratorio, vigilancia centinela, vigilancia de la atención y de la mortalidad (Khamis Ibrahim, 2020).

3.3 Estado de salud de mujeres, niñas y niños durante la pandemia

Aunque desde los primeros meses de la pandemia los grupos de edad más afectados han sido adultos y adultos mayores, paulatinamente han comenzado a aumentar los casos de COVID-19 en niñas y niños. Según un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo a enero de 2022, la proporción de casos en menores de 10 años era de 1,0 % en Perú, 1,9 % en Ecuador, 3,6 % en Colombia y 5,2 % en Chile (Lopes-Boo et al., 2022).

De otro lado, diferentes organizaciones han llamado la atención acerca de lo que denominan la “la pandemia oculta”, esto es, la creciente orfandad y/o pérdida de cuidadores de niñas, niños y adolescentes producto de la pandemia de COVID-19¹⁸. Un reciente reporte del Grupo de Referencia Global sobre Niños Afectados por COVID-19, señala a Bolivia y Perú como los países del mundo con las tasas más altas de niñas, niños y adolescentes afectados entre marzo de 2020 y mayo de 2022 (Hillis et al., 2022), situación que los expone a un alto riesgo de institucionalización, abuso, duelo traumático, enfermedad mental, embarazo adolescente, bajo rendimiento escolar y enfermedades infecciosas (Gráfica 16).

Gráfica 16. Tasas estimadas de niñas, niños y adolescentes afectados por orfandad y muerte de sus cuidadores asociadas a COVID-19 en los países miembros del ORAS-CONHU 2020-2021



Fuente: Cálculos propios con base en Hillis et al. 2022; y United Nations, World Population Prospects 2022.

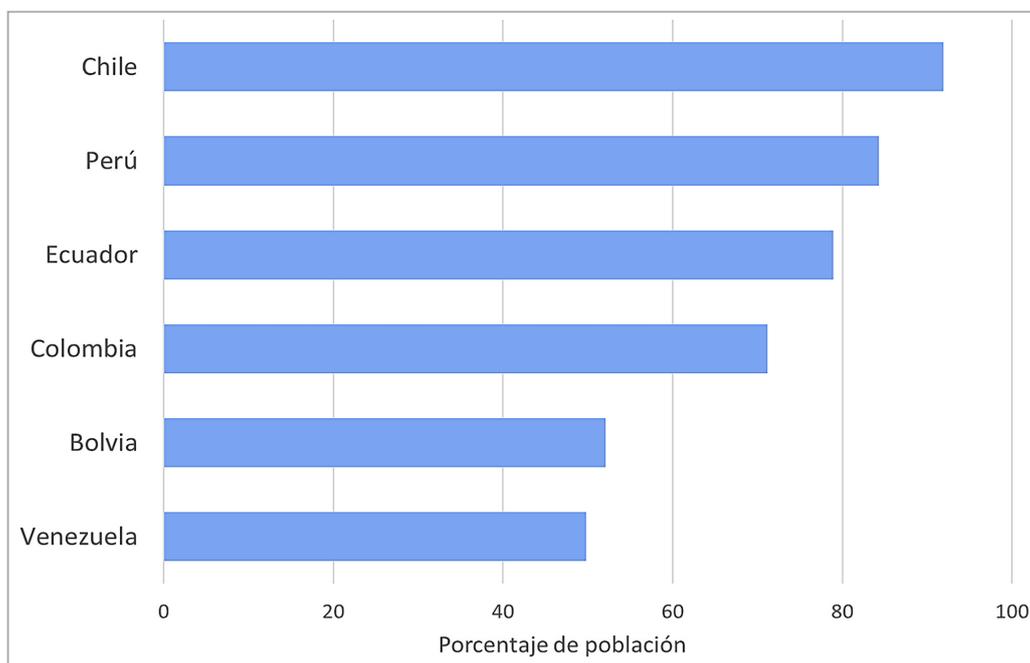
Desde el punto de vista de la prevención de COVID-19, entre fines de 2020 e inicios de 2021 los países iniciaron la vacunación del personal de salud, personas adultas mayores y con comorbilidades, avanzando progresivamente a grupos etarios menores. Al momento de la elaboración del presente informe entre 50 %-90 % de la población de los países miembros del ORAS-CONHU han recibido la vacuna contra COVID-19 según el esquema de cada país (PAHO, 2022b) (Gráfica 17).

Los países que han iniciado la vacunación a menores de 5 años son Chile, Colombia y Venezuela. Chile alcanzó en septiembre de 2022 una cobertura de 94,2

% en población de 3 a 17 años (MINSAL Chile, 2022b), Colombia había alcanzado en enero de 2022 una cobertura de 17,2 % en la población de 3 a 11 años (MSPS Colombia, 2022b), y Venezuela alcanzó en marzo de 2022 una cobertura de 60 % en población de 2 a 18 años.

Con relación el posible efecto del COVID-19 sobre algunas infecciones prevalentes en la infancia, los datos comparativos sobre enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en menores de 5 años, antes y durante la pandemia de COVID-19, indican una disminución en la prevalencia de ambas enfermedades en Colombia y Perú (Cuadro 12).

Gráfica 17. Porcentaje acumulado de población que ha recibido esquema completo de vacunación contra COVID-19, 2020-2022



Fuente: PAHO, 2022b.

Cuadro 12. Prevalencia de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de 5 años, Perú 2017-2021

Países	Años	Enfermedad diarreica aguda (%)	Infección respiratoria aguda (%) ¹⁹
Colombia	2017	6,9	20,8
	2018	7,3	22,0
	2019	8,7	26,9
	2020	3,9	10,6
	2021	3,5	11,8
Perú	2017	14,4	15,0
	2018	14,1	15,3
	2019	15,0	15,3
	2020	10,7	4,6
	2021	12,4	6,1

Fuentes: Colombia: Colombia: Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA y EDA, SIS-PRO2022; Perú: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDES (INEI/Perú, 2022a).

En cuanto a la prevalencia de retraso de crecimiento, los valores antes y durante la pandemia fueron similares tanto en todos los países miembros del ORAS-CONHU como en ALC (Gráfica 18), la medición durante el 2020 pudiera ser demasiado precoz para determinar su efecto sobre este trazador de desnutrición.

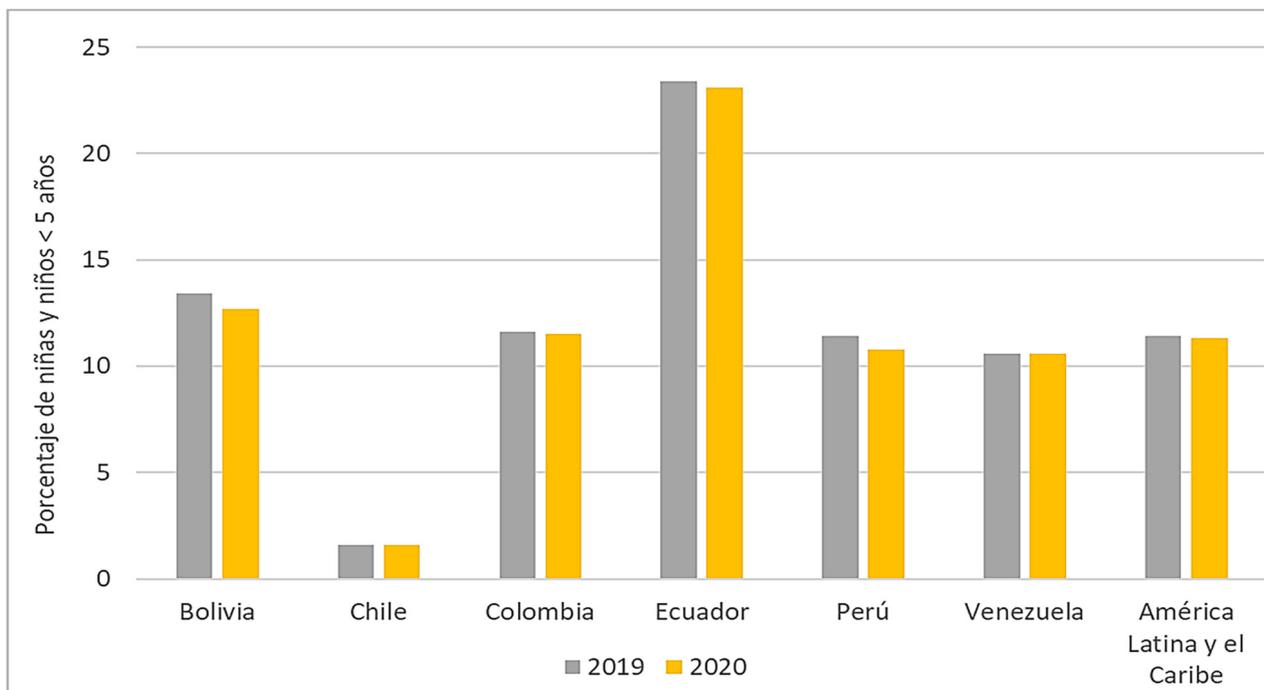
Respecto a los sistemas de salud, solo se encontraron datos que trascendieron los años de pandemia, para algunos países, como los indicadores referentes a demanda insatisfecha de planificación familiar, partos atendidos en una institución, lactancia materna y cobertura de vacunaciones.

El porcentaje de demanda insatisfecha de planificación familiar y la prevalencia

de partos atendidos en una institución, no variaron en 2020 y 2021 respecto a los años previos a la pandemia, en la mayoría de los países (INEI/Perú, 2022a; MINSAL Chile, 2022a; MSPS Colombia, 2022a; PAHO, 2022a).

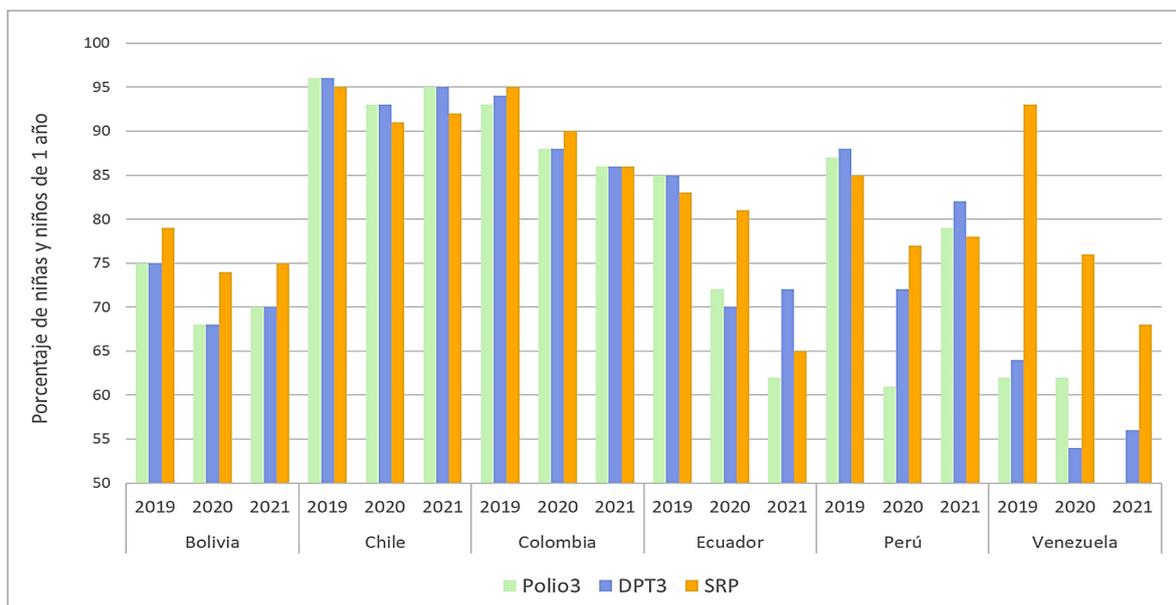


Gráfica 18. Prevalencia del retraso de crecimiento en niñas y niños menores de 5 años en los países miembros del ORAS-CONHU, 2019-2020



Fuente: WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

Gráfica 19. Cobertura de vacunación contra polio, DPT y sarampión en niñas y niños de 1 año en países miembros del ORAS-CONHU, 2019-2021



Fuentes: OPS, PLISA (PAHO, 2022a), Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Ampliado de Inmunizaciones, WHO. The Global Health Observatory 2022.

Las coberturas de vacunaciones para todas las vacunas mostraron descensos en 2020 en todos los países, a excepción de Chile. En 2021 las coberturas se mantuvieron en niveles bajos o continuaron disminuyendo en la mayoría de los países, aunque algunos mostraron niveles de recuperación, como la vacuna DPT3 en Bolivia, Ecuador y Perú (Gráfica 19).

Si bien no hay resultados de mediciones específicas sobre la mortalidad materna durante la pandemia de COVID-19, la respuesta a la pandemia y la interrupción de algunos servicios esenciales pudiera haber causado un exceso de muertes entre 2020

y 2021, provocando un estancamiento, y en algunos casos retroceso en el avance hacia la meta 3.1 del ODS 3 (Castro, 2020; Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2021). Así, por ejemplo, un estudio en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Honduras, Ecuador, Paraguay, Perú y República Dominicana mostró que “35 % de las embarazadas que fallecieron por causas asociadas a la COVID-19 no fueron ingresadas a cuidados intensivos” (Maza-Arnedo et al., 2022, p. 2) y la mortalidad en las madres migrantes a Colombia registró cifras de 61,8 y 91,8 por 100 000 n.v. en 2020 y 2021, respectivamente (SISPRO, Colombia, 2022).

3.4 Desarrollo Infantil Temprano durante la pandemia

Como mencionamos anteriormente, antes de la pandemia no se disponía de datos de los indicadores de Desarrollo de la Primera Infancia de UNICEF, situación que no cambió durante los años 2020 y 2021 (UNICEF, 2022a).

En el caso de **Perú**, ninguno de los indicadores de DIT mostraron cambios significativos durante los años de pandemia 2002-2021, respecto a los años 2018-2019 (Cuadro 13).



Cuadro 13. Indicadores de Desarrollo Infantil Temprano (DIT), Perú 2018-2021

Indicadores	2018	2019	2020	2021
• Bajo peso al nacer (%)	7,3	6,5	6,6	6,7
• Nacimiento prematuro (%)	22,6	22,3	23,1	21,3
• Apego seguro en niñas y niños de 9 a 12 meses (%)	48,4	46,0	41,4	41,5
• Retraso del crecimiento en niñas y niños menores de 3 años (%)	12,1	11,4	10,8	12,5
• Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses (%)	43,5	40,1	40,0	38,8
• Comunicación verbal efectiva en niñas y niños de 9 a 36 meses (%)	49,8	48,9	49,0	48,4
• Niñas y niños de 12 a 18 meses que caminan solos (%)	65,3	63,8	72,3	65,0
• Regulación de emociones y comportamientos en niñas y niños de 24 a 71 meses (%)	36,0	35,9	32,7	33,5
• Función simbólica en niñas y niños de 24 a 36 meses (%)	42,0	46,0	42,1	47,3

Fuente: INEI/Perú, ENDES 2018-2021.

Con relación a los indicadores de Desarrollo de la Primera Infancia de **Colombia**, estos muestran niveles similares antes y durante la pandemia, salvo

el fortalecimiento de ambientes pedagógicos que mostró un aumento importante (Cuadro 14).

Cuadro 14. Indicadores del Desarrollo Integral de la Primera Infancia, Colombia 2017-2021.

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021
• Cuentan con documento de identificación	99,6%	98,7%	97,0%	95,0%	95,0%
• Familias en procesos de formación	77,0%	91,0%	93,0%	98,0%	92,0%
• Afiliación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	91,0%	94,0%	92,0%	90,0%	91,0%
• Cuentan con seguimiento nutricional	86,0%	89,8%	93,0%	92,0%	86,0%
• Cuentan con 6 o más atenciones priorizadas	74,0%	92,0%	89,0%	75,0%	86,0%
• Esquema de vacunación completo para la edad.	36,0%	70,0%	79,0%	80,0%	76,0%
• Acceso a libros	41%	80,0%	71,0%	67,0%	71,0%
• Fortalecimiento de ambientes pedagógicos	0,0%	..	20,0%	30,0%	53,0%
• Valoración integral de la salud	49,0%	53,0%	55,0%	40,0%	40,0%
• Requerimiento nutricional del Programa de Alimentación Escolar	0,0%	..	28,0%	29,0%	36,0%
• Talento humano cuenta con procesos de formación	28,0%	31,0%	27,0%	26,0%	33,0%
• Acceden a programas de Recreación	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%
• Número de niñas y niños en educación inicial en el marco de la atención integral	1.197.634	1.374.423	1.494.936	1.567.243	1.786.320

Nota: ... dato no disponible.

Fuente: MEN, Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia (Ministerio de Educación Nacional - Colombia, 2022).

Cuadro 15. Desarrollo infantil alterado, por sexo y edad, Chile 2019-2020

Grupo	Tasa por 100		Diferencia cruda
	2019	2020	%
Total	9,0	7,8	-13,33
Hombres	10,4	9,2	-11,54
Mujeres	7,4	6,4	-13,51
<1 mes	11,2	7,1	-36,61
1 mes	2,2	2,2	0,00
2 meses	2,2	2,6	19,18
3 meses	6,9	4,7	-31,88
4 meses	4,1	3,7	-9,76
5 meses	4,6	2,2	-52,17
6 meses	3,6	2,8	-22,22
7-11 meses	6,6	7,5	13,64
12-17 meses	8,5	8,2	-3,53
18-24 meses	16,2	17,3	6,79

Fuente: UNICEF, 2022.

En **Chile** se mostró una tendencia al descenso del rezago en el desarrollo infantil temprano en 2020 respecto a 2019, en casi prácticamente todos los grupos de edad hasta los 24 meses (Cuadro 15) (UNICEF, 2022d).

Con respecto a los indicadores de desarrollo infantil de **Ecuador**, la última medición fue en 2018 por lo que no es posible hacer un análisis del posible impacto de la pandemia de COVID-19 sobre ellos.

3.5 Calidad de la atención de mujeres, niñas y niños durante la pandemia

Para el presente estudio establecimos cinco indicadores de calidad en la atención de niñas, niños y gestantes: registro del nacimiento, recibir Terapia de Rehidratación Oral (TRO) durante el último episodio de diarrea aguda, buscar atención ante síntomas de neumonía, recibir suplemento de hierro para prevenir anemia y madres de niñas o niños a quienes se hizo tamizaje de salud mental.

Como se puede apreciar, el porcentaje de niñas y niños menores de 5 años cuyo nacimiento estaba

registrado²⁰ oficialmente en 2020 estuvo cercano al 100 % en Chile, Perú y Colombia, seguidos por Bolivia, Ecuador y Venezuela. No se cuenta con cifras de años anteriores para analizar algún cambio y si el registro estuvo afectado por la pandemia. En cuanto a recibir la TRO durante un episodio de diarrea aguda, los valores oscilaron entre 54,0 % en Colombia y 22 % en Bolivia, tanto para 2018 como 2020. De otro lado, en 61 % a 72 % de los casos de neumonía en niñas

y niños menores de 5 años, sus padres buscaron atención en un establecimiento de salud, tanto en 2018 como en 2020 (Cuadro 16).

En Perú un tercio de niñas y niños entre 6 y 35 meses recibieron hierro medicinal para prevenir anemia, en los 7 días anteriores a las encuestas realizadas entre 2017 y 2020, no pudiéndose concluir que la pandemia modificó esta proporción (INEI/Perú, 2022a).

Cuadro 16. Indicadores seleccionados de calidad de atención en niñas, niños y madres en países miembros del ORAS-CONHU, 2018-2020

Países	Años	Registro de nacimiento (%) †	TRO durante diarrea aguda (%) ‡	Búsqueda de atención en neumonía (%) ‡	Suplemento de hierro 6-35 meses (%) §
Bolivia	2018	..	22,0	62,0	..
	2019	..	..	..	..
	2020	92,0	22,0	62,0	..
Chile	2018	..	..	..	..
	2019	..	..	..	..
	2020	99,0	..	..	..
Colombia	2018	94,0 ¥	54,0	64,0	..
	2019	92,0 ¥	..	..	..
	2020	97,0	54,0	64,0	..
Ecuador	2018	..	46,0	..	..
	2019	..	..	..	..
	2020	82,0	46,0	..	..
Perú	2017	..	..	..	30,7
	2018	..	32,0	62,0	31,3
	2019	..	..	..	34,5
	2020	98,0	34,0	61,0	29,7
Venezuela	2018	..	38,0	72,0	..
	2019	..	..	..	..
	2020	81,0	38,0	72,0	..

Nota: ... dato no disponible.

Fuente: † Banco Mundial, Banco de Datos (Banco Mundial, 2022); ‡ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia (UNICEF, 2019, 2022b); ¥ Colombia: MEN, Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia; § Perú: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (INEI/Perú, 2022a).

20 Porcentaje de niños menores de 5 años que estaban registrados en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye a los niños que declaran tener

un certificado de nacimiento, independientemente de que el entrevistador lo haya visto o no, y a los que no tienen certificado de nacimiento y cuya madre o cuidador dice que el nacimiento ha sido registrado.



4.

Políticas, planes y programas en salud materna e infantil

Para los fines de esta sistematización se utilizaron las siguientes definiciones:

Política de salud, es:

“un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud [...] Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación [...] Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo, por ejemplo, entre cinco y diez años” (OMS, 2005, p. 12).

Otra definición más general de política pública afirma que es:

Una estrategia con la cual el gobierno coordina y articula el comportamiento de los actores a través de un conjunto de sucesivas acciones intencionales, que representan la realización concreta de decisiones en torno a uno o varios objetivos colectivos, considerados necesarios o deseables en la medida en que hacen frente a situaciones socialmente relevantes. (Torres-Melo, 2013, p. 56)

Plan de salud, es:

Un esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud [...] la prevención [...] el tratamiento y la rehabilitación. Un plan permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades. (OMS, 2005, p. 12)

Programa de salud:

Es una intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que tiene que ver con la promoción [...] la prevención [...] el tratamiento y la rehabilitación. En contraste con la política o los planes, los programas se suelen poner en práctica en una división administrativa más pequeña o durante menos tiempo. (OMS, 2005, p. 12)



De otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció como una de las funciones esenciales de la salud pública la “formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población” (p. 52), políticas que debieran tener ciertas características o atributos básicos (OPS, 2020).

- Definición de objetivos, metas e indicadores nacionales y subnacionales.
- Diseño y formulación a cargo de una estructura responsable, con participación amplia de otros sectores.
- Diseño y formulación que toma en cuenta las políticas y planes de desarrollo nacionales.
- Formulación basada en evidencias y aportes de investigación.
- Alineamiento con iniciativas regionales y globales.

Se identificaron y analizaron 46 políticas, planes y programas de los 6 países miembros del ORAS-CONHU vigentes al momento de realizar esta consultoría. Todas ellas han formulado objetivos generales relacionados con el DIT, la mayoría contienen metas e indicadores específicos y una estructura multisectorial o sectorial responsable de su conducción, seguimiento y evaluación. Asimismo, en su formulación la mayoría ha considerado las políticas nacionales de desarrollo, están basados en evidencias, están alineados con estrategias sanitarias en la Región de las Américas o a nivel mundial y han abordado los determinantes de la salud.

En varios de los documentos no se ha podido identificar algunos de los atributos básicos: i) si se realizan evaluaciones regulares de los mismos; ii) se informan y publican sus resultados y; iii) si estos resultados han devenido en cambios institucionales o documentos normativos (Anexo 2).

4.1 Bolivia

Se identificaron cinco políticas y programas vigentes, orientados a mejorar el estado de salud de niñas y niños, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, a través de servicios de salud, nutrición, educación, alimentación y nutrición, y determinantes sociales de la salud (Cuadro 17).

Cuadro 17. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Bolivia

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa Multisectorial Desnutrición Cero con Enfoque del Derecho a la Alimentación	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el acceso de la población a servicios de salud, nutrición, educación, agua potable y saneamiento, fortaleciendo los activos sociales. • Contribuir al logro de la Soberanía Alimentaria mejorando la disponibilidad y acceso de alimentos nutritivos para la población, fortaleciendo los activos productivos. • Mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. • Contribuir a la realización del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y formular e implementar instrumentos normativos legales. 	Ministerio de Salud y Deportes
Programa de Transferencias Condicionadas "Bono Juana Azurduy"	2009	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño-Niña "Juana Azurduy", en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema. 	Ministerio de Salud y Deportes
Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud: <ul style="list-style-type: none"> – Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud. – Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad. – Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos. • Mejorar las condiciones de vida de la población. 	Dirección General de Promoción de Salud, Ministerio de Salud y Deportes

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Política de Alimentación y Nutrición (PAN) en el Marco del Saber Alimentarse para Vivir Bien	2014	Lograr que la población boliviana tenga un estado nutricional adecuado, asegurando el consumo de alimentos variados que cubra los requerimientos nutricionales en todo el ciclo de vida, mediante el establecimiento y fortalecimiento de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados, acciones de información y educación a la población boliviana sobre los valores nutricionales de los alimentos y su preparación hasta el año 2025.	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
Agenda Patriótica 2025. 13 Pilares de la Bolivia Digna y Soberana	---	3. Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral. 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien.	---

En cuanto a los atributos básicos de la formulación de los documentos normativos, la mayoría no señalaba explícitamente metas o indicadores de seguimiento y evaluación, aunque si consideraron las políticas de desarrollo nacionales, estaban basados en evidencias y alineados con objetivos regionales o mundiales. Asimismo, sus objetivos eran coherentes con la situación de salud esbozada en la situación de la salud infantil (Anexo 2).

Sin embargo, no se pudo identificar los atributos básicos de la evaluación, como evaluaciones regulares, informes de resultados, publicación de resultados y si estos provocaron cambios institucionales

o normativos (Anexo 2), salvo para el Programa Multisectorial Desnutrición Cero con Enfoque del Derecho a la Alimentación, cuya evaluación en 2012 informó dificultades para alcanzar sus objetivos (Valdivia, 2013).

4.2 Chile

Se identificaron siete políticas, planes y programas vigentes orientados a conservar y mejorar el estado de salud de niñas, niños, adolescentes y mujeres, a través de acciones de educación, promoción, prevención y rehabilitación de la salud, dentro de un sistema de garantías de sus derechos (Cuadro 18).

Cuadro 18. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Chile

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa de Salud de la Mujer	1997	Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.	Ministerio de Salud
Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (Programa eje: Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial)	2009	Acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas (familias vulnerables) que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta que cumplan los 18 años de edad.	Ministerio de Planificación
Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral	2013	Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años.	Ministerio de Salud
Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025	2016	Conjunto de orientaciones que guiarán las acciones que se desarrollen relacionadas con la niñez y adolescencia en el marco de un sistema de garantías de derechos.	Comité Interministerial de Desarrollo Social, Familia y Niñez
Acuerdo Nacional por la Infancia	2018	Promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes para que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades.	Ministerio de Desarrollo Social y Mesa de Trabajo Multisectorial
Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018--2025	2018	Conjunto de resultados estratégicos esperados, priorizados por su impacto en el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.	Ministerio de Desarrollo Social
Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030	2022	Plantear alternativas que permitan asumir los principales desafíos en salud y mejorar la calidad de vida de las personas que habitan en Chile	Ministerio de Salud

En cuanto a los atributos básicos de la formulación de los documentos normativos, no todos señalan explícitamente metas e indicadores de seguimiento y evaluación, pero casi todos consideran que las políticas o planes de desarrollo nacionales, están basados en evidencia y alineados con objetivos regionales o mundiales y son coherentes con la situación de salud de la infancia, de la adolescencia y de la mujer, cuando aplican (Anexo 2).

Con respecto a los atributos básicos de evaluación, solo se pudieron identificar informes con resultados de evaluación para la política “Chile Crece Contigo”, no pudiéndose identificar si ellos provocaron cambios institucionales o normativos (Anexo

2). En el caso del programa eje, Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, las evaluaciones mostraron ganancias significativas en algunas áreas del desarrollo infantil a nivel nacional, con resultados desiguales entre las comunas (Veliz, 2018).

4.3 Colombia

Se identificaron catorce políticas, planes y programas vigentes o en fase de formulación, orientados a proteger o mejorar la salud de niñas, niños, adolescentes, mujeres y familias, a través de acciones en promoción, prevención y atención en salud, nutrición, crianza, educación inicial y otros determinantes de la salud, bajo un marco de protección de sus derechos (Cuadro 19).

Cuadro 19. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Colombia

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre, en Política Integral de Desarrollo y Protección Social, en PND 2010-2014.	2010	Intervenciones en salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protecciones orientadas a potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas durante sus primeros 6 años.	Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (Comisión Intersectorial para la Estrategia De Cero a Siempre)
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	2012	<ul style="list-style-type: none"> • 7.4.3.2 Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos. • 7.5.3.2 Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. 	Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Intersectorial de Salud Pública, entidades territoriales

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	2012	<ul style="list-style-type: none"> • 7.6.4.1 Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas. • 7.6.4.2 Enfermedades inmunoprevenibles. • 8.1.4.1 Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes. 	Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Intersectorial de Salud Pública, entidades territoriales
Plan Nacional Integral e Interprogramático para la Prevención, el Control y la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013-2017	2013	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la prevalencia de Tracoma Folicular o Tracoma Intenso a menos de 10 % en niños de 9 años de edad. • Disminuir la prevalencia de infección combinada de Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura y uncinarias a menos del 20 %, límite a partir del cual se considera un problema de salud pública; así mismo, pretende reducir la proporción global de infecciones severas para todos los geohelminintos a menos de 1 % responsable de los síntomas y las complicaciones (niños severamente parasitados) y disminuir la morbilidad asociada a estas. 	Ministerio de Salud y Protección Social y entidades territoriales
Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre	2016	Representa la postura y comprensión sobre la primera infancia, el conjunto de normas, procesos, valores, estructuras y roles institucionales y las acciones estratégicas que aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de niños y niñas de cero a seis años de edad.	Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (Comisión Intersectorial para la Estrategia De Cero a Siempre)
Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes con énfasis en Prevención del Embarazo en la Infancia y Adolescencia 2015-2025	2017	Promoción y garantía del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en la prevención de su embarazo y la reducción del embarazo subsiguiente, en el marco de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.	Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030	2018	Generar las condiciones de bienestar, acceso a oportunidades con equidad e incidencia de las niñas, los niños y los adolescentes en la transformación del país.	Sistema Nacional de Bienestar Familiar
Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias	2018	Reconocer, promover y fortalecer las capacidades de las familias como sujetos colectivos de derechos y protagonistas del desarrollo social.	Consejo Nacional de Política Social, Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Política Social
Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal	2018	Definir e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.	Ministerio de Salud y Protección Social
Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal	2020	Fortalecer en los agentes educativos comunitarios e institucionales del ICBF las capacidades técnicas y el uso de las herramientas educativas necesarias, que les permita orientar y promover en las familias colombianas la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludable, culturalmente apropiadas, que contribuyan a la prevención de la malnutrición y la aparición de enfermedades asociadas a la alimentación.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030	2021	Promover la garantía de los derechos de las madres gestantes o en periodo de lactancia y las niñas y los niños menores de dos años.	Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (en formulación)	2022	Contribuir al contrato social por la salud y bienestar de los habitantes en el territorio nacional que orientará las acciones del Estado y los sectores para la gestión de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las inequidades en salud.	Ministerio de Salud y Protección Social y entidades territoriales
Estrategia Nacional Pedagógica y de Prevención del Castigo Físico, los Tratos Crueles, Humillantes o Degradantes 2022/2030	2022	Transformar imaginarios, creencias y comportamientos que social y culturalmente han sido utilizados para naturalizar, validar y normalizar el castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes contra la niñez y adolescencia en Colombia, desde acciones pedagógicas basadas en la evidencia que logren una crianza y educación, fundadas en la parentalidad respetuosa, priorizando las voces de la niñez y la adolescencia.	Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia
Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda	2022 (actualización de documento 2014)	Orientar las acciones de prevención, atención y control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda en la población infantil colombiana, fundamentadas en la atención primaria en salud, la movilización social y la articulación intersectorial, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos	Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI – Lineamientos para la Gestión y Administración	2022	Establecer las acciones para la gestión y administración de los componentes del PAI en las entidades territoriales en cada uno de los niveles, EAPB, IPS públicas y privadas que oferten el servicio de vacunación en el marco de su competencia, con el fin de alcanzar las metas y objetivos del programa.	Ministerio de Salud y Protección Social

Con respecto a los atributos de formulación, se identificó metas e indicadores de seguimiento y evaluación y una estructura multisectorial responsables en todos los documentos normativos, así tomaron en consideración las políticas nacionales de desarrollo, están basados en evidencias y alineados con objetivos regionales y mundiales. Además, sus objetivos son coherentes con la situación de salud de la infancia, adolescencia y de las mujeres, y todos, salvo uno, cuentan con informes regulares de evaluación que son publicados y sirven de insumo para cambios institucionales o normativos (Anexo 2). En el caso de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre, una medición del impacto evidenció efectos inmediatos positivos

sobre algunas áreas del desarrollo infantil, especialmente en el lenguaje (Jiménez et al., 2017), y la evaluación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, previa a la formulación del PDSP 2022, mostró retos a nivel subnacional para la implementación de acciones intersectoriales (MSPS Colombia, 2022c).

4.4 Ecuador

Se identificaron seis políticas, planes y programas orientados a proteger o mejorar la salud y desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y madres a través de acciones en prevención y atención a la salud, nutrición y educación con un enfoque intercultural y de derechos (Cuadro 20).

Cuadro 20. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Ecuador

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Plan Nacional para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres	2007	Garantizar a las mujeres, niños, niñas y adolescentes seguridad, paz, bienestar, tranquilidad, desarrollar sus proyectos de vida, vivir en mejores condiciones y con alegría, y al país mejores posibilidades de desarrollo social y económico, promoviendo el ejercicio de una verdadera democracia y ciudadanía plena.	---
Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia - Infancia Plena	2013	Brindar atención integral a la primera infancia desde el enfoque de derechos, considerando los diversos contextos territoriales, la interculturalidad y el género, a través de la implementación de un modelo de articulación intersectorial que asegure el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios dirigidos a las niñas y los niños entre 0 a 5 años de edad.	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio del Deporte

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Plan Nacional de Desarrollo - Toda Una Vida 2017-2021	2017	1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.	---
Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 - 2025	2018	Contribuir a la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 en lo que respecta a la reducción de la tasa específica de nacimientos adolescentes, así como a las metas establecidas en la Agenda 2030.	Comité Nacional Interministerial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes
Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil 2021-2025	2021	Conjugar visiones que superen soluciones coyunturales y dar paso a la estructuración de una política de Estado permanente, que permita trazar el camino hacia una efectiva prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador	Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025	2018	Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.	Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición

Casi todos los documentos normativos contenían metas e indicadores de seguimiento y evaluación, así como considerado las políticas de desarrollo nacionales, estaban basados en evidencias y alineados con objetivos regionales y mundiales (Anexo 2).

Solo se pudo identificar informes publicados de evaluaciones regulares con resultados para el Plan Nacional para la

Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujeres (PNEVG) y la Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia - Infancia Plena. Sin embargo, no se pudo constatar si los resultados habían dado lugar a cambios institucionales o normativos (Anexo 2). Una evaluación del PNEVG realizada en 2019 concluyó que “ha incidido de forma destacable en el fortalecimiento del sistema de protección integral y acceso a la justicia,

y en menor medida en la transformación de patrones socioculturales y creación de un sistema de registro e información único” (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2019). La ENSANUT 2018 incluyó un módulo para medir el desarrollo infantil, y encontró brechas socioeconómicas que aumentan con la edad, especialmente en hijos de madres con educación básica, los cuales tienen rezago en su lenguaje (INEC, 2018).

4.5 Perú

Se identificaron once políticas, planes y programas orientados a conservar o mejorar la salud y el desarrollo de niñas, niños y la salud de madres a través de acciones de prevención, atención, educación inicial y nutrición (Cuadro 21).

Cuadro 21. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Perú

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa Presupuestal Articulado Nutricional	2008	Reducción de la desnutrición crónica y la anemia en menores de 5 años.	Ministerio de Salud
Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal	2008	Mejorar la salud materno neonatal.	Ministerio de Salud
Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021	2017	Contribuir a la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.	Ministerio de Salud
Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia	2018	Establecer las acciones e intervenciones efectivas que deben ser implementadas para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses.	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS)
Plan Nacional de Competitividad y Productividad 2019-2030	2019	Objetivo Prioritario 2: Fortalecer el capital humano.	Consejo Nacional de Competitividad y Formalización
Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia”	2019	Efectivizar acceso a paquete integrado de servicios priorizados para DIT.	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), gobiernos locales

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa Presupuestal Orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano	2019	Abordar intervenciones prioritarias y establecer metas para el DIT.	MIDIS y Grupo de Trabajo Multisectorial
La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable"	2020	En general se busca que, a través del acceso a los servicios de salud, con puntos de atención y una progresión de servicios de calidad con frecuencia y continuidad, donde las personas muestren confianza en el sistema y los servicios ofrecidos adecuados a las necesidades de la población, que incluyen atributos como conveniencia, asequibilidad y seguridad que son ofrecidos en un marco de prevención.	Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Salud
Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud "Perú, País Saludable"	2021	OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. OP2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud.	Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación
Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS"	2005 actualizado en 2021	Ejecutar transferencias directas en beneficio de hogares en condición de pobreza o pobreza extrema, de acuerdo con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), priorizando progresivamente su intervención a nivel nacional.	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Economía y Finanzas
Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 ampliado al 2025	2022	Contener acciones estratégicas conducentes a mejorar la salud de la población: Reducir la mortalidad materna e infantil, Reducir la desnutrición infantil y anemia.	Ministerio de Salud

En cuanto a los atributos básicos en su formulación, todos los documentos normativos contienen metas e indicadores para su seguimiento y evaluación, consideran las políticas nacionales de desarrollo, están basados en evidencias y alineados con objetivos regionales y mundiales. Adicionalmente, sus objetivos son coherentes con la situación de salud infantil y materna (Anexo 2).

Con respecto a los atributos de evaluación, el Programa Presupuestal Articulado Nutricional, el Programa Presupuestal Materno Neonatal, el Programa Presupuestal Orientado a Resultados de DIT, la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” y el “Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS” realizan evaluaciones anuales por medio de encuestas o registros administrativos, cuyos resultados son publicados y devienen en cambios programáticos y normativos

anuales (Anexo 2). En el caso del Programa Presupuestal Orientado a Resultados de DIT, una evaluación realizada en 2019 informó heterogeneidad en los resultados de los dominios del marco conceptual de DIT que, a pesar de ello, son útiles para la toma de decisiones, pero llamó la atención a que el instrumento mide el DIT a través del reporte materno y que debería ser complementada con observación directa de la conducta de niñas y niños (MIDIS, 2019).

4.6 Venezuela

Se identificaron ocho políticas, planes y programas orientados a asegurar la salud de la población, con mención particular de la infancia, adolescencia, maternidad, familias y grupos sociales vulnerables a través de acciones en promoción de la salud, prevención de enfermedades, alimentación y nutrición, así como educación (Cuadro 22).

Cuadro 22. Políticas, planes y programas que contribuyen a la salud infantil, salud materna y hacia el logro del óptimo DIT en Venezuela

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa Ampliado de Inmunizaciones	1996 (Actualizado en 2013 y 2021)	Disminuir la morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades prevenibles por vacunación del esquema de la República Bolivariana de Venezuela.	Ministerio del Poder Popular para la Salud
Programa Integrado Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño, Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.	1936 (Actualizado en 1999)	Garantizar la atención en salud integral y desarrollo humano de la población por ciclo de vida (infancia, adolescencia, adultez, adulto/a mayor), enmarcada en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, satisfaciendo las necesidades en cada etapa del desarrollo, con énfasis en una maternidad	Ministerio del Poder Popular para la Salud

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Programa Integrado Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño, Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.	1936 (Actualizado en 1999)	sana y fortaleciendo el binomio madre-hijo(a), incorporando al padre como factor importante de este proceso, promoviendo la lactancia materna, la alimentación adecuada de la madre, del niño, niña y adolescente, con una orientación y atención apropiada en salud sexual y reproductiva, con la participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la comunidad, a fin de garantizar la calidad de vida y el desarrollo humano.	Ministerio del Poder Popular para la Salud
Salud va a la Escuela	2015	Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludable, mediante la promoción prevención y educación para la salud de la población escolar y dar atención a las patologías detectadas tomando como referentes los resultados obtenidos en el Circuito de Salud. El Circuito de Salud es un proceso por medio del cual la institución educativa activa la observación y evaluación periódica sobre las condiciones de salud de las y los estudiantes. Los circuitos de salud se instalarán en los meses de: noviembre y abril de cada año escolar.	Ministerio del Poder Popular para la Educación
Comité Nacional de Vigilancia, Análisis y Respuesta para la Prevención y Control de la Morbilidad Materna Grave, la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal (Resolución 348).	2018	Orientar un conjunto de acciones dirigidas a la toma de decisiones, así como implementar actividades dirigidas a la reducción de la morbilidad materna grave, la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal y en consecuencia la mortalidad infantil, y velar por la supervisión nacional, regional, local e institucional de la red de atención comunal, de hospitales y/o maternidades que integren el Sistema Público Nacional de Salud.	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Salud Militar, Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Salud Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima y otros.

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Estrategia Ruta Materna (Manual Operativo)	2019	Contribuir al desarrollo de la maternidad deseada, segura, feliz y a la reducción de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Equipo de Trabajo de la Ruta Materna
Agenda programática de la mujer e igualdad de género.	2018	1.5.3 Favorecer el conocimiento y valoración de nuestras culturas, así como el reconocimiento de los aportes culturales de los distintos orígenes de la población venezolana. 2.2.1 Consolidar la equidad de género con valores socialistas, garantizando y respetando los derechos de todos y todas, y la diversidad social. 2.3.6 Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales. 2.3.7 Asegurar una alimentación saludable, una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, dando especial énfasis a la lactancia materna, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, soberanía y seguridad alimentaria, profundizando y ampliando las condiciones que las garanticen.	Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género
Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. Plan de la Patria 2025	2019	2.3.1 Superar las formas de explotación capitalistas presentes en el proceso social del trabajo, a través del despliegue de relaciones socialistas entre trabajadores y trabajadoras, como espacio fundamental para el desarrollo integral de la población. 2.3.6 Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales.	específicamente en el área de salud materno infantil: Ministerio del Poder Popular para la Salud, Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, Ministerio del Gobierno Nacional, Poder Popular para

Nombre de la Política, Plan o Programa	Fecha de formulación	Objetivos generales	Estructura multisectorial responsable
Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. Plan de la Patria 2025	2019	2.3.7 Asegurar una alimentación saludable, una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, dando especial énfasis a la lactancia materna, en concordancia con los mandatos. 2.3.8 Desarrollar el principio de la educación pública y gratuita, que garantice las condiciones del trabajador del sistema educativo, del estudiante y la infraestructura, así como también los contenidos y prácticas pedagógicas para una educación liberadora. Continuar garantizando el derecho a la educación con calidad y pertinencia, a través del fortalecimiento de las condiciones de ingreso, prosecución y egreso del sistema educativo.	la Educación, Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género, Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia y Seguimiento de la Gestión de Gobierno.
Plan Venezuela Libre de Vulnerabilidad Nutricional 2022-2024	2022	Declarar a la República Bolivariana de Venezuela como Territorio Libre de Vulnerabilidad Nutricional para el año 2024, cumpliendo cabalmente y antes de tiempo con el Plan de la Patria y la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, Instituto Nacional de Nutrición, MERCAL, PDVAL, Bicentenario, Fundaproal, Movimientos sociales

Con relación a los atributos básicos en la formulación de los documentos solo la “Agenda Programática de la Mujer e Igualdad de Género” y el “Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. Plan de la Patria 2025” contienen metas e indicadores para su seguimiento y evaluación, el “Plan Venezuela Libre de Vulnerabilidad Nutricional 2022-2024” contiene metas, pero no indicadores y la Estrategia Ruta Materna y el Programa Ampliado de Inmunizaciones contienen

indicadores. Todos los documentos consideraron las políticas nacionales de desarrollo y la mayoría estuvieron basados en evidencias, alineados con objetivos regionales y mundiales y son coherentes con la situación de salud de la niñez y las mujeres (Anexo 2).

Con respecto a los atributos básicos de evaluación, no se pudo identificar evaluaciones regulares, informes con resultados de ellas ni si estos produjeron cambios institucionales o normativos (Anexo 2).



5.

Principales fortalezas,
debilidades y
oportunidades

Fortalezas de los países:

- Los países miembros del ORAS-CONHU han formalizado su apuesta y compromiso por el DIT, expresado en la formulación e implementación de leyes, políticas, estrategias, normas y sistemas de seguimiento.
- Hasta antes de la pandemia de COVID-19, las mujeres de la mayoría de los países presentaban niveles altos de enrolamiento en educación, alfabetización y logro educativo.
- Antes de la pandemia de COVID-19 la mayoría de los países presentaban niveles adecuados en la atención durante el embarazo y el parto, vacunación infantil y búsqueda de atención en caso de neumonía.
- Para el año 2019 todos los países habían superado la meta de 25 recursos humanos en salud por 10 000 habitantes.
- En la mayoría de los países la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer era comparable al de países más desarrollados.
- Como respuesta a la pandemia, todos los países implementaron rápidamente medidas de urgencia para controlar la morbilidad y mortalidad, como arreglos organizativos interministeriales, aumento del financiamiento en salud, fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento hospitalario, aumento de la oferta de recursos humanos, telemedicina y fortalecimiento de sus sistemas de información.
- Durante la pandemia de COVID-19, la mayoría de los indicadores de desarrollo infantil se mantuvieron en niveles similares a los de prepandemia.

Debilidades en los países:

- Niveles de pobreza y desigualdad económica en todos los países, que empeoraron en mujeres, niñas y niños durante la pandemia y que pudieran haber agravado las inequidades en salud.
- Baja proporción de la población que dispone de fuentes mejoradas de agua potable e instalaciones mejoradas de saneamiento en algunos países.
- Sistemas de salud segmentados y fragmentados que dificultan alcanzar la CUS.
- Gasto en salud por debajo del promedio de los países de ALC en la mayoría de los países y con un alto porcentaje de gasto de bolsillo.
- Alta tasa de fecundidad en adolescentes en todos los países.
- Niveles bajos de lactancia materna, tanto temprana como hasta los 6 meses, en todos los países.
- Coexistencia de retraso de crecimiento y sobrepeso en menores de 5 años en la mayoría de los países.
- Anemia en niñas, niños y gestantes en nivel que la catalogan, antes de la pandemia, como un problema de salud pública.
- Mortalidad infantil y en menores de 5 años por encima del promedio de ALC en algunos países antes de la pandemia.
- Disminución en las coberturas de vacunaciones en niñas y niños durante la pandemia en todos los países.
- Disponibilidad no continua de indicadores estandarizados sobre la salud y determinantes de la salud de niñas, niños y mujeres que permitan hacer un seguimiento en los países y la comparación entre los países miembros del ORAS-CONHU.

Oportunidades de los países:

- Adoptar un marco conceptual común del DIT que permita establecer metas e indicadores mínimos compartidos de seguimiento entre todos los países miembros del ORAS-CONHU.
- Abogar para que los sistemas nacionales de protección social prioricen a las mujeres, niñas y niños en la etapa de recuperación pospandemia COVID-19.
- Abogar por la institucionalización de las mejoras implementadas en los servicios de salud como respuesta a la pandemia de COVID-19.
- Fortalecer los programas e iniciativas en salud sexual y reproductiva, con énfasis en adolescentes y mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Fortalecer las iniciativas nacionales en alimentación y nutrición que promuevan la lactancia materna, la alimentación saludable de niñas y niños y la prevención de la anemia nutricional.
- Impulsar el retorno a coberturas efectivas de vacunación de niñas y niños, incidiendo especialmente en disminuir las oportunidades perdidas de vacunación atribuibles a los servicios de salud.
- Aprovechar el fortalecimiento de los sistemas de información para la COVID-19, de modo que permitan hacer seguimiento al estado y a las desigualdades en la salud de mujeres, niñas y niños, así como evaluar los esfuerzos para el DIT.



6. ● Conclusiones

Conclusiones

- ✓ Los objetivos de las políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU, orientados al DIT, incorporan los desafíos y oportunidades identificadas en el estudio “Identificación de la Situación Actual de la Salud Infantil e Impacto de la Pandemia por COVID-19 en el logro del Óptimo Desarrollo Infantil Temprano en los Países Andinos” especialmente en salud de las gestantes, fecundidad en adolescentes, lactancia materna, anemia, retraso en el crecimiento, inmunizaciones, y mortalidad materna e infantil.
- ✓ En su formulación, las políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU, orientados al DIT, incorporan enfoques de derechos humanos, igualdad de género e interculturalidad.
- ✓ Un número significativo de políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU tienen una estructura multisectorial responsable de su seguimiento y evaluación, aunque en unos pocos esta responsabilidad recae solo en el Ministerio de Salud u otra institución pública.
- ✓ La mayoría de las políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU contienen metas e indicadores que permiten el seguimiento y evaluación de los avances hacia el logro del óptimo DIT.
- ✓ Casi todas las políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU han considerado en su formulación las políticas nacionales de desarrollo, se han basado en evidencias y se alinearon con objetivos de la OPS o de la OMS.
- ✓ En un número escaso de políticas, planes y programas de los países miembros del ORAS-CONHU se han podido identificar evaluaciones, pocas veces regulares, plasmadas en informes de los resultados que son publicados. En menos casos, se ha podido identificar que los resultados de las evaluaciones han dado lugar a cambios institucionales o a la formulación de nuevos documentos normativos.



7



Recomendaciones

Recomendaciones

- ❖ Instar a los países a que realicen regularmente y divulguen los resultados de las evaluaciones de sus políticas, planes y programas en DIT y, en particular den a conocer si producto de ellas ocurrieron cambios institucionales o en el marco normativo nacional.
- ❖ Constituir un núcleo básico común de indicadores en DIT que permita monitorear y evaluar los avances del conjunto de países.
- ❖ Identificar y compartir metodologías e instrumentos para apoyar a los países en la institucionalización de la evaluación de sus políticas, planes y programas en DIT.
- ❖ Organizar un observatorio de políticas, planes y programas en DIT que permita su divulgación y eventualmente “benchmarking” de las mejores prácticas en DIT.



8



Bibliografía

Bibliografía

- Banco Mundial. (2022). *Banco de datos del Banco Mundial*. <https://databank.bancomundial.org/home.aspx>
- Barriga Schneeberger, C. A., Camacho Neira, J., Román Lucero, E., Retamal Rivas, T., Cadiz Val, F., Gallegos Angulo, M., & Carvajal Hausdorf, D. (2021). Evaluación del impacto de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama tratadas en Clínica Alemana de Santiago. *Revista de Cirugía*, 73(3). <https://doi.org/10.35687/s2452-454920210031165>
- Britto, P. R. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *Lancet*, 389, 12.
- Carpio, C., & Bench, N. (2015). *The Health Workforce in Latin America and the Caribbean. An Analysis of Colombia, Costa Rica, Jamaica, Panama, Peru and Uruguay* (World Bank Group). <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22027/9781464805943.pdf>
- Castro, A. (2020). *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. 30.
- CEPAL. (2022). *Estadísticas e indicadores: Demográficos y Sociales—CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>
- CEPAL- OPS. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210016377>
- Cid, C., & Maria Luisa, M. (2022). *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: Reflexiones...* CEPAL.
- Colomé-Hidalgo, M., Donado Campos, J., & Gil de Miguel, Á. (2020). Monitoring inequality changes in full immunization coverage in infants in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.56>
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión*. <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
- Congreso de Colombia. (2016). *Ley 1804 de 2016 por la cual se establece la política de estado para el desarrollo Integral de la primera infancia de cero a siempre y se dictan otras disposiciones*. https://www.icbf.gov.co/system/files/ley_1804_de_2016_primera_infancia.pdf

- Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. (2020). *Informe de la Implementación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre 2019*. <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Informe-Politica-DIPI-2019.pdf>
- Corvalán, C., Garmendia, M. L., Jones-Smith, J., Lutter, C. K., Miranda, J. J., Pedraza, L. S., Popkin, B. M., Ramirez-Zea, M., Salvo, D., & Stein, A. D. (2017). Nutrition status of children in Latin America Region. *Obesity Reviews*, *18*, 7-18. <https://doi.org/10.1111/obr.12571>
- Costa, J. C., Mujica, O. J., Gatica-Domínguez, G., del Pino, S., Carvajal, L., Sanhueza, A., Caffè, S., Victora, C. G., & Barros, A. J. D. (2022). Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children: A cross-sectional analysis of ten Latin American and Caribbean countries. *The Lancet Regional Health - Americas*, *15*, 100345. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100345>
- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. (2015). *Going Universal: How 24 Developing Countries are Implementing Universal Health Coverage from the Bottom Up*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0610-0>
- DANE. (2022). *Proyecciones de población*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2020). *Lecciones aprendidas de la COVID-19 y desafíos para los sistemas de salud vinculados con I+D+i en Iberoamérica para asegurar una respuesta*. https://intercoonecna.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/Jornadas_iberamericanas_vigilancia_epidemiologica_Lecciones_aprendidas_COVID19.pdf
- FAO, PMA, OPS, & UNICEF. (2019). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2019*. FOOD & AGRICULTURE ORG.
- García, P. J., Alarcón, A., Bayer, A., Buss, P., Guerra, G., Ribeiro, H., Rojas, K., Saenz, R., Salgado de Snyder, N., Solimano, G., Torres, R., Tobar, S., Tuesca, R., Vargas, G., & Atun, R. (2020). COVID-19 Response in Latin America. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *103*(5), 1765-1772. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0765>
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). *CHALLENGING INEQUITY THROUGH HEALTH SYSTEMS*.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., Tobar, S., & Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. ISAGS.
- Gómez Rincón, J. C. (2021). Situación actual de la pandemia y el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, *25*(2), Art. 2. <https://doi.org/10.35509/01239015.810>
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. (2021). *Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: Orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030*. <https://lac.unfpa>

- org/sites/default/files/resource-pdf/geco-238_gtr_consenso_estrategico_interagencial_2020_2030_spanish_final.pdf
- Hillis, S., Ntwali N'konzi, J.-P., & Msemburi, W. (2022). Orphanhood and Caregiver Loss Among Children Based on New Global Excess COVID-19 Death Estimates. *JAMA Pediatr.* <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.3157>
- Iacobucci, G. (2021). How is the pandemic affecting non-covid services? *BMJ*, 372, n215. <https://doi.org/10.1136/bmj.n215>
- INE/Bolivia. (2022). *Encuesta de Hogares—Salud*. INE. <https://www.ine.gob.bo/index.php/encuestas-de-hogares-salud/>
- INEC. (2018). *Principales resultados ENSANUT 2018*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
- INEC. (2022). *Reportes de la ENSANUT 2018 Vol. 2 Desarrollo Infantil*.
- INEI/Perú. (2022a). *Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2016-2021, ENDES*. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2016_2021_1.pdf
- INEI/Perú. (2022b). *Desarrollo Infantil Temprano en Niñas y Niños Menores de 6 años de edad. ENDES 2021*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3097998/Desarrollo%20Infantil%20Temprano%20en%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20menores%20de%206%20a%C3%B1os%20de%20edad%20-%20Endes%202021.pdf>
- INE/Venezuela. (2022). *Indicadores Sociales—Coeficiente GINI*. http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=45
- Jiménez, J. C., Buitrago, J. C., Delgado, C., Benavides, M. A., Mestre, S. E., & Yaselga, N. J. (2017). *Raquel Bernal (Universidad de los Andes) Sara María Ramírez (Ministerio de Hacienda y Crédito Público) Lina María Arias (Universidad de los Andes)*. 50.
- Khamis Ibrahim, N. (2020, julio). Epidemiologic surveillance for controlling Covid-19 pandemic: Types, challenges and implications | Elsevier Enhanced Reader. *Journal of Infection and Public Health*, 13(2020), 1630-1638. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.019>
- Lancet, T. (2021). COVID-19 in Latin America—Emergency and opportunity. *The Lancet*, 398(10295), 93. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01551-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01551-8)
- Lopes-Boo, F., Goyeneche, L., Rubio, M., & Savedoff, W. (2022). *El COVID-19 en los niños menores de 18 años | Publications*. BID. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-COVID-19-en-los-ninos-menores-de-18-anos.pdf>
- Maza-Arnedo, F., Paternina-Caicedo, A., Sosa, C. G., de Mucio, B., Rojas-Suarez, J., Say, L., Cresswell, J. A., de Francisco, L. A., Serruya, S., Lic, D. C. F. P., Urbina, L., Hilaire, E. S., Munayco, C. V., Gil, F., Rousselin, E., Contreras, L., Stefan, A., Becerra, A. V., Degraff, E., ... Colomar, M. (2022). Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths.

- The Lancet Regional Health - Americas*, 12, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>
- Mena-Meléndez, L. (2020). Ethnoracial child health inequalities in Latin America: Multilevel evidence from Bolivia, Colombia, Guatemala, and Peru. *SSM - Population Health*, 12. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100673>
- Merke, F., Stuenkel, O., & Feldmann, A. E. (2021). *Remaining Regional Governance in Latin America*. Carnegie Endowment for International Peace. https://carnegieendowment.org/files/Merke_Stuenkel_and_Feldman_Latin_America.pdf
- MIDIS. (2016, julio 28). *Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano «Primero la Infancia» DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf*. Normas Legales. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/18886/DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf
- MIDIS, evidencia. (2019). *Informe final del estudio de Resultados del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano, ENDES 2015-2017*. Midis. <https://evidencia.midis.gob.pe/analisis-dit-2015-2017-informefinal/>
- Ministerio de Educación Nacional - Colombia. (2022, agosto 10). *Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia*. <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Educacion-inicial/Sistema-de-Educacion-Inicial/356107:Sistema-de-Seguimiento-al-Desarrollo-Integral-de-la-Primera-Infancia>
- MINSAL Chile. (2022a). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. <https://deis.minsal.cl/>
- MINSAL Chile. (2022b, septiembre 6). *COVID-19: Se han administrado más de 62 millones de dosis contra el SARS-CoV-2—Ministerio de Salud—Gobierno de Chile*. <https://www.minsal.cl/covid-19-se-han-administrado-mas-de-62-millones-de-dosis-contra-el-sars-cov-2/>
- MSPS Colombia. (2022a). *SISPRO - Sistema Integrado de Información de la Protección Social*. <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
- MSPS Colombia. (2022b, enero 17). *Así va la vacunación en niños y niñas contra el covid-19*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Asi-va-la-vacunacion-en-ninos-y-ninas-contra-el-covid-19.aspx>
- MSPS Colombia. (2022c). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031—Borrador*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Mújica, Ó. J., & Moreno, C. M. (2019). De la retórica a la acción: Medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e12. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.12>
- Naciones Unidas. (2020). *Década de acción: Diez años para transformar el mundo*. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/decade-of-action/>

- OECD & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OIT. (2017). *Panorama Laboral 2017. América Latina y el Caribe* (Oit / Oficina Regional para América Latina y el Caribe). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_613957.pdf
- OIT. (2021). *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*. OIT Países Andinos. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_768040.pdf
- OMS. (2005). *Política, planes y programas de salud mental—Edición Revisada*. <https://consaludmental.org/publicaciones/Politicasplanesyprogramasdesaludmental.pdf>
- OMS. (2009). *Comisión sobre Determinantes sociales de la salud—Informe Final*. WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud ; el camino hacia la cobertura universal*. OMS. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=648161>
- OMS. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1161334/retrieve>
- OMS. (2022). *Cobertura sanitaria universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- OMS, & OPS. (2021). *Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: El caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú* (p. 56). <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240039001>
- OPS. (2017a). *Salud en las Américas+, Edición 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país*. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2017b). *Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es
- OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el Siglo XXI. Marco conceptual y definición*. OPS.
- OPS & MSPS Colombia. (2022). *Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55785>
- OPS/OMS. (2017). *Salud en las Américas 2007—Volumen I Regional* (Vol. 1).
- ORAS-CONHU. (2020). *Lactancia Materna en los Países Andinos 2020*. (ORAS-CONHU). <https://orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/LIBRO%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20LOS%20PAISES%20ANDINOS%202020.pdf>
- PAHO. (2022a). *PAHO/WHO Data—PLISA*. <https://www3.paho.org/data/index.php/es/>
- PAHO. (2022b, septiembre 2). *COVID-19 vaccine doses administered in the Americas*. https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp

- Pienknagura, S., Roldós, J., & Werner, A. (2020, octubre). La persistencia de la pandemia nubla la recuperación de América Latina y el Caribe. *Blog Dialogoafondo*. <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=14436>
- Sanhueza, A., Carvajal, L., Cueva, D. A., Caffé, S., Camacho, A. V., Berroterán, M. A., Horowitz, D., Gordillo-Tobar, A., Mujica, O. J., & Every Woman Every Child Latin America and the Caribbean. (2022). The Every Woman Every Child initiative: Supporting countries in Latin America and the Caribbean to reduce social inequalities in health. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01682-9>
- Sanhueza, A., Carvajal-Vélez, L., Mújica, O. J., Vidaletti, L. P., Victora, C. G., & Barros, A. J. (2021). SDG3-related inequalities in women's, children's and adolescents' health: An SDG monitoring baseline for Latin America and the Caribbean using national cross-sectional surveys. *BMJ Open*, 11(8), e047779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047779>
- SELA. (2020). *Buenas prácticas en la lucha contra el COVID-19 en América Latina y el Caribe*. <http://www.sela.org/media/3220002/buenas-practicas-en-la-lucha-contra-el-covid-19-en-alc.pdf>
- SISPRO, Colombia. (2022). *Observatorio Nacional de Migración y Salud. Situación de salud*. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/indicadores/Paginas/Situacion-de-salud.aspx>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf
- Stuenkel, O. (2020, febrero 5). Is Regional Cooperation Dead in Latin America? *Americas Quarterly*. <https://www.americasquarterly.org/article/is-regional-cooperation-dead-in-latin-america/>
- Tampi, M., Carrasco-Labra, A., O'Brien, K. K., Velandia-González, M., & Brignardello-Petersen, R. (2022). Systematic review on reducing missed opportunities for vaccinations in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.65>
- Torres-Melo, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. IEMP Ediciones.
- UNESCO. (2022). *UNESCO UIS*. <http://uis.unesco.org/>
- UNICEF. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf
- UNICEF. (2019). *Estado mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/62486/>

- file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf
- UNICEF. (2022a). *Early childhood development overview—UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/overview/>
- UNICEF. (2022b). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
- UNICEF. (2022c, marzo). *Casi la mitad de los hogares con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe tienen dificultades para cubrir gastos básicos*. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/casi-la-mitad-de-los-hogares-con-ninos-ninas-y-adolescentes-en-america-latina-y-caribe-tiene-dificultades-para-cubrir-gastos-basicos>
- UNICEF. (2022d). *Efectos de la pandemia por coronavirus en la salud física, nutricional y mental de niños, niñas y adolescentes en Chile—2020*. <https://www.unicef.org/chile/documents/efectos-de-la-pandemia-por-coronavirus-en-la-salud-f%C3%ADsica-nutricional-y-mental-de-ni%C3%B1os>
- Unidad de Políticas Sociales - UNICEF LACRO. (2022, julio 13). *La situación de la infancia. LAC pre- y post- COVID*. <https://www.unicef.org/lac/media/36721/file>
- United Nations. (2019). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.: Sustainable Development Knowledge Platform. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- United Nations. (2022). *World Population Prospects—Population Division—United Nations*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- Valdivia, D. D. C. (2013). *VENTANA TEMÁTICA: INFANCIA, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIÓN BOLIVIA ABRIL 1, 2013*. 63.
- Vela-Ruiz, J. M., Ramos, W., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2020). Desafíos en la atención de los pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 580-581. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5536>
- Veliz, C. C. (2018). *Efecto de inversiones tempranas en resultados de desarrollo infantil: Evidencia a partir del Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”*. 64.
- WHO. (2003). *The world health report 2003—Shaping the future*. <https://www.who.int/whr/2003/en/>
- WHO (Ed.). (2009). *Women and health: Today’s evidence tomorrow’s agenda*. World Health Organization.
- WHO. (2018, febrero 19). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- WHO. (2021). *The Global Health Observatory—Indicators*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>
- WHO. (2022). *The 2022 update, Global Health Workforce Statistics*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>



9.



Anexo 1.
Anexo estadístico

Anexo 1. Anexo estadístico

Cuadro A1. Indicadores demográficos de los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Población total (en miles) †	Tasa anual de crecimiento poblacional (%) †	Población <5 años (%)‡	Razón de dependencia (100 hab.) ‡
Bolivia	2017	11435,5	1,50	11,1	59,5
	2018	11606,9	1,47	10,9	58,7
	2019	11777,3	1,44	10,8	58,0
Chile	2017	18368,6	1,76	6,4	45,0
	2018	18701,5	1,83	6,3	44,9
	2019	19039,5	1,76	6,1	44,8
Colombia	2017	48351,7	1,84	7,5	45,0
	2018	49277,0	1,95	7,4	44,4
	2019	50187,4	1,71	7,3	44,0
Ecuador	2017	16696,9	1,61	9,1	54,0
	2018	17015,7	2,17	8,9	53,1
	2019	17343,7	1,65	8,7	52,3
Perú	2017	31605,5	1,54	9,1	55,9
	2018	32203,9	2,21	8,9	55,1
	2019	32824,9	1,62	8,8	54,3
Venezuela	2017	30563,4	-1,48	9,3	53,9
	2018	29825,7	-3,43	9,2	55,3
	2019	28971,7	-2,37	9,1	56,8
América Latina y el Caribe	2017	635448,2	0,94	8,2	49,3
	2018	641303,7	0,89	8,1	49,0
	2019	646846,8	0,83	7,9	48,8

Nota: Colombia considera primera infancia hasta los 5 años 11 meses, este grupo representó el 7,9 % de su población total (DANE, 2022).

Fuentes: † CEPAL, CEPALSTAT (CEPAL, 2022); ‡ United Nations, World Population Prospects (United Nations, 2022).

Cuadro A2. Indicadores demográficos de los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Esperanza de vida al nacer (años)†	Tasa bruta de natalidad (1000 hab.) †	Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) †	Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años) ‡
Bolivia	2017	67,7	23,0	2,78	66,5
	2018	67,7	22,6	2,73	64,9
	2019	67,8	22,3	2,69	63,9
Chile	2017	80,4	12,1	1,60	43,6
	2018	80,1	11,9	1,56	41,1
	2019	80,3	11,9	1,55	40,1
Colombia	2017	76,6	15,1	1,82	68,0
	2018	76,7	14,8	1,79	66,7
	2019	76,8	14,7	1,77	65,5
Ecuador	2017	77,0	18,0	2,17	80,0
	2018	77,1	17,7	2,13	79,3
	2019	77,3	17,3	2,09	78,8
Perú	2017	75,9	18,3	2,28	58,0
	2018	76,0	18,1	2,26	56,9
	2019	76,2	18,0	2,24	56,0
Venezuela	2017	71,9	18,5	2,29	85,8
	2018	72,0	17,8	2,27	85,3
	2019	72,2	16,9	2,25	85,0
América Latina y el Caribe	2017	74,8	16,3	2,01	63,0
	2018	74,9	16,0	1,98	62,1
	2019	75,1	15,5	1,93	61,2

Fuente: United Nations, World Population Prospects, 2022; OPS, PLISA, 2022.

Cuadro A3. Indicadores socioeconómicos de los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Tasa de incidencia de la pobreza considerando \$1,90 por día (2011 PPA) (% de la población)	Coefficiente de GINI	Población que usa fuentes mejoradas de agua potable, gestionadas con seguridad (%)	Población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento, gestionadas con seguridad (%)
Bolivia	2017	6,5	44,6	..	48,5
	2018	4,9	42,6	..	49,9
	2019	3,2	41,6	..	51,4
Chile	2017	0,3	44,4	98,8	74,4
	2018	..	..	98,8	75,7
	2019	..	..	98,8	77,2
Colombia	2017	4,0	49,7	72,7	17,9
	2018	4,2	50,4	72,9	18,0
	2019	4,9	51,3	73,0	18,2
Ecuador	2017	3,2	44,7	66,2	41,8
	2018	3,3	45,4	66,4	41,8
	2019	3,5	45,7	66,6	41,7
Perú	2017	3,4	43,3	50,4	45,4
	2018	2,7	42,4	50,7	47,8
	2019	2,2	41,5	51,0	50,3
Venezuela †	2017	..	38,1	..	22,4
	2018	..	37,7	..	22,6
	2019	..	38,0	..	22,9
América Latina y el Caribe	2017	3,8	45,1	96,5	86,5
	2018	3,7	45,9	96,7	87,2
	2019	3,7		97,0	87,9

Nota: ... datos no disponibles.

Fuente: Banco Mundial, Banco de Datos (Banco Mundial, 2022); † GINI en Venezuela (INE/Venezuela, 2022).

Cuadro A4. Indicadores educativos de las mujeres en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Tasa neta ajustada de enrolamiento de mujeres en educación primaria (%) †	Logro educativo de las mujeres de 25 y más años (%) †	Tasa de alfabetización de mujeres adultas (%) ‡
Bolivia	2017	91,3	..	..
	2018	93,1	..	..
	2019	..	..	..
Chile	2017	94,8	97,4	96,3
	2018	..	..	..
	2019	..	..	..
Colombia	2017	97,8	..	..
	2018	98,2	93,7	95,3
	2019	..	94,1	95,5
Ecuador	2017	..	94,1	92,1
	2018	..	..	..
	2019	..	..	..
Perú	2017	..	..	91,3
	2018	..	95,1	91,7
	2019	..	..	..
Venezuela	2017	89,7	99,1	..
	2018	..	..	..
	2019	..	..	..
América Latina y el Caribe	2017	95,9	..	93,3
	2018	95,3	..	93,4
	2019	..	..	93,9

Nota: ... dato no disponible.

Fuentes: † UNESCO, Institute for Statistics (UNESCO, 2022), ‡ Banco Mundial, Banco de Datos (Banco Mundial, 2022).

Cuadro A5. Planificación familiar, atención prenatal y de partos en países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Demanda insatisfecha de planificación familiar (%) †	Cobertura atención prenatal (%) †	Cobertura de atención prenatal en primer trimestre (%) †	Partos atendidos por personal capacitado (%) †	Partos atendidos en una institución (%)
Bolivia	2017	37,7	85,4	..	99,6	..
	2018	36,8	85,2	..	..	88,0‡
	2019	36,2	81,9	..	..	..
Chile	2017	14,0	..	86,4	99,7	99,7¥
	2018	13,8	..	86,5	99,8	99,6¥
	2019	13,7	..	87,2	99,8	99,8¥
Colombia	2017	12,1	87,7	42,4§	99,0	98,8§
	2018	12,0	86,1	50,8	98,4	98,3§
	2019	11,9	83,9	54,3	98,5	98,3§
Ecuador	2017	15,0	..	..	96,4	..
	2018	14,8	..	..	96,0	93,0‡
	2019	14,6	..	..	97,2	..
Perú	2017	27,9	89,0	81,5	94,0	93,0‡
	2018	27,4	89,5	81,5	92,7	92,7‡
	2019	27,0	89,7	81,1	92,4	92,4‡
Venezuela	2017	15,2	83,8	34,8	99,1	..
	2018	15,1	82,6	32,6	98,7	99,0‡
	2019	14,9	..	..	..	..
América Latina y el Caribe	2017	..	90,9	..	..	..
	2018	..	..	..	93,8	..
	2019	..	..	..	..	..

Nota: ... dato no disponible.

Fuentes: † OPS, PLISA (PAHO, 2022a); ‡ Banco Mundial, Banco de Datos; ¥ Chile: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de Chile; § Colombia: SISPRO – MSPS.

Cuadro A6. Densidad de RHS en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Médicos (por 10 000 hab.)	Enfermeras y parteras (por 10 000 hab.)	Médicos, enfermeras y parteras (por 10 000 hab.)
Bolivia	2017	10,3	15,6	25,9
	2018	..	..	..
	2019	..	..	..
Chile	2017	24,4	123,3	147,7
	2018	25,9	133,2	159,1
	2019	26,6	47,9	74,5
Colombia §	2017	22,0	13,8	35,8
	2018	22,8	14,5	37,3
	2019	23,4	15,1	38,5
Ecuador	2017	22,2	28,3	50,5
	2018	..	25,1	25,1
	2019	..	..	..
Perú	2017	..	22,1	22,1
	2018	13,7	29,8	43,5
	2019	..	..	..
Venezuela	2017	17,3	20,1	37,4
	2018	..	20,7	20,7
	2019	..	..	..

Notas: ... dato no disponible. Colombia no considera a las parteras dentro de los RHS.

Fuente: OMS, Observatorio Global de Salud (WHO, 2022)development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States.” To this effect, WHO and its partners developed the Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (GSHRH).

Cuadro A7. Prevalencia de bajo peso, retraso de crecimiento, sobrepeso y anemia en menores de 5 años y gestantes en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Bajo peso al nacer (<2500 g) (%) †	Retraso de crecimiento en menores de 5 años (%) ‡	Sobrepeso en menores de 5 años (%) ‡	Anemia en niñas y niños 6-59 meses (%) ‡	Anemia en gestantes (%) ‡
Bolivia	2017	4,9	15,2	8,9	40,1	34,2
	2018	5,0	14,2	8,9	38,3	33,8
	2019	5,1	13,4	8,9	36,9	33,7
Chile	2017	6,7	1,7	10,0	19,5	19,3
	2018	7,0	1,6	9,9	19,7	19,3
	2019	6,9	1,6	9,9	20,1	19,4
Colombia	2017	9,1	12,0	5,6	22,5	22,2
	2018	9,2	11,8	5,6	22,3	22,0
	2019	9,5	11,6	5,7	22,2	21,8
Ecuador	2017	8,9	23,4	8,9	23,7	22,2
	2018	8,7	23,5	9,3	23,6	22,2
	2019	9,1	23,4	9,6	23,5	22,3
Perú ²¹	2017	7,0	13,0	8,2	31,5	27,1
	2018	7,3	12,1	8,1	30,5	27,1
	2019	6,5	11,4	8,1	29,6	27,1
Venezuela	2017	9,3	10,8	6,7	27,3	25,7
	2018	9,0	10,7	6,7	27,7	26,1
	2019	..	10,6	6,7	27,9	26,4
América Latina y el Caribe	2017	..	11,8	..	21,1	22,0
	2018	..	11,6	7,5	20,7	21,9
	2019	6,4	11,4	6,2	20,5	21,9

Nota: ... dato no disponible.

Fuentes: † OPS, PLISA (PAHO, 2022a); ‡ WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

Cuadro A8. Mortalidad materna y en niñas y niños en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2019

Países	Años	Razón de mortalidad materna (100 mil nv) †	Tasa de mortalidad neonatal (1 000 nv) †	Tasa de mortalidad infantil estimada (1 000 nv) †	Mortalidad en menores de cinco años estimada (1 000 nv) ‡
Bolivia	2017	..	..	22,9	28,6
	2018	..	..	22,0	27,4
	2019	..	..	21,2	26,3
Chile	2017	17,3	5,5	6,4	7,4
	2018	13,5	5,0	6,2	7,2
	2019	10,9	4,8	6,0	7,0
Colombia	2017	51,0	6,9	12,6	14,6
	2018	45,3	7,0	12,2	14,1
	2019	50,7	7,0	11,8	13,6
Ecuador	2017	42,8	5,6	12,5	14,4
	2018	41,1	6,0	12,3	13,9
	2019	30,0	6,0	12,0	13,4
Perú	2017	70,0	..	11,1	14,4
	2018	..	10,0	10,7	13,8
	2019	..	10,0	10,3	13,3
Venezuela	2017	135,2	13,9	21,0	24,2
	2018	125,4	12,2	21,0	24,2
	2019	..	..	21,0	24,2
América Latina y el Caribe	2017	74,0	9,8	14,9	17,5
	2018	..	9,6	14,6	17,1
	2019	..	9,4	14,2	16,6

Nota: ... dato no disponible.

Fuentes: † OPS, PLISA (PAHO, 2022a); ‡ WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

Cuadro A9. Prevalencia del retraso de crecimiento en niñas y niños menores de 5 años en los países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2020

Países	2017	2018	2019	2020
Bolivia	15,2	14,2	13,4	12,7
Chile	1,7	1,6	1,6	1,6
Colombia	12,0	11,8	11,6	11,5
Ecuador	23,4	23,5	23,4	23,1
Perú	13,0	12,1	11,4	10,8
Venezuela	10,8	10,7	10,6	10,6
América Latina y el Caribe	11,8	11,6	11,4	11,3

Fuente: WHO, The Global Health Observatory (WHO, 2021).

Cuadro A10. Demanda insatisfecha de planificación familiar y partos atendidos por personal capacitado en países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2021

Países	Años	Demanda insatisfecha de planificación familiar (%) †	Partos atendidos por personal capacitado (%)
Bolivia	2017	37,7	..
	2018	36,8	88,0 †
	2019	36,2	..
	2020	35,6	..
	2021	34,9	..
Chile	2017	14,0	99,7 †
	2018	13,8	99,6 †
	2019	13,7	99,8 †
	2020	13,6 ¥	99,9 ¥
	2021	13,4 ¥	99,8 ¥
Colombia	2017	12,1	99,0 †
	2018	12,0	98,4 †
	2019	11,9	98,5 †
	2020	11,7	98,4 §
	2021	11,6	..
Ecuador	2017	15,0	96,4 †
	2018	14,8	96,0 †
	2019	14,6	97,2 †
	2020	14,3	..
	2021	14,2	..
Perú	2017	27,9	94,0 †
	2018	27,4	92,7 †
	2019	27,0	92,4 †
	2020	26,5	94,3 ¶
	2021	26,0	..
Venezuela	2017	15,2	99,1 †
	2018	15,1	98,7 †
	2019	14,9	..
	2020	14,8	..
	2021	14,6	..

Fuentes: † OPS, PLISA (PAHO, 2022a); ¥ Chile: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud; § Colombia: SISPRO – Ministerio de Salud y Protección Social; ¶ Perú: INEI, ENDES 2020-2021.

Cuadro A11. Cobertura de vacunaciones en niñas y niños de 1 año en países miembros del ORAS-CONHU, 2017-2021

Países	Años	BCG	Polio3	DPT3	ROV	PCV3	SRP
Bolivia	2017	93,0	83,0	84,0	..	83,0	83,0
	2018	90,0	83,0	83,0	..	83,0	89,0
	2019	80,0	75,0	75,0	78,0	75,0	79,0
	2020	82,0	68,0	68,0	74,0	68,0	74,0
	2021 ‡	78,0	70,0	70,0	71,0	70,0	75,0
Chile	2017	96,0	93,0	93,0	..	93,0	93,0
	2018	96,0	95,0	95,0	..	93,0	93,0
	2019	98,0	96,0	96,0	..	95,0	95,0
	2020	100,0	93,0	93,0	..	89,0	91,0
	2021 ‡	98,0	95,0	95,0	..	92,0	92,0
Colombia	2017	91,0	92,0	92,0	89,7 †	91,0	93,0
	2018	89,0	92,0	92,0	89,8 †	94,0	95,0
	2019	90,0	93,0	94,0	92,0 †	93,0	95,0
	2020	89,0	88,0	88,0	87,3 †	89,0	90,0
	2021 ‡	87,0	86,0	86,0	86,0 ‡	84,0	86,0
Ecuador	2017	88,0	83,0	85,0	..	84,0	81,0
	2018	90,0	85,0	85,0	..	85,0	83,0
	2019	86,0	85,0	85,0	85,0	83,0	83,0
	2020	81,0	72,0	70,0	75,0	76,0	81,0
	2021 ‡	75,0	62,0	72,0	60,0	62,0	65,0
Perú	2017	84,0	83,0	83,0	..	80,0	83,0
	2018	81,0	83,0	84,0	..	82,0	85,0
	2019	94,0	87,0	88,0	90,0	80,0	85,0
	2020	87,0	61,0	72,0	76,0	74,0	77,0
	2021 ‡	87,0	79,0	82,0	82,0	75,0	78,0
Venezuela	2017	100,0	79,0	66,0	18,0	..	96,0
	2018	92,0	53,0	60,0	..	..	74,0
	2019	91,0	62,0	64,0	..	..	93,0
	2020	82,0	62,0	54,0	..	..	76,0
	2021 ‡	68,0	50,0	56,0	..	..	68,0

Nota: ... dato no disponible.

Fuente: OPS, PLISA (PAHO, 2022a). † Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Ampliado de Inmunizaciones. ‡ WHO. The Global Health Observatory 2022.



9.

Anexo 2.
Políticas, planes y
programas orientadas
al DIT

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación							Coherencia de objetivos y análisis de situación de salud				Atributos básicos de la evaluación		
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Combina Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	Niñas, niños o adolescentes	Mujeres, gestantes o madres	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas	
Bolivia	Programa Multisectorial Desnutrición Cero con Enfoque del Derecho a la Alimentación	2006	Programa	i) ampliar el acceso de la población a servicios de salud, nutrición, educación, agua potable y saneamiento, fortaleciendo los activos sociales. ii) contribuir al logro de la Soberanía Alimentaria mejorando la disponibilidad y acceso de alimentos nutritivos para la población, fortaleciendo los activos productivos, iii) mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y iv) contribuir a la realización del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y formular e implementar instrumentos normativos Instituir el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño--Niña "Juana Azurduy" en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.	---	---	Comité Técnico del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT CONANI), Consejos Municipales de Alimentación y Nutrición	Si	Si	Si	Si	Si	Si	---	2012	Si	---
Bolivia	Programa de Transferencias Condicionadas "Bono Juana Azurduy"	2009	Programa	Instituir el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño--Niña "Juana Azurduy" en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.	---	Si	Ministerio de Salud y Deportes	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Bolivia	Política Sanitaria Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI	2013	Política	Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud. - Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud. - Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad. - Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos. - Mejorar las condiciones de vida de la población.	---	---	Dirección General de Promoción de Salud, Ministerio de Salud y Deportes	---	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Bolivia	Política de Alimentación y Nutrición (PAN) en el Marco del Saber Alimentarse para Vivir Bien	2014	Política	Lograr que la población boliviana tenga un estado nutricional adecuado, asegurando el consumo de alimentos variados que cubra los requerimientos nutricionales en todo el ciclo de vida, mediante el establecimiento y fortalecimiento de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados, acciones de información y educación a la población boliviana sobre los valores nutricionales de los alimentos y su preparación hasta el año 2025.	---	---	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Bolivia	Agenda Patriótica 2025. 13 Pilares de la Bolivia Digna y Soberana	---	Política	3 Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral. 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saner alimentarse para Vivir Bien.	Si	---	---	Si	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Chile	Programa de Salud de la Mujer	1997	Programa	Contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.	Si	Si	Ministerio de salud	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Chile	Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" (Programa eje-Apoyo al Desarrollo Biosociosocial)	2009	Política	Acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas (familias vulnerables) que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta que cumplan los 18 años de edad.	Si	Si	Ministerio de Planificación	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	---
Chile	Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral	2013	Programa	Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años	---	Si	Ministerio de Salud	Si	Si	Si	Si	Si	N.A.	---	---	---	---
Chile	Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025	2016	Política	Conjunto de orientaciones que guiarán las acciones que se desarrollen relacionadas con la niñez y adolescencia en el marco de un sistema de garantías de derechos	---	---	Comité Interministerial de Desarrollo Social, Familia y Niñez	Si	Si	Si	Si	Si	N.A.	---	---	---	---

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación										Atributos básicos de la evaluación			
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Contiene Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	Coherencia de objetivos y análisis de situación de salud	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas		
Chile	Acuerdo Nacional por la Infancia	2018	Política	Promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes para que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades	---	---	Ministerio de Desarrollo Social y Mesa de Trabajo	Si	---	---	Si	Si	N.A.	---	---	---	---
Chile	Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025	2018	Plan	Conjunto de resultados estratégicos esperados, priorizados por su impacto en el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.	Si	Si	Ministerio de Desarrollo Social	Si	Si	Si	Si	Si	N.A.	---	---	---	---
Chile	Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030	2022	Plan	Plantear alternativas que permitan asumir los principales desafíos en salud y mejorar la calidad de vida de las personas que habitan en Chile	Si	Si	Ministerio de Salud	Si	Si	Si	Si	Si	Si	N.A.	N.A.	N.A.	---
Colombia	Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia De Cero a Siempre, en Política Integral de Desarrollo y Protección Social, en PND 2010-2014.	2010	Plan	Intervenciones en salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protección orientadas a potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas durante sus primeros 6 años.	Si	Si	Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (Comisión Intersectorial para la Estrategia De Cero a Siempre)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	--- Anuales	--- Anuales	--- Anualmente	Si
Colombia	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	2012	Plan	7.4 Promover por la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAM de la población colombiana a través de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones transsectoriales, con el fin de asegurar la salud de las personas y el derecho de los consumidores. 7.5 Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas. 7.6 a) Garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, re-emergentes y desatendidas, para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible. b) Reducir de manera progresiva y sostenida la exposición a condiciones y factores de riesgo ambientales, zoonosis y biológicos, y propender por la accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y sostenibilidad de la atención de las contingencias y daños producidos por las enfermedades transmisibles. c) Crear condiciones y capacidades en el sector y en otros sectores, organizaciones, instituciones, servicios de salud y en la comunidad para la gestión de planes, programas y proyectos que reduzcan las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de la población a las enfermedades transmisibles. 8.1 a) Atender los determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias persistentes en la primera infancia, infancia y adolescencia, envejecimiento y vejez; salud y género; salud en poblaciones étnicas; discapacidad y víctimas del conflicto. b) Fomentar buenas prácticas de gestión y desarrollo de capacidades que favorezcan la movilización social de todos los sectores, la participación de la	Si	Si	Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Intersectorial de Salud Pública, entidades territoriales	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Medio término y Final	Medio término y Final	Si	Si

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación						Coherencia de objetivos y análisis de situación de salud				Atributos básicos de la evaluación		
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Contiene Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	Niños, niñas o adolescentes	Mujeres, gestantes o madres	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas
Colombia	Plan Nacional Integral e Interprogramático para la Prevención, el Control y la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013-2017	2013	Programa	Lograr la visibilidad de la problemática social y de salud relacionada con las enfermedades desatendidas, fortalecimiento y aumento en los presupuestos para los programas de vigilancia y control en salud pública, esfuerzos y acciones de integración interprogramática e intersectorial para tener un mayor impacto y garantizar la sostenibilidad a largo plazo de los programas y logros, así como gestión de recursos nacionales e internacionales.	Si	Si	Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Si	Si	Si	N.A.	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre	2016	Política	Representa la postura y comprensión sobre la primera infancia, el conjunto de normas, procesos, valores, estructuras y roles institucionales y las acciones estratégicas que aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de niños y niñas de cero a seis años de edad.	Si	Si	Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (Comisión Intersectorial para la Estrategia De	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Si	Si	
Colombia	Estrategia de Atención Integral para Niñas, Niños y Adolescentes con énfasis en Prevención del Embarazo en la Infancia y Adolescencia 2015-2025	2017	Plan	Promoción y garantía del desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en la prevención de su embarazo y la reducción del embarazo subsecuente, en el marco de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.	Si	Si	Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Política Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030	2018	Política	Generar las condiciones de bienestar, acceso a oportunidades con equidad e incidencia de las niñas, los niños y los adolescentes en la transformación del país.	Si	Si	Sistema Nacional de Bienestar Familiar	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	
Colombia	Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias	2018	Política	Reconocer, promover y fortalecer las capacidades de las familias como sujetos colectivos de derechos y protagonistas del desarrollo social.	Si	Si	Consejo Nacional de Política Social, Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Política Social	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	
Colombia	Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materna	2018	Política	Definir e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.	Si	Si	Ministerio de Salud y Protección Social	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional	2020	Programa	Fortalecer en los agentes educativos comunitarios e institucionales del ICBF las capacidades técnicas y el uso de las herramientas educativas necesarias que les permita orientar y promover en las familias colombianas la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludable, culturalmente apropiadas, que contribuyan a la prevención de la malnutrición y la aparición de enfermedades asociadas a la malnutrición.	No	No	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030	2021	Plan	Promover la garantía de los derechos de las madres gestantes o en periodo de lactancia y las niñas y los niños menores de dos años.	Si	Si	Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031	2022	Plan	Contribuir al contrato social por la salud y bienestar de los habitantes en el territorio nacional que orientará las acciones del Estado y los sectores para la gestión de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las inequidades en salud.	Si	Si	Ministerio de Salud y Protección Social y entidades territoriales	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Estrategia Nacional Pedagógica y de Prevención del Castigo Físico, los Tratos Crueles, Humillantes o Degradantes o Hospitalarios 2022/2030	2022	Política	Transformar imaginarios, creencias y comportamientos que social y culturalmente han sido utilizados para naturalizar, validar y normalizar el castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes contra la niñez y adolescencia en Colombia, desde acciones pedagógicas basadas en la evidencia que logren una crianza y educación, fundadas en la parentalidad respetuosa, reconociendo las voces de la niñez y la adolescencia.	Si	Si	Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
Colombia	Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda	2022	Programa	Orientar las acciones de prevención, atención y control de la infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda en la población infantil Colombiana, fundamentadas en la atención primaria en salud, la movilización social y la articulación intersectorial, para reducir la mortalidad, morbilidad grave y la demanda de los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos pediátricos.	---	Si	Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Si	Si	
Colombia	Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI - Lineamientos para la Gestión y Administración	2022	Programa	Establecer las acciones para la gestión y administración de los componentes del PAI en las entidades territoriales en cada uno de los niveles, EAPG, IPS públicas y privadas que ofrecen el servicio de vacunación en el marco de su competencia, con el fin de alcanzar las metas y objetivos del programa.	Si	Si	Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Intersectorial de Salud Pública	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Si	Si	

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación										Atributos básicos de la evaluación				
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Contiene Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	Niñas, niños o adolescentes	Mujeres, gestantes o madres	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas		
Ecuador	Plan Nacional para la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres 2007-2017	2007	Plan	Garantizar a las mujeres, niños, niñas y adolescentes seguridad, paz, bienestar, tranquilidad, desarrollo sus proyectos de vida, vivir en mejores condiciones y con alegría, y al más rasgo posibilidades de desarrollo social y económico, promoviendo el ejercicio de una verdadera democracia y ciudadanía plena.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ecuador	Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia - Infancia Plena	2013	Política	Brindar atención integral a la primera infancia desde el enfoque de derechos, considerando los diversos contextos territoriales, la interculturalidad y el género, a través de la implementación de un modelo de articulación intersectorial que asegure el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios dirigidos a las niñas y los niños entre 0 a 5 años de edad.	---	Si	Si	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio del Daewate.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	---
Ecuador	Plan Nacional de Desarrollo - Toda Una Vida 2017-2021	2017	Plan	Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas	Si	Si	---	---	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Ecuador	Política Intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018 - 2025	2018	Política	Contribuir a la aplicación del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 en lo que respecta a la reducción de la tasa específica de nacimientos adolescentes, así como a las metas establecidas en la Agenda 2030.	Si	Si	Si	Comité Nacional Interministerial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Ecuador	Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025	2018	Plan	Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidán sobre los determinantes sociales de la salud.	Si	Si	Si	Comisión Técnica Nacional de Alimentación y Nutrición	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Ecuador	Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil 2021-	2021	Plan	Conjugar visiones que superen soluciones coyunturales y dar paso a la estructuración de una política de Estado permanente, que permita trazar el camino hacia una efectiva prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil en el Ecuador	Si	Si	Si	Secretaría Técnica Ecuador Crecen Sin Desnutrición Infantil	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Perú	Programa Presupuestal Articulado Nutricional 2021	2008	Programa	Reducción de la desnutrición crónica y anemia en menores de 5 años.	Si	Si	Si	Ministerio de Salud	Si	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Anualmente	Si	Si
Perú	Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal 2021	2008	Programa	Mejorar la salud materno neonatal	Si	Si	Si	Ministerio de Salud	Si	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Anualmente	Si	Si
Perú	Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021	2017	Plan	Contribuir a la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil	Si	Si	Si	Ministerio de Salud	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Perú	Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia	2018	Plan	Establecer las acciones e intervenciones efectivas que deben ser implementadas para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses	Si	Si	Si	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS)	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Perú	Plan Nacional de Competitividad y Productividad 2019-	2019	Plan	Objetivo Prioritario 2: Fortalecer el capital humano.	Si	Si	Si	Consejo Nacional de Competitividad y Formalización	Si	Si	Si	Si	Si	---	---	---	---	---
Perú	Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia"	2019	Plan	Efectivar acceso a paquete integrado de servicios priorizados para DIT.	Si	Si	Si	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), gobiernos locales	Si	Si	Si	Si	Si	Anuales	Anualmente	Anualmente	Si	Si

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación						Concurrencia de objetivos y análisis de situación de salud				Atributos básicos de la evaluación			
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Contiene Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	Niños, niños o adolescentes	Mujeres, gestantes o madres	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas	
Perú	Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil	2019	Programa	Abordar intervenciones prioritarias y establecer metas para el DIT.	SI	SI	MIDIS y Grupo de Trabajo Multisectorial	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Anuales	Anuales	Anualmente	SI
Perú	La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable"	2020	Política	En general se busca que, a través de acceso a los servicios de salud, con puntos de atención y una progresión de servicios de calidad con frecuencia y continuidad, donde las personas muestren confianza en el sistema y los servicios ofrecidos adecuados a las necesidades de la población, que incluyen atributos como conveniencia, asequibilidad y seguridad que son ofrecidos en un marco de atención.	SI	SI	Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Salud	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---
Perú	Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud "Perú, País Saludable"	2021	Plan	OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población. OP 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población. OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud.	SI	SI	Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---
Perú	Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS"	2005 actualizado en 2021	Programa	Ejecutar transferencias directas en beneficio de hogares en condición de pobreza o pobreza extrema de acuerdo con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), priorizando progresivamente su intervención a nivel nacional.	SI	SI	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Mujer, Ministerio de Economía y Finanzas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Anuales	Anuales	Anualmente	SI
Perú	Plan Estratégico Sectorial Multianual Salud 2016-2021 ampliado al 2025	2022	Plan	Contener acciones estratégicas conducentes a mejorar la salud de la población. Reducir la mortalidad materna e infantil, Reducir la desnutrición infantil y anemia	SI	SI	Ministerio de Salud	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---
Venezuela	Programa Ampliado de Inmunizaciones	1996 (Actualizado en 2013 y 2021)	Programa	Disminuir la morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades prevenibles por vacunación del esquema de la República Bolivariana de Venezuela.	SI	SI	Ministerio del Poder Popular para la Salud	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---
Venezuela	Salud va a la Escuela	2015	Programa	Contribuir al desarrollo de estilos de vida saludable, mediante la promoción prevención y educación para la salud de la población escolar y dar atención a las patologías detectadas tomando como referentes los resultados obtenidos en el Circuito de Salud.	---	---	Ministerio del Poder Popular para la Educación	SI	---	---	---	---	N.A.	---	---	---	---
Venezuela	Comité Nacional de Vigilancia, Análisis y Respuesta para la Prevención y Control de la Morbilidad Materna Grave, la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal (Resolución 348).	2018	---	El Circuito de Salud es un proceso por medio del cual la institución educativa activa la observación y evaluación periódica sobre las condiciones de salud de las y los estudiantes. Los circuitos de salud se instauran en los meses de noviembre a abril de cada año escolar. Orientar un conjunto de acciones dirigidas a la toma de decisiones, así como implementar actividades dirigidas a la reducción de la morbilidad materna grave, la Mortalidad Materna y la Mortalidad Neonatal y en consecuencia la mortalidad infantil, y velar por la supervisión nacional, regional, local e institucional de la red de atención comunal, de hospitales y/o maternidades que integren al Sistema Público Nacional de Salud.	---	---	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Salud Militar, Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Salud Petróleos de Venezuela y Sociedad Anónima y	SI	---	---	---	---	SI	---	---	---	---
Venezuela	Agenda programática de la mujer e igualdad de género.	2018	Plan	1.5.3. Favorecer el conocimiento y valoración de nuestras culturas, así como el reconocimiento de los aportes culturales de los distintos orígenes de la población venezolana. 2.2.1. Consolidar la equidad de género con valores socialistas, garantizando y respetando los derechos de todas y todas, y la diversidad social. 2.3.6. Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, étnicos, género, estratos y territorios sociales. 2.3.7. Asegurar una alimentación saludable, una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, dando especial énfasis a la lactancia materna, en	SI	SI	Ministerio del Poder Popular para la Mujer e Igualdad de Género	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---

País	Nombre de Política, Plan o Programa	Fecha de formulación o implementación	Tipología (Política, Plan, Programa)	Atributos básicos de la formulación							Coherencia de objetivos y análisis de situación de salud				Atributos básicos de la evaluación			
				Objetivos Generales	Contiene Metas	Contiene Indicadores	Estructura multisectorial responsable	Considera políticas de desarrollo nacionales	Basado en evidencias	Alineamiento regional/global	niños, niños o adolescentes	Mujeres, gestantes o madres	Evaluaciones regulares	Informes sobre resultados	Publicación de resultados	Cambios institucionales y normas		
Venezuela	Estrategia Ruta Materna (Manual Operativo)	2019	Política	Contribuir al desarrollo de la maternidad deseada, segura, feliz y a la reducción de la morbilidad materna grave, la mortalidad materna y la mortalidad neonatal.	---	SI	SI	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Equipo de Trabajo de la Ruta Materna	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---	
Venezuela	Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025, Plan de la Patria 2025	2019	Plan	2.3.1. Superar las formas de explotación capitalistas presentes en el proceso social del trabajo, a través del despliegue de relaciones socialistas entre trabajadores y trabajadores, como espacio fundamental para el desarrollo integral de la población. 2.3.6. Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, étnicos, género, estratos y territorios sociales. 2.3.7. Asegurar una alimentación saludable, una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, dando especial énfasis a la lactancia materna, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre salud, soberanía y seguridad alimentaria, profundizando y ampliando las condiciones que las garanticen. 2.3.8. Desarrollar el principio de la educación pública y gratuita, que garantice las condiciones del trabajador del sistema educativo, del estudiante y la infraestructura, así como también los contenidos y prácticas pedagógicas para una educación liberadora. Continuar garantizando el derecho a la educación con calidad y pertinencia, a través del fortalecimiento de las condiciones de ingreso, prosecución y	SI	SI	SI	Gobierno Nacional, específicamente en el área de salud materno infantil: Ministerio del Poder Popular para la Salud, Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, Ministerio del Poder Popular para la Educación, Ministerio de la Mujer e Igualdad de Género, Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia y Seguimiento de la Gestión de Gobierno.	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---	
Venezuela	Plan Venezuela Libre de Vulnerabilidad Nutricional 2022-2024	2022	Plan	Declarar a la República Bolivariana de Venezuela como Territorio Libre de Vulnerabilidad Nutricional para el año 2024, cumpliendo cabalmente y antes de tiempo con el Plan de la Patria y la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	SI	---	SI	Ministerio del Poder Popular para la Alimentación, Instituto Nacional de Nutrición, MERCAL, PDVAL, Bicentenario, Fundación	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---	
Venezuela	Programa Integrado Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño, Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.	1936 (Actualizado en 1999)	Programa	Garantizar la atención en salud integral y desarrollo humano de la población por ciclo de vida (infancia, adolescencia, adultez, adulto/a mayor), enmarcada en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, satisfaciendo las necesidades en cada etapa del desarrollo, con énfasis en una maternidad sana y el fortalecimiento del binomio madre-hijo (a), incorporando al padre como factor importante de este proceso, promoviendo la lactancia materna, la alimentación adecuada de la madre, del niño, niña y adolescente, con una orientación y atención apropiada en salud sexual y reproductiva, con la participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la	No	No	SI	Ministerio del Poder Popular para la Salud	SI	SI	SI	SI	SI	---	---	---	---	

Nota: "---" Significa que no se pudo identificar el criterio o característico. No necesariamente significa que no exista.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

contacto@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>

 Organismo Andino de Salud

 @orasconhu