



POLÍTICA ANDINA DE SALUD PÚBLICA PARA FORTALECER Y ALCANZAR EL ÓPTIMO DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO





POLÍTICA ANDINA DE SALUD PÚBLICA PARA **FORTALECER Y ALCANZAR** **EL ÓPTIMO DESARROLLO** **INFANTIL TEMPRANO**



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

POLÍTICA ANDINA DE SALUD PÚBLICA PARA FORTALECER Y ALCANZAR EL ÓPTIMO DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO. ORAS-CONHU, Lima, 2024.

64 pág. Ilus.

POLÍTICA/SALUD PÚBLICA/ DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO/Mortalidad infantil/
Factores de riesgo/ Enfoques, principios, líneas estratégicas/

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-05022

ISBN: 978-612-49377-6-7



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.

Coordinadora de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Responsable de Comunicaciones ORAS-CONHU.

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD –CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2023

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

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

<http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Primera edición digital, mayo 2024

ISBN: 9786124937767



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

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.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Lic. María Renee Castro Cusicanqui

Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. Ximena Paz Aguilera Sanhueza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Franklin Encalada Calero

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. César Vásquez Sánchez

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



FUNCIONARIOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD ANDINOS Y DEL ORAS-CONHU QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA

GRUPO DE TRABAJO ANDINO DE SALUD INFANTIL (GTASI)

Dra. Magda Hinojosa Campos

Coordinadora del GTASI del ORAS-CONHU

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA

Dra. Rossi Calizaya Posada

Profesional técnico de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad

Dra. Dalila Dávila Hillman

Responsable de Niño Niña/Adolescente/Continuo del SEDES-PANDO

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Dra. Macarena Moya Inzunza

Médico pediatra del Programa Nacional de Salud de la Infancia

Lic. Nicole Garay Unjidos

Encargada de la Oficina Nacional Chile Crece Contigo - Departamento de Ciclo Vital

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Dra. Blanca Cecilia Hernández

Profesional especializado Grupo Curso de vida

Dra. Natalia Munarth Rubio

Asesor Primera Infancia Grupo Curso de Vida

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Indira Elizabeth Proaño Rosero

Especialista de la Dirección de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud



Dra. María José Zambrano Cedeño

Especialista de la Dirección de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

Lic. Blanca Sofía Távara Campos

Especialista en Salud Pública, Responsable de la Etapa de Vida Niño
y Componente Neonatal

Lic. Laura Matilde Veramendi Benites

Especialista en Salud Pública de la Dirección de Promoción de la Salud

Lic. Jacqueline Luz Lino Calderón

Especialista en Salud Pública, Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA

Dra. Susana Ponte

Directora de Salud de la familia

Lic. Mirna Múcura

Coord. del Programa Nacional de Niños Niñas y Adolescentes

Lic. Cecilia Dominguez

Nutricionista de la Dirección de Prevención de
Enfermedades Crónicas no Transmisibles



Lima, 26 de abril de 2024

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVII/6

POLÍTICA ANDINA DE SALUD PÚBLICA PARA FORTALECER Y ALCANZAR EL ÓPTIMO DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

1. Que, garantizar el bienestar de la infancia es una condición esencial para los estados a fin de cumplir con la Convención de los Derechos del Niño, hacer realidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030 (Naciones Unidas, 2019), como una oportunidad de que los Países Andinos respondan de manera efectiva a la lucha contra la pobreza, la desigualdad y a favor de la sostenibilidad.
2. Que, en los últimos veinte años se ha generado abundante evidencia acerca de la importancia de intervenir tempranamente en el desarrollo infantil ya que ello marcará el desarrollo futuro de niñas, niños y adolescentes en su bienestar (OPS/OMS, 2018), recomendándose acciones con fuerte participación de la sociedad civil a fin de ampliar la voluntad política y el financiamiento, crear políticas favorables basadas en evidencia, construir coordinación intersectorial, asegurar una gobernanza justa y transparente de los programas y servicios, entre otras (Pérez-Escamilla et al., 2017).
3. Que, en abril de 2022, The Lancet Series llamó la atención que a menos de 10 años de las metas de los ODS había fuerte evidencia de que las metas en salud y desarrollo infantil no se alcanzarían y se profundizarían las desigualdades debido, entre otros, a la falta de compromiso político y recursos suficientes, los cuales fueron adicionalmente afectados por la pandemia de COVID-19 (Bhutta et al., 2022).
4. Que, las evidencias indican que las intervenciones más importantes para el desarrollo en los primeros años de vida provienen del cuidado cariñoso y sensible y de la protección recibidas de sus cuidadores y de la comunidad, con beneficios duraderos en salud, bienestar, aprendizaje y sustento para la vida propia. Pero para que estas sean efectivas y sostenibles deben ser implementadas en "paquetes multisectoriales y construidas sobre plataformas existentes, como estrategias basadas en comunidad" (Britto, Lye, Yousafzai, et al., 2017).
5. Que, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), a través de su Grupo de Trabajo Andino en Salud Infantil que elaboró el año 2022 el documento técnico **"Identificación de la Situación de la Salud Infantil y las Políticas e Intervenciones a favor del Óptimo Desarrollo Infantil Temprano en los Países Andinos"**, logró identificar 46 políticas,



planes y programas en los 6 países miembros, con énfasis en salud de las gestantes, mortalidad materna e infantil, crecimiento y desarrollo infantil, anemia e inmunizaciones. Asimismo, se identificaron algunas fortalezas y debilidades relacionadas al DIT, las mismas que pueden constituirse en oportunidades de mejora y objeto de una iniciativa de política común para los Países Andinos.

6. Que, el ORAS-CONHU ha priorizado el desarrollo de la *Política Andina de Salud Pública para fortalecer y alcanzar el óptimo Desarrollo Infantil Temprano*, a fin de brindar los lineamientos estratégicos a ser considerados por los países para alcanzar, fortalecer, consolidar o profundizar el óptimo Desarrollo Infantil Temprano, significando el esfuerzo y trabajo de todos los profesionales que integran el Grupo de Trabajo Andino de Salud Infantil, en el marco del cumplimiento de las metas nacionales e internacionales, así como las metas de los ODS de la Agenda 2030.
7. Que, en la construcción de la política andina se reconoce la diversidad cultural de las poblaciones en los países andinos y promueve el respeto, interacción, conocimiento y comunicación entre todas las culturas.

Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina de Salud Pública para fortalecer y alcanzar el óptimo Desarrollo Infantil Temprano, la cual contiene los lineamientos estratégicos para abordar esta problemática en los países andinos.
2. Encargar al Grupo de Trabajo Andino de Salud Infantil, la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del plan de implementación de la Política Andina de Salud Pública para fortalecer y alcanzar el óptimo Desarrollo Infantil Temprano, en un plazo de 90 días.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVII Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en modo virtual, el 26 de abril de 2024.


DR. CÉSAR VÁSQUEZ SÁNCHEZ
PRESIDENTE DE LA XL REMSAA
MINISTRO DE SALUD DE PERÚ


DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNZUÉ

Índice

PRESENTACIÓN	12
INTRODUCCIÓN	15
ANTECEDENTES	17
JUSTIFICACIÓN	21
DEFINICIONES	25
MARCO CONCEPTUAL	28
ALCANCE	32
OBJETIVOS	32
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
ENFOQUES	34
Derechos Humanos	
Curso de Vida	
Género	
Determinantes Sociales De La Salud	
Interculturalidad	
Territorial	
Promoción De La Salud	
Protección Social	
PRINCIPIOS	37
Respuesta a las Necesidades	
Calidad	
Responsabilidad y Rendición de Cuentas	
Sostenibilidad	

Índice

Participación Social	
Multisectorialidad	
Interseccionalidad	
LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES	40
Liderazgo e Inversión	
Centrarse en las Familias y sus Comunidades	
Fortalecimiento de los Servicios	
Seguimiento y Evaluación	
Investigación e Innovación	
FINANCIAMIENTO	45
MONITOREO Y EVALUACIÓN	45
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXO. FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA ANDINA EN DIT	52





Presentación ●●●●●

Garantizar el bienestar de la infancia es una condición esencial para cumplir la Agenda 2030. Y hacer realidad los ODS es una apuesta por un modelo social y político que pone en el centro a los 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 un fuerte liderazgo por parte del estado, la sociedad y las instituciones cooperantes bajo una coordinación y articulación adecuada entre todos los niveles de la administración. El desarrollo infantil temprano es un determinante de la salud física, mental y social de las poblaciones.

En mayo 2022, el Organismo Andino de Salud priorizó la conformación del Grupo de Trabajo Andino de Salud Infantil, iniciando sus funciones elaborando el estudio de la **“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”**, el mismo que significó un laborioso trabajo que contó con la colaboración y participación de los puntos focales y expertos en Salud Infantil de los Ministerios de Salud de los 6 países andinos y que privilegió la información obtenida de fuentes secundarias de instituciones como 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.

Para el año 2023 se prioriza en el Plan Operativo Anual del ORAS-CONHU, la elaboración de la **Política Andina en Salud Pública para fortalecer y contribuir en el Óptimo Desarrollo Infantil Temprano**, con la finalidad de determinar según las prioridades ya identificadas en la Región Andina y el reconocimiento de los avances y situación actual de los indicadores en la infancia, plantear las Líneas estratégicas con enfoque de curso de vida, derechos e

interculturalidad, con acción sobre los determinantes de la salud y que puedan ser ejecutadas de forma sostenida, eficiente, eficaz e integralmente en los países andinos en los próximos años hacia el alcance de la agenda al 2030.

Consideramos que la presentación de este documento, será un referente importante para los países andinos, delineando acciones que deben afianzarse para alcanzar nuestros objetivos en los próximos años e igualmente, es un aporte basado en evidencia, para otros países de nuestro continente.

Los gobiernos deben reconocer que las inversiones adecuadas en la primera infancia representan la piedra angular del desarrollo humano y son esenciales para el progreso de las sociedades. De hecho, nuestro planeta no ofrece ejemplos de prosperidad entre aquellas sociedades que han ignorado el desarrollo de la infancia temprana. Por ende, es preciso que los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil pasen del conocimiento a la acción en materia del Desarrollo Infantil Temprano.

Los niños no son el futuro, son el presente. De las acciones que hagamos ahora, dependerán sus futuros y los de sus comunidades.

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





Introducción ●●●●●

Garantizar el bienestar de la infancia es una condición esencial para los estados, a fin de cumplir con la Convención de los Derechos del Niño, hacer realidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030 (United Nations, 2019). 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.

En los últimos veinte años, se ha generado abundante evidencia acerca de la importancia de intervenir tempranamente en el desarrollo infantil, ya que ello marcará el desarrollo futuro de niñas, niños y adolescentes en su bienestar (OPS/OMS, 2018).

Para mejorar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), muchos autores recomiendan acciones con fuerte participación de la sociedad civil, a fin de ampliar la voluntad política y el financiamiento, crear políticas favorables basadas en evidencia, construir coordinación intersectorial, asegurar una gobernanza justa y transparente de los programas y servicios, entre otras (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Un análisis de los programas aplicados en distintos países comprobó la importancia de aprovechar políticas y programas, así como la financiación ya existente para ampliar su alcance y sostenibilidad. El objetivo de estos programas es hacer frente a la pobreza, la desigualdad y la exclusión social desde el comienzo de la vida y aplicados en gran escala para favorecer el desarrollo en la primera infancia, tienen la visión de proveer servicios comprensivos e integrados para las niñas y los niños y sus familias, son establecidos por ley o mediante otro procedimiento gubernamental oficial, son financiados por el gobierno y son dirigidos por un organismo gubernamental, en colaboración con otros sectores y organizaciones de la sociedad civil (Britto, Lye, Proulx et al., 2017; WHO et al., 2018; Vaivada et al., 2022).





Antecedentes ●●●●●

Como corolario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), otros organismos internacionales y los gobiernos hicieron de las inmunizaciones y de la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, los objetivos principales para mejorar la salud infantil. Años después, las estrategias implementadas en el marco de dichos objetivos lograron disminuir la mortalidad y morbilidad por las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades inmunoprevenibles (OPS, 2012; Jolly, 2007).

En 1986, la Convención sobre los Derechos del Niño estableció que:

Los Estados Partes se comprometen a asegurar a las niñas y los niños la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley ... (Naciones Unidas, 1989)

Posteriormente, se hizo evidente que un gran número de niños menores de 5 años fracasaban en alcanzar su potencial de desarrollo cognitivo, motor y socioemocional debido a la desnutrición, anemia e inadecuada estimulación en etapas tempranas de su vida, en un entorno de pobreza y otras deficiencias (Grantham-McGregor et al., 2007; Walker et al., 2007). Por lo que se propuso un conjunto de estrategias e iniciativas dirigidas a las niñas, los niños y sus familias, en áreas como educación, salud y nutrición y que sirvieron como modelo para formular programas enfocados en el DIT en muchos países (Engle et al., 2007).

En 2009, en su Informe Final, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en su primera recomendación general propuso:

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen las niñas y los niños, favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población". (OMS, 2009)

En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que brinda un conjunto de oportunidades para la niñez como son: el reconocimiento de sus derechos, la necesidad de invertir y la inclusión de la protección de niñas y niños (United Nations, 2019).

En 2016, The Lancet actualizó sus series de 2007 y 2011 sobre DIT, al incluir nuevas evidencias científicas para las intervenciones a las que denominó "cuidado cariñoso y sensible" (CCS) o "nurturing care", y propuso una ruta para su implementación y escalamiento que fue adoptada en 2016 por las Naciones Unidas y la OMS, bajo la forma de la Estrategia Mundial para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes 2016-2030 (United Nations, 2015; The Lancet, 2016a; OMS, 2016).

Sin embargo, en abril de 2022, The Lancet series llamó la atención que a menos de 10 años de las metas de los ODS había fuerte evidencia de que las metas en salud y desarrollo infantil no se alcanzarían y se profundizarían las desigualdades debido, entre otros, a la falta de compromiso político y recursos suficientes, los cuales fueron adicionalmente afectados por la pandemia de COVID-19 (Bhutta et al., 2022). En esta serie, la revista propuso romper los compartimientos por edades con que se ha enfrentado la salud desde la preconcepción hasta la adolescencia y enfatiza que "un buen inicio es esencial con intervenciones cariñosas y sensibles desde la preconcepción, el embarazo, el parto y la primera infancia, siendo necesarias acciones multisectoriales para lograr resultados óptimos" (Vaivada et al., 2022, xx).

Los países andinos no han sido ajenos a estos desafíos mundiales y han formulado leyes, políticas, planes y programas orientados al DIT. El Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), a través de su Grupo de Trabajo Andino en Salud Infantil, identificó 46 políticas, planes y programas en los 6 países miembros, con énfasis en salud de las gestantes, mortalidad materna e infantil, crecimiento y desarrollo infantil, anemia e inmunizaciones (ORAS-CONHU, 2023). Asimismo, se identificaron algunas fortalezas y debilidades relacionadas al DIT, las mismas que pueden constituirse en oportunidades de mejora y objeto de una iniciativa de política común para los países andinos (Tabla 1).

**Tabla 1. Principales fortalezas, debilidades y oportunidades en DIT.
Países andinos, ca. 2020.**

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • 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 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 medidas de urgencia para controlar la morbilidad y mortalidad, como arreglos 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Cobertura Universal de Salud (CUS). • Gasto en salud por debajo del promedio de los países de América Latina y el Caribe (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 un 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Fuente: ORAS-CONHU. Situación Actual de la Salud Infantil y las Políticas, Planes e Intervenciones que Contribuyen al Logro del Óptimo Desarrollo Infantil Temprano en los Países Andinos 2023.



Justificación ●●●●●

Hay argumentos biológicos, psicosociales y económicos sólidos para intervenir tan pronto como sea posible, incluso antes de la concepción, a fin de promover, proteger y estimular el desarrollo en la primera infancia. El énfasis en los primeros años de vida, se debe a las características del neurodesarrollo, propio de esta etapa, que es especialmente susceptible a las intervenciones del entorno, produciendo cambios a corto y largo plazo dentro de las trayectorias de curso de vida de las personas (Richter et al., 2017).

A nivel individual, se calcula que la pérdida del promedio anual de ingresos será del 26 % para el 43 % de las niñas y niños que podrían no desarrollar al máximo de su potencial, y que este fenómeno podría producir una marcada pérdida de la actividad económica y atrapar a las familias en la pobreza (UNICEF, 2017). A nivel de la sociedad, el costo de no actuar para reducir la prevalencia del retraso del crecimiento al 15 % o menos, y de no intentar evitar el retraso en el desarrollo mediante centros de educación preescolar y visitas domiciliarias, es varias veces superior al gasto actual de algunos países en educación y salud, respectivamente. Este costo aumenta drásticamente en los países donde hay baja cobertura y matrícula en centros de educación preescolar, donde es más elevada la proporción de niñas y niños que corren riesgo de sufrir un menoscabo de su desarrollo (The Lancet, 2016b).

En 2018 la OMS, UNICEF y el Banco Mundial recogiendo toda la evidencia de vanguardia enfatizaron que durante el embarazo y los tres primeros años de vida se establecen componentes fundamentales para la salud, bienestar y productividad que perdurarán a lo largo de la niñez, adolescencia y vida adulta. El cerebro del recién nacido contiene casi todas las neuronas de por vida, pero hasta los dos años se generan conexiones neuronales cuyo número está en relación directa con la interacción con el entorno y con los cuidadores (WHO et al., 2018).

Un entorno adverso o no óptimo durante el embarazo y los tres primeros años de vida menoscaba el desarrollo de los niños y niñas, tanto a corto como a largo plazo. La adversidad,

sin apoyo ni oportunidades de compensación o recuperación influye negativamente en el desarrollo psicológico y neurológico de niñas y niños (WHO et al., 2018).

Este entorno no óptimo se debe a la presencia de factores de riesgo y experiencias adversas, que se pueden presentar solas o combinadas, pero que se pueden contrarrestar o compensar con un conjunto de factores favorecedores y experiencias resilientes del desarrollo (Tabla 2) (Walker et al., 2007; Britto, Lye, Proulx et al., 2017; Hughes et al., 2017; WHO et al., 2018; Ye et al., 2023).

Tabla 2. Algunos factores de riesgo y favorecedores del desarrollo de niñas y niños.

Factores de riesgo	Factores favorecedores
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza y problemas financieros familiares. • Pobre acceso al agua y saneamiento. • Atención prenatal y del parto inadecuadas. • Madre adolescente. • Bajo peso al nacer, desnutrición y deficiencias de micronutrientes. • Inseguridad y prácticas de alimentación inadecuadas (incluye lactancia materna). • Exposición a patógenos de enfermedades infecciosas de la infancia. • Cuidadores poco sensibles o que no responden a las necesidades de las niñas y niños. • Inadecuada estimulación (lenguaje y juegos) en el hogar. • Trastornos de la salud mental o abuso de drogas en los cuidadores. • Exposición a violencia doméstica y disciplina severa. • Exposición a conflictos armados y desplazamiento forzado. • Orfandad, pérdida o divorcio de cuidadores. • Violencia en el vecindario. • Discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas, planes y programas para el DIT. • Programas para reducir la pobreza multidimensional. • Abordajes multisectoriales en agua, saneamiento e higiene. • Programas para el fortalecimiento de las familias. • Planificación familiar. • Suplementación con micronutrientes antes o durante el embarazo de la madre. • Intervenciones psicosociales durante la atención prenatal en gestantes. • Manejo adecuado de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. • Buenas prácticas de alimentación (incluye lactancia materna) y suplementación alimentaria desde el nacimiento hasta los 23 meses. • Programas de atención a salud mental de cuidadores, incluyendo abuso de drogas. • Programas de crianza para mejorar las interacciones de cuidadores y prevenir el abuso de niñas y niños. • Programas para aprendizaje temprano

Fuente: Adaptado de Walker, 2007; Britto, 2017; Hughes, 2017; WHO, 2018 y Ye, 2023.

Presenta particular interés y preocupación la lactancia materna como factor favorecedor del DIT, y cómo a lo largo de los años la industria de fórmulas comerciales infantiles (FCI)¹ ha logrado socavar la promoción de la lactancia materna en general, la lactancia materna en la primera hora de vida y de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en particular, lo que resulta en bajos índices para estos tres indicadores en los países de ingresos bajos y medios, incluidos los países andinos (Baker et al., 2023; Pérez-Escamilla et al., 2023; Rollins et al., 2023).

Las niñas y los niños en los países andinos están también expuestos a los factores de riesgo y favorecedores antes mencionados, como quedó relevado por el ORAS-CONHU en su reciente publicación Situación Actual de la Salud Infantil y las Políticas, Planes e Intervenciones que Contribuyen al Logro del Óptimo Desarrollo Infantil Temprano en los Países Andinos. Sin embargo, los factores favorecedores no están necesariamente implementados en todos los países o no se han implementado, tomando en cuenta las desigualdades de los factores de riesgo al interior de los países (ORAS-CONHU, 2023).

Los gobiernos deben reconocer que las inversiones adecuadas en la primera infancia representan la piedra angular del desarrollo humano y son esenciales para el progreso de las sociedades. De hecho, nuestro planeta no ofrece ejemplos de prosperidad entre aquellas sociedades que han ignorado el desarrollo de la infancia temprana. Por ende, es preciso que los gobiernos, los organismos internacionales y la sociedad civil pasen del conocimiento a la acción en materia del DIT (Engle et al., 2007).

Las intervenciones más importantes para el desarrollo en los primeros años de vida provienen del cuidado cariñoso y sensible, así como de la protección recibidas de sus cuidadores y de la comunidad, con beneficios duraderos en salud, bienestar, aprendizaje y sustento para la vida propia. Pero para que estas sean efectivas y sostenibles deben ser implementadas en "paquetes multisectoriales y construidas sobre plataformas existentes, como estrategias basadas en comunidad" (Britto, Lye, Yousafzai, et al., 2017, p. XX).

¹ Actualmente se considera adecuado emplear la denominación fórmulas comerciales infantiles en lugar de sucedáneo de la leche materna, término que sugiere que son equivalentes y que pueden sustituir a la leche materna.



Definiciones

- **Apego seguro:** Vínculo estable entre la niña o niño y su cuidador primario, que se inicia desde el momento del nacimiento y que permite construir un lazo emocional íntimo entre ambos, de tal modo que se establezca una relación de confianza y seguridad en la que la niña y el niño ponen de manifiesto el deseo de estar próximos a la persona que los cuida (MIDIS, 2019).
- **Cuidado cariñoso y sensible:** Tipo de cuidado otorgado por los cuidadores que se caracteriza por entregar un entorno estable, que es sensible a las necesidades de salud y nutricionales de las niñas y niños, con protección de las amenazas y les brinda oportunidades para el aprendizaje temprano, e interacciones que son receptivas, de apoyo emocional y estimulantes en cuanto al desarrollo (The Lancet, 2016a; Britto, Lye, Proulx, et al., 2017).
- **Cuidador o cuidadora:** Persona con un vínculo muy cercano al niño o niña, encargada de su cuidado y sostén diarios. Los cuidadores primarios o principales comprenden a las madres, los padres y otras personas directamente responsables de la niña o niño en el hogar. Otros cuidadores, también denominados secundarios, son personas que cuidan a las niñas y los niños fuera del hogar, como los trabajadores de las guarderías organizadas, instituciones de protección social, grupos de apoyo comunales y otros (MINSA - Perú, 2014; OPS/OMS, 2018).
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT):** Es un proceso integral, progresivo, multidimensional, acumulativo, ascendente y particular del desarrollo de competencias físicas, cognitivas, emocionales, sociales, lingüísticas, comunicativas y de capacidad de agencia que transcurre desde la preconcepción hasta los 5 años de edad, influido por determinantes sociales que le permitirán a la niña o niño alcanzar buena salud, nutrición, atención receptiva, seguridad, protección y el pleno ejercicio de sus derechos ².

² Definición consensuada por el Grupo de Trabajo de Salud Infantil del ORAS-CONHU, octubre 2023.

- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Acuerdo internacional con vigencia hasta el año 2030 y que reconoce la importancia de abordar a la vez: la lucha contra la pobreza, el cuidado del planeta y la disminución de las desigualdades (United Nations, 2019).
- Política pública: Tal como sostiene Torres-Melo (2013) en Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía

Como construcción social, puede ser definida como 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.
(p. XX)³

- Política pública en salud: Ortega Bolaños (2018) señala

Posibilidades de respuesta basadas en una concepción de justicia que permita pluralismo en su construcción y aplicación desde la sociedad y el Estado para responder a la deficiente situación de salud que actualmente afecta a toda la sociedad ..., permitiendo construir socialmente un estado de salud en sus ciudadanos, suficiente para desarrollar proyectos de vida que afecten positivamente su calidad de vida, su salud y su bienestar". (p. XX)

³ Torres-Melo hace una diferenciación importante entre ley y política pública. La ley es un mecanismo fundamental para garantizar que la decisión de política que se tomó se mantenga y guíe el curso de acción de la política pública. Las leyes son un componente formal de una política pública, no la política en sí.



Marco Conceptual ●●●●●

A lo largo de los años se han propuesto diversos modelos de actuación, para lograr el óptimo desarrollo infantil temprano que impactará en la "salud, aprendizaje y productividad, así como en su bienestar social y emocional". En 2018 la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial recogiendo todas las evidencias sobre las amenazas al desarrollo de niñas y niños, las condiciones que fortalecen la capacidad de los cuidadores y lo que se sabe necesitan las niñas y los niños para desarrollar todo su potencial, propusieron un Marco (de acción) para el Cuidado Cariñoso y Sensible (WHO et al., 2018).

Este marco de acción se fundamenta en que para garantizar una buena salud, nutrición adecuada, atención receptiva, oportunidades para el aprendizaje temprano y seguridad y protección, los gobiernos de los países deben invertir en un conjunto mínimo de acciones estratégicas sustentadas en políticas, programas y servicios fundamentales (Figura 1).



Figura 1: Modelo lógico del marco para el cuidado cariñoso y sensible

EFFECTO

Cada niño o niña puede desarrollar todo su potencial y ninguno se queda atrás
 Todos los niños y niñas se desarrollan adecuadamente



Resultados intermedios (componentes del cuidado cariñoso y sensible)

Buena salud	Nutrición adecuada	Atención receptiva	Oportunidades para el aprendizaje temprano	Seguridad y protección
<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidadores gozan de buena salud física y mental • La atención prenatal, del parto y posnatal es de buena calidad • Se vacuna a las madres y a sus hijos • Se solicita atención oportuna para las enfermedades que tengan los niños y las niñas • Las enfermedades de los niños se atienden de manera apropiada 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado nutricional de los cuidadores es adecuado • Se brinda lactancia materna exclusiva y se inicia de manera temprana • La alimentación complementaria y la nutrición infantil son apropiadas • Se administran los suplementos de micronutrientes necesarios • Se trata la malnutrición infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • El niño establece relaciones emocionales y de protección con los cuidadores • Los cuidadores son sensibles y responden a las señales del niño o niña • Las interacciones entre el cuidador y el niño o niña son agradables y estimulantes • La comunicación es bidireccional 	<ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es rica en su uso del lenguaje • Hay oportunidades para el juego adaptado a la edad y el aprendizaje temprano, tanto en el hogar como en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias y los niños y las niñas viven en entornos limpios y protegidos • Las familias y los niños y las niñas siguen buenas prácticas de higiene • Los niños y las niñas reciben formas de disciplina que buscan brindar apoyo • Los niños y las niñas no sufren negligencia, violencia, desplazamiento ni conflictos



Resultados inmediatos (acciones estratégicas)

1. Liderar e invertir	2. Centrarse en las familias	3. Fortalecer los servicios	4. Hacer el seguimiento de los avances	5. Usar los datos e innovar
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un mecanismo de coordinación multisectorial de alto nivel 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar las voces, ideas y necesidades de las familias en los planes 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las oportunidades para fortalecer los servicios existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar los indicadores para el seguimiento del desarrollo en la primera infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer la colaboración para la investigación relativa al cuidado cariñoso y sensible entre múltiples interesados

<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación actual • Formular una visión común, objetivos, metas y un plan de acción • Asignar las funciones y responsabilidades a nivel nacional, subnacional y local • Adoptar una estrategia de financiamiento sostenible 	<ul style="list-style-type: none"> • Designar líderes locales que impulsen el cambio • Ejecutar estrategias nacionales de comunicación • Fortalecer a los promotores del cuidado cariñoso y sensible en las comunidades • Incorporar a los grupos y líderes comunitarios en las actividades de planificación, presupuesto, ejecución y vigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar las normas nacionales y los paquetes de servicios • Actualizar los perfiles de competencias y fortalecer las capacidades de la fuerza laboral • Brindar mentoría y supervisión al personal capacitado • Dar seguimiento al desarrollo infantil y, cuando se requiera, hacer las derivaciones oportunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar los sistemas de información ordinarios para generar datos pertinentes • Poner los datos a disposición y en formatos fáciles de usar • Evaluar el desarrollo en la primera infancia de manera periódica y a nivel poblacional • Usar los datos para la toma de decisiones y la rendición de cuentas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las prioridades y aportar recursos para realizar investigaciones sobre la implementación • Aplicar las innovaciones basadas en la evidencia más reciente • Poner en marcha una plataforma nacional de aprendizaje e investigación • Publicar los resultados de la investigación y las enseñanzas obtenidas
--	---	--	---	--



Insumos

Proporcionar liderazgo, coordinar e invertir	Empoderar a las familias y las comunidades para que actúen y puedan hacer realidad el cuidado cariñoso y sensible de calidad presupuesto, ejecución y vigilancia	Fortalecer los sistemas y servicios existentes y velar por una acción dinámica conjunta entre los sectores y los actores clave	Hacer el seguimiento de los avances sobre la base de los indicadores pertinentes, mantener informadas a las personas y rendir cuentas de los resultados	Fortalecer la evidencia local e innovar para ampliar las intervenciones a mayor escala
--	--	--	---	--

Entornos propicios para el cuidado cariñoso y sensible, generados gracias a las políticas, los programas y los servicios

Fuente: OPS. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Organización Panamericana de la Salud, WDC. 2018.



Alcance

La Política Andina para el DIT será un referente para todas las políticas públicas, planes y programas, con relación directa o indirecta al DIT, que realizan o realizarán Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela con miras al 2030.

Objetivos

Objetivo general

Brindar lineamientos estratégicos a ser considerados por los países para alcanzar, fortalecer, consolidar o profundizar el óptimo DIT en la Región Andina, en el marco del cumplimiento de las metas nacionales e internacionales, así como las metas de los ODS de la Agenda 2030 (Anexo) (Naciones Unidas, s.f.-b).

Objetivos específicos

- Promover la buena salud y el bienestar de las niñas y niños desde antes de su nacimiento.
- Promover la salud mental de sus cuidadores para asegurar que las niñas y niños se sientan seguros y protegidos.
- Fomentar una nutrición adecuada de las gestantes, las niñas, los niños y adolescentes, así como la inocuidad de los alimentos.
- Apoyar a los cuidadores para que mejoren su sensibilidad para lograr un apego seguro de las niñas y niños.
- Brindar oportunidades para el aprendizaje temprano desde el nacimiento, por medio de la atención afectuosa y protectora de los adultos en el hogar, guarderías y centros de educación preescolar.



Enfoques ⁴ ●●●●●

Derechos Humanos

La política promueve la garantía del derecho a la salud y el bienestar, tanto físico como mental, de niñas, niños, adolescentes y gestantes, y los reconoce como sujetos y centro de las políticas y atención estatal.

Curso de vida

La política considera el desarrollo como un proceso continuo a lo largo de la vida, reconoce las trayectorias vitales, así como las transiciones, no solo asociadas con el cambio de rol, sino con el proceso de avances y retrocesos, de momentos sensibles y críticos.

Género

La política promueve la igualdad entre hombres y mujeres, brindando las mismas posibilidades de acceso a las intervenciones de salud, nutrición y otras condiciones relevantes.

Determinantes sociales de la salud

La política reconoce que las desigualdades sociales en el DIT están determinadas por las condiciones en que las niñas y niños nacen, viven y crecen. Por lo tanto, promoverá la identificación, monitoreo y acción sobre los determinantes sociales estructurales e intermedios, asociados al DIT.

⁴ Para el presente documento se entenderán los enfoques como las orientaciones temáticas que se privilegiarán en función de otras y servirán de guía para todas las acciones a desarrollar.

Interculturalidad

La política reconoce la diversidad cultural de las poblaciones en los países andinos y promoverá el respeto, interacción, conocimiento y comunicación entre todas las culturas.

Territorial

La política reconoce que los factores favorecedores y de riesgo del DIT, y por ende las acciones para fortalecerlo, están determinados por las particularidades geográficas subnacionales y locales propias de cada país.

Promoción de la salud

La política reconoce a la promoción de la salud como una estrategia fundamental para aplicar modelos de atención centrados en las personas, las familias y las comunidades.

Protección social

La política reconoce la necesidad de impulsar políticas de protección social de alcance universal, es decir, que todas las mujeres, niñas y niños tengan los mismos derechos a recibirla.



Principios ⁵ ●●●●●

Respuesta a las necesidades

Las acciones de la política deben responder claramente a las necesidades de niñas, niños, adolescentes y mujeres, sea que se hayan identificado objetiva como subjetivamente.

Calidad

Las acciones estarán justificadas por la mejor evidencia disponible y los proveedores deberán contar con los conocimientos e instrumentos para desempeñarse apropiadamente.

Responsabilidad y rendición de cuentas

La política contará con mecanismos de protección del derecho al óptimo DIT e instrumentos para el monitoreo y mejora continua del desempeño de las acciones, generar transparencia, confianza y fortalecer el ejercicio del control social a la administración pública.

Sostenibilidad

Las acciones de la política deben aprovechar la coordinación con otras políticas y programas existentes para aprovechar su operacionalización y financiamiento.

Participación social

Las acciones deben contar con la colaboración y participación activa de cuidadores y otros actores sociales, tanto en la definición de prioridades como aportando a la consecución de objetivos estratégicos, aumentando la capacidad de gobernanza y la rendición de cuentas.

⁵ Para el presente documento se entenderán por principios al conjunto de valores, creencias que constituirán el soporte a los objetivos, estrategias y acciones a desarrollar.

Multisectorialidad

La política reconoce que el sector salud tiene una posición privilegiada para apoyar tempranamente el DIT, pero las estrategias para alcanzar un óptimo DIT requieren articular esfuerzos y crear sinergias con el sector educación y otros sectores y actores sociales, a fin de evitar duplicar y superponer políticas, asegurar prioridades y apuntar a la cohesión y coherencias entre ellas.

Interseccionalidad

La política reconoce que el DIT es producto de la interacción de varios factores sociales como género, etnia, raza, ubicación geográfica y edad, los cuales se combinan de distintas formas generando desigualdades diversas (Rios Bellagamba, 2022).



Líneas Estratégicas y Acciones



Con base en el documento "Situación actual de la salud infantil y las políticas, planes e intervenciones que contribuyen al logro del óptimo desarrollo infantil temprano en los países andinos", así como en el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible, se proponen las siguientes líneas estratégicas y acciones específicas a realizar por los países:

Liderazgo e inversión

- Designar o confirmar un mecanismo multisectorial a nivel de país, con la suficiente autoridad para coordinar a los diferentes sectores y actores involucrados, tanto públicos, privados y de cooperación internacional.
- Formular, actualizar o confirmar planes de acción coordinados hasta el 2030, con objetivos, metas y responsabilidades precisas, tanto del nacional como de los niveles subnacionales y especialmente de los gobiernos locales, y partiendo de los desarrollos propios de cada país y respaldados por documentos normativos apropiados.
- Hacer realidad el alcance universal de la protección social a las mujeres, niñas y niños en consonancia con las metas del ODS 1, con medidas sólidas de protección social que estén incorporadas en un conjunto más amplio de políticas que protejan y promuevan un nivel de vida saludable, así como la inclusión social de los cuidadores de niñas y niños, por ejemplo, los derechos y la protección laboral, un ingreso mínimo, los servicios de guardería y la posibilidad de acordar horarios laborales flexibles.
- Elaborar o actualizar planes de financiamiento de actividades a favor de las familias y comunidades, de recursos humanos en salud y educación, de infraestructura y de equipamiento necesarios para el DIT, dentro de los planes de acción hasta el 2030, con base en las fuentes de financiamiento ya disponibles en cada país.

Centrarse en las familias y sus comunidades

- Tomar como base las voces, necesidades y prácticas de las familias para incorporarlas en los planes y programas nacionales, subnacionales y locales.
- Identificar, apoyar e incorporar a actores, como grupos de creyentes, líderes tradicionales, trabajadores comunitarios de salud, organizaciones de mujeres, que respalden el cambio en las familias y comunidades con iniciativas comunitarias para la mejora de la atención receptiva en los hogares.
- Ejecutar estrategias de información, comunicación y educación para empoderar a las familias en el cuidado cariñoso y sensible, y abogar por al apoyo de las autoridades y de la sociedad civil.

Fortalecimiento de los servicios

- Identificar, abogar e invertir en la mejora de los servicios, infraestructura y equipamiento de salud y educación.
- Desarrollar o fortalecer planes y programas que favorezcan la salud física y mental de los cuidadores, en particular de las mujeres gestantes antes, durante y después del parto.
- Satisfacer las necesidades de planificación familiar con métodos modernos, en particular de adolescentes.
- Lograr coberturas efectivas de las vacunas especificadas en los esquemas nacionales de las madres, las niñas y los niños.
- Fortalecer la atención oportuna y apropiada de las enfermedades prevalentes en niñas y niños, incluyendo las actividades de tamizaje neonatal de enfermedades como hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita y otras, según el perfil epidemiológico de cada país.
- Fortalecer las prácticas de alimentación infantil, especialmente la lactancia materna temprana y exclusiva hasta los seis meses, alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y suplementación con micronutrientes apropiados.

- Desarrollar programas que promuevan la atención receptiva para que los cuidadores sean sensibles y respondan a las señales y necesidades de la niña o niño.
- Brindar oportunidades para el aprendizaje temprano, mediante lenguaje apropiado, libros y juguetes infantiles, tanto en los hogares como en los centros de acogida y otros en la comunidad.
- Lograr que las niñas y niños vivan en entornos limpios y seguros, con formas de disciplina no violentas, protegidos de la violencia, discriminación y negligencia.
- Fortalecer la formación y capacitación de los trabajadores de salud y de educación para que apoyen el cuidado cariñoso y sensible, especialmente en la vigilancia y evaluación de riesgos y del neurodesarrollo temprano de niñas y niños.

Seguimiento y evaluación

- Apropiar el conjunto mínimo de indicadores en DIT propuestos (ver sección Monitoreo y Evaluación) desagregados a nivel subnacional, y considerando la interseccionalidad de determinantes sociales como pobreza, ruralidad, género, etnia, educación y otras pertinentes, de modo que permitan enfocar planes y programas.
- Fortalecer la capacidad de recolección, procesamiento, análisis e interpretación de la información nacional sobre DIT, con base en la capacitación de recursos humanos y la provisión de equipamiento y financiamiento apropiado.
- Disponer que la información sobre DIT generada esté disponible en formatos intuitivos para los tomadores de decisiones y el público en general.
- Fomentar la evaluación periódica de los avances en el DIT en cada país y que los resultados estén disponibles, de modo que garanticen la participación social y la rendición de cuentas.

Investigación e innovación

- Fomentar la colaboración entre los responsables de los planes y programas nacionales e investigadores, sociedades científicas y las escuelas de formación universitaria en salud,

educación y economía, de modo que se genere evidencia necesaria y suficiente para fortalecer las intervenciones en DIT.

- Identificar las prioridades nacionales en investigación en DIT y apoyar o abogar por recursos financieros, nacionales o internacionales, que permitan su realización.
- Evaluar la aplicación de procedimientos innovadores para medir el DIT, como las Escalas Globales para el Desarrollo Temprano de la OMS (BID et al., s.f., 2018) o las que los países definan de acuerdo a sus particularidades.
- Desarrollar comunidades de práctica⁶ para profundizar el conocimiento y compartir experiencias en DIT que permitan el aprendizaje continuo.
- Publicar los resultados de investigaciones y productos de las comunidades de práctica.

⁶ Una comunidad de práctica es un espacio de interacción y de mediación, donde un grupo de profesionales con intereses afines reflexionan sobre su práctica profesional, se apoyan y construyen productos conjuntos que les ayudan a desarrollarse, mejorar y a profesionalizarse (Instituto Cervantes, s.f.).





Financiamiento ●●●●●

Los países de la subregión Andina, deben acordar comprometerse a la ejecución de esta política y sus componentes, adecuándola a sus necesidades y contextos.

Los países y los ministerios correspondientes, deben destinar el financiamiento necesario, oportuno y sostenido, para darle cumplimiento.

Monitoreo y Evaluación ●●●●●

Dado que el horizonte temporal de la Política Andina de Salud Pública para Fortalecer y Alcanzar el Óptimo Desarrollo Infantil Temprano, va desde el momento de su aprobación por los ministerios de Salud hasta el 2030, se prevé que el monitoreo se realice aproximadamente cada año y la evaluación antes de concluir el 2030.

Para ello, se propone el siguiente conjunto mínimo de indicadores que los países deben procurar generar de acá al año 2030. Los países están en libertad de adoptar, adecuar o agregar otros indicadores de acuerdo a su realidad y necesidades nacionales específicas. La selección de indicadores se realizó con base en los indicadores propuestos por el Cuidado Cariñoso y Sensible (CCS) (Naciones Unidas, 2017, s.f.-a), alineados a metas de los ODS y a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (EMSMNA), a los cuales se adicionaron indicadores de los ODS que se considera están relacionados con el DIT (Naciones Unidas, 2017, s.f.-a) (Tabla 3) (Anexo).

Tabla 3. Indicadores propuestos para el monitoreo y evaluación de la Política Andina en Desarrollo Infantil Temprano

Indicadores con periodicidad anual	Alineamiento
Proporción del gasto público total que se dedica a servicios esenciales (educación, salud y protección social).	ODS 1.a.2
Proporción de niñas y niños menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna.	EMSMNA
Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado.	ODS 3.1.2
Proporción de mujeres en edad fértil (15-49 años), que satisfacen sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.	ODS 3.7.1
Proporción de mujeres gestantes que recibieron 4 o más consultas de atención prenatal.	EMSMNA
Cobertura de los servicios de salud esenciales.	ODS 3.8.1
Proporción de niñas y niños de 1 año que ha recibido todas las vacunas para su edad, según el esquema nacional de vacunación.	ODS 3.b.1
Proporción de niñas y niños con sospecha de neumonía que son llevados a un prestador de servicios de salud apropiado.	EMSMNA
Proporción de niñas y niños con diarrea que reciben Sales de Rehidratación Oral (SRO).	EMSMNA
Tasa de participación en el aprendizaje organizado (un año antes de la edad oficial de ingreso en la enseñanza primaria), desglosada por sexo.	ODS 4.2.2
Proporción de profesores de educación preescolar que han recibido la mínima formación docente exigida, para impartir enseñanza en dicho nivel.	ODS 4.c.1
Proporción de niñas y niños menores de 5 años que han sufrido algún castigo físico o agresión psicológica a manos de sus cuidadores en último mes.	ODS 16.2.1
Proporción de menores de 5 años cuyo nacimiento ha sido registrado por una autoridad civil.	ODS 16.9.1

Tabla 3. Indicadores propuestos para el monitoreo y evaluación de la Política Andina en Desarrollo Infantil Temprano

Indicadores hacia el término de la política Andina	Alineamiento
Proporción de mujeres, niñas y niños que viven en la pobreza, en todas sus dimensiones, con arreglo a las definiciones nacionales.	ODS 1.2.2
Prevalencia de retraso en el crecimiento en menores de 5 años, Talla/Edad < 2 DS de la mediana del patrón de la OMS.	ODS 2.2.1
Proporción de menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, desglosado por sexo.	ODS 4.2.1
Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que reciben supervisión inadecuada en el hogar.	CCS
Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que tienen materiales de aprendizaje en el hogar: libros infantiles.	CCS
Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que juegan con materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes.	CCS
Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil.	EMSMNA
Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6- 23 meses.	EMSMNA
Razón de mortalidad materna.	ODS 3.1.1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años.	ODS 3.2.1
Tasa de mortalidad neonatal.	ODS 3.2.2
Tasa de fecundidad en adolescentes.	ODS 3.7.2
Proporción de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable gestionados sin riesgos.	ODS 6.1.1
Proporción de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento gestionados sin riesgos.	ODS 6.2.1



Bibliografía



- Baker, P., Smith, J. P., Garde, A., Grummer-Strawn, L. M., Wood, B., Sen, G., Hastings, G., Pérez-Escamilla, R., Ling, C. Y., Rollins, N., & McCoy, D. (2023). The political economy of infant and young child feeding: Confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, 401(10375), 503-524. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X)
- Bhutta, Z. A., Boerma, T., Black, M. M., Victora, C. G., Kruk, M. E., & Black, R. E. (2022). Optimising child and adolescent health and development in the post-pandemic world. *The Lancet*, 399(10337), 1759-1761. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02789-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02789-6)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Britto, P. R., Lye, S. J., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C. H., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T. D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J. F., Bhutta, Z. A., & Early Childhood Development Interventions Review Group. (2017). Nurturing care: Promoting early childhood development. *Lancet*, 389, 91-102. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., Cabral De Mello, M., Gertler, P. J., Kapiriri, L., Martorell, R., & Young, M. E. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet*, 369(9557), 229-242. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60112-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60112-3)
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369(9555), 60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Instituto Cervantes. (s.f.). Comunidades de práctica. Recuperado 16 de septiembre de 2023, de https://cfp.cervantes.es/recursos/proyectos/comunidades_de_practica.htm

Jolly, R. (2007, enero 6). Early childhood development: The global challenge. *The Lancet*, 369(9555), 8-9. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)60007-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)60007-5.pdf)

MIDIS. (2019). Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el desarrollo infantil temprano. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/338689/LINEAMIENTOS-DIT.pdf>

MINSA - Perú. (2014). Guía técnica para la implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa. Ministerio de Salud. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/471233/-288070171575123148520191231-7797-15zvpjh.pdf?v=1577827978>

Naciones Unidas. (s.f.-a). Los ODS en ALC: Metodologías y recursos de información. Recuperado 19 de octubre de 2023, de <https://agenda2030lac.org/estadisticas/metodologias-recursos-informacion.html>

Naciones Unidas. (s.f.-b). Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Desarrollo Sostenible. Recuperado 14 de septiembre de 2023, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/crc_SP.pdf

Naciones Unidas. (2017). Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible A/RES/71/313. https://ggim.un.org/documents/A_Res_71_313_s.pdf

- OMS. (2016). Committing to implementation of the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R2-en.pdf
- OMS. (2009). Comisión sobre Determinantes sociales de la salud—Informe Final. WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1
- OPS. (2012). Declaración de Alma Ata 1978. 3.
- OPS/OMS. (2018). El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275324592>
- ORAS-CONHU. (2023). Situación de la Salud Infantil y el Desarrollo Infantil Temprano en la Región Andina. <https://www.orasconhu.org/sites/default/files/file/webfiles/doc/LIBRO%20SALUD%20INFANTIL%202023.pdf>
- Ortega Bolaños, J. A. (2018). Las políticas de salud, un campo de estudio transdisciplinar. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 649-654. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.73891>
- Pérez-Escamilla, R., Rizzoli-Córdoba, A., Alonso-Cuevas, A., & Reyes-Morales, H. (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: Desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.01.007>
- Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023). Breastfeeding: Crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472-485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., Lu, C., Lucas, J. E., Perez-Escamilla, R., Dua, T., Bhutta, Z. A., Stenberg, K., Gertler, P., & Darmstadt, G. L. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: Pathways to scale up for

early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 103-118. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)

Rios Bellagamba, L. (2022, julio 1). ¿Qué es la interseccionalidad? [IBID Mejorando vidas]. ¿Y si hablamos de igualdad? <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/que-es-interseccionalidad/>

Rollins, N., Piwoz, E., Baker, P., Kingston, G., Mabaso, K. M., McCoy, D., Ribeiro Neves, P. A., Pérez-Escamilla, R., Richter, L., Russ, K., Sen, G., Tomori, C., Victora, C. G., Zambrano, P., & Hastings, G. (2023). Marketing of commercial milk formula: A system to capture parents, communities, science, and policy. *The Lancet*, 401(10375), 486-502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01931-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01931-6)

The Lancet. (2016a). Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale. An Executive Summary for The Lancet's Series. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary-1507044811487.pdf

The Lancet. (2016b, octubre). Apoyando el desarrollo en la primera infancia: De la ciencia a la aplicación a gran escala. Un resumen ejecutivo de la serie de The Lancet. <https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/02/Spanish.pdf>

Torres-Melo, J. (2013). Introducción a las políticas públicas: Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía. IEMP Ediciones.

UNICEF. (2017, noviembre 16). Desarrollo infantil temprano para cerrar brechas. <https://www.unicef.org/peru/historias/desarrollo-infantil-temprano-para-cerrar-brechas>

United Nations. (2015). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016-2030). https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2017/02/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf

United Nations. (2019). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable Development Knowledge Platform. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

- Vaivada, T., Lassi, Z. S., Irfan, O., Salam, R. A., Das, J. K., Oh, C., Carducci, B., Jain, R. P., Als, D., Sharma, N., Keats, E. C., Patton, G. C., Kruk, M. E., Black, R. E., & Bhutta, Z. A. (2022). What can work and how? An overview of evidence-based interventions and delivery strategies to support health and human development from before conception to 20 years. *The Lancet*, 399(10337), 1810-1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02725-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02725-2)
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Meeks Gardner, J., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E., & Carter, J. A. (2007). Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)
- WHO. (2023). Global Scales for Early Development v1.0—Technical Report. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366268/WHO-MSD-GSEDpackage-v1.0-2023.1-eng.pdf?sequence=1>
- WHO, UNICEF, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603>
- Ye, M., Hessler, D., Ford, D., Benson, M., Koita, K., Bucci, M., Long, D., Harris, N. B., & Thakur, N. (2023). Pediatric ACEs and related life event screener (PEARLS) latent domains and child health in a safety-net primary care practice. *BMC Pediatrics*, 23(1), 367. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04163-2>

ANEXO. Ficha técnica de los indicadores para el monitoreo y evaluación de la Política Andina en DIT

Código	Nombre del indicador	Definición	Cálculo
ODS 1.2.2	Proporción de mujeres, niñas y niños que viven en la pobreza, en todas sus dimensiones, con arreglo a las definiciones nacionales.	<p>Las siguientes cinco series se utilizan para monitorear el ODS 1.2.2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuento oficial de pobreza multidimensional, por sexo y edad (% de la población): <ul style="list-style-type: none"> - El porcentaje de personas que son multidimensionalmente pobres. 2) Proporción promedio de privaciones ponderadas (intensidad) para la población total: <ul style="list-style-type: none"> - La proporción promedio de dimensiones ponderadas en las que los pobres sufren privaciones entre la población total. 3) Recuento oficial de pobreza multidimensional (% del total de hogares): <ul style="list-style-type: none"> - El porcentaje de hogares que son multidimensionalmente pobres. 4) Proporción promedio de privaciones ponderadas (intensidad) para el total de hogares: <ul style="list-style-type: none"> - La proporción promedio de dimensiones ponderadas en las que los pobres sufren privaciones entre el total de hogares. 5) Privación multidimensional de las niñas y los niños (% de la población menor de 18 años): <ul style="list-style-type: none"> - El porcentaje de niñas y niños que sufren simultáneamente privaciones en múltiples dimensiones materiales. 	<p>La medición de la pobreza implica dos pasos cruciales: (1) identificación (identificar quién es pobre) y (2) agregación (compilar la información del individuo en una medida resumida). Hay diferentes formas de realizar estos dos pasos. Todas las medidas que actualmente estiman los países u organizaciones multilaterales utilizan el método de conteo.</p> <p>Mayor detalle del cálculo lo puede encontrar en https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-02-02.pdf</p>
ODS 1.a.2	Proporción del gasto público total que se dedica a servicios esenciales (educación, salud y protección social).	<p>Gasto total del gobierno general (local, regional y central) en educación (corriente, capital y transferencias), expresado como porcentaje del gasto total del gobierno general en todos los sectores (incluido salud, educación, servicios sociales, etc.). Incluye gastos financiados con transferencias de fuentes internacionales al gobierno.</p>	<p>Este indicador es el gasto total del gobierno general en educación, expresado como porcentaje del gasto total del gobierno general en todos los sectores.</p>
ODS 2.2.1	Prevalencia de retraso en el crecimiento en menores de 5 años, Talla/Edad < 2 DS de la mediana del patrón de la OMS.	<p>Prevalencia del retraso del crecimiento (altura para la edad < -2 desviación estándar de la mediana de los estándares de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre niñas y niños menores de 5 años).</p>	<p>Las estimaciones nacionales de fuentes primarias (por ejemplo, de encuestas de hogares) utilizadas para generar las estimaciones modeladas por países del grupo conjunto UNICEF, OMS y BM sobre malnutrición infantil (JME), se basan en una metodología estandarizada que utiliza los estándares de crecimiento infantil de la OMS, como se describe en "Recomendaciones para la recopilación de datos, análisis y presentación de informes sobre indicadores antropométricos en niñas y niños menores de 5 años" (OMS/UNICEF, 2019) y WHO Anthro Survey Analyzer (OMS, 2019). Las estimaciones modeladas por país del JME se generan utilizando técnicas de suavizado y covariables (McLain et al. 2018), aplicadas a datos nacionales de calidad garantizada para derivar tendencias y estimaciones actualizadas. Las estimaciones mundiales y regionales se obtienen como los promedios respectivos de los países ponderados por</p>

			<p>las estimaciones de población de menores de cinco años de los países (última edición disponible de UNPD-WPP), utilizando estimaciones anuales modeladas por países de JME.</p>
ODS 3.1.1	Razón de mortalidad materna.	<p>La razón de mortalidad materna (RMM) se define como el número de muertes maternas durante un periodo determinado por cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo periodo. Representa el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacidos vivos y esencialmente captura el riesgo de muerte en un solo embarazo (representado por un solo nacido vivo).</p>	<p>La razón de mortalidad materna (RMM) se puede calcular dividiendo las muertes maternas registradas (o estimadas) por el total de nacimientos vivos registrados (o estimados), en el mismo periodo y multiplicando por 100 000.</p> <p>La medición requiere información sobre el estado del embarazo, el momento de la muerte (durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo) y la causa de la muerte.</p> <p>La RMM se puede calcular directamente a partir de datos recopilados a través de sistemas de registro civil, encuestas de hogares u otras fuentes. A menudo hay problemas de calidad de los datos, particularmente relacionados con la subnotificación y la clasificación errónea de las muertes maternas. Por lo tanto, los datos a menudo se ajustan para tener en cuenta estos problemas de calidad de los datos. Algunos países llevan a cabo estos ajustes o correcciones como parte de investigaciones especializadas/ confidenciales o esfuerzos administrativos integrados en los programas de seguimiento de la mortalidad materna.</p>
ODS 3.1.2	Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado	<p>La proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (generalmente médicos, enfermeras o parteras, pero puede referirse a otros profesionales de la salud que brindan atención al parto) es la proporción de partos atendidos por personal de salud profesional. Según la definición actual, se trata de profesionales competentes de la salud materna y neonatal (SMN), educados, capacitados y regulados según estándares nacionales e internacionales. Son competentes para: (i) brindar y promover una atención digna, basada en evidencia y en los derechos humanos, de calidad, socioculturalmente sensible y digna a mujeres y recién nacidos; (ii) facilitar los procesos fisiológicos durante el trabajo de parto y el parto, para garantizar una experiencia de parto limpia y positiva; y (iii) identificar y atender o derivar a mujeres y/o recién nacidos con complicaciones.</p>	<p>Numerador: Número de partos atendidos por personal de salud calificado (médico, enfermera o partera) capacitado para brindar atención obstétrica de calidad, incluido brindar el apoyo y la atención necesarios a la madre y al recién nacido durante el parto y el puerperio inmediato.</p> <p>Denominador: Número total de nacidos vivos en el mismo periodo. Nacimientos atendidos por personal de salud calificado = (número de partos atendidos por personal de salud calificado)/(número total de nacidos vivos) x 100.</p>
ODS 3.2.1	Tasa de mortalidad en menores de 5 años.	<p>La tasa de mortalidad de menores de cinco años es la probabilidad de que un niño nacido en un año o periodo específico muera antes de cumplir cinco años, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese periodo, expresada como muertes por cada 1000 nacidos vivos.</p>	<p>Las estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME) se derivan de datos representativos a nivel nacional de censos, encuestas o sistemas de registro civil. El IGME de la ONU no utiliza ninguna covariable para derivar sus estimaciones. Solo aplica un método de ajuste de curvas</p>

			<p>a datos empíricos de buena calidad para derivar estimaciones de tendencias después de evaluar la calidad de los datos. En la mayoría de los casos, las estimaciones del IGME de la ONU se aproximan a los datos subyacentes. El IGME de la ONU tiene como objetivo minimizar los errores de cada estimación, armonizar las tendencias a lo largo del tiempo y producir estimaciones actualizadas y adecuadamente evaluadas. El IGME de la ONU aplica el modelo bayesiano de reducción de sesgos B-splines a datos empíricos, para derivar estimaciones de tendencias de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años para todos los países. Ver referencias para más detalles. Para los datos subyacentes mencionados anteriormente, los métodos más utilizados son los siguientes:</p> <p>Registro civil: La tasa de mortalidad de menores de cinco años se puede derivar de una tabla de mortalidad resumida de un período estándar, utilizando las muertes por edades específicas y los recuentos de población a mitad de año de los datos del registro civil para calcular las tasas de mortalidad, que luego se convierten en probabilidades de mortalidad por edades específicas, muriendo.</p> <p>Censos y encuestas: Se utiliza un método indirecto basado en un resumen de la historia de nacimientos, una serie de preguntas a cada mujer en edad reproductiva sobre cuántos hijos ha dado a luz y cuántos siguen vivos. Luego se utilizan el método de Brass y las tablas de mortalidad modelo para obtener una estimación de las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años. Los censos suelen incluir preguntas sobre las muertes en los hogares en los últimos 12 meses, que también pueden utilizarse para calcular estimaciones de mortalidad.</p> <p>Encuestas: Se utiliza un método directo basado en una historia de nacimiento completa, una serie de preguntas detalladas sobre cada niño que una mujer ha dado a luz durante su vida. Las estimaciones de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil, infantil y de niñas y niños menores de cinco años pueden derivarse de la historia completa de nacimientos.</p>
ODS 3.2.2	Tasa de mortalidad neonatal.	<p>La tasa de mortalidad neonatal es la probabilidad de que un niño nacido en un año o período específico muera durante los primeros 28 días completos de vida, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresadas por 1000 nacidos vivos.</p> <p>Las muertes neonatales (muertes entre nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales tempranas, que ocurren durante los primeros 7 días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes del día 28 completo de vida.</p>	<p>Las estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME), se derivan de datos representativos a nivel nacional de censos, encuestas o sistemas de registro civil. El IGME de las Naciones Unidas no utiliza ninguna covariable para derivar sus estimaciones (excepto en el caso de la estimación de la mortalidad neonatal, que incorpora en el modelo las estimaciones de la tasa de mortalidad de menores de cinco años, relativamente más ricas en</p>

<p>ODS 3.2.2</p>	<p>Tasa de mortalidad neonatal.</p>	<p>La tasa de mortalidad neonatal es la probabilidad de que un niño nacido en un año o periodo específico muera durante los primeros 28 días completos de vida, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese periodo, expresadas por 1000 nacidos vivos.</p> <p>Las muertes neonatales (muertes entre nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales tempranas, que ocurren durante los primeros 7 días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes del día 28 completo de vida.</p>	<p>datos). Solo aplica un método de ajuste de curvas a datos empíricos de buena calidad para derivar estimaciones de tendencias después de evaluar la calidad de los datos. En la mayoría de los casos, las estimaciones del IGME de la ONU se aproximan a los datos subyacentes. El IGME de la ONU tiene como objetivo minimizar los errores de cada estimación, armonizar las tendencias a lo largo del tiempo y producir estimaciones actualizadas y adecuadamente evaluadas. El IGME de la ONU produce estimaciones de la tasa de mortalidad neonatal (RMN) con un modelo de regresión spline bayesiano, que modela la relación tasa de mortalidad neonatal/(tasa de mortalidad de menores de cinco años - tasa de mortalidad neonatal). Las estimaciones de la RMN se obtienen recombinando las estimaciones de la proporción con la tasa de mortalidad de menores de cinco años estimada por el IGME de la ONU. Para los datos subyacentes mencionados anteriormente, los métodos más utilizados son los siguientes:</p> <p>Registro civil: La tasa de mortalidad neonatal se puede calcular a partir del número de niñas y niños que fallecieron durante los primeros 28 días de vida y el número de nacidos vivos.</p> <p>Censos y encuestas: Los censos y encuestas suelen incluir preguntas sobre las muertes en los hogares en los últimos 12 meses, que pueden utilizarse para calcular estimaciones de mortalidad.</p> <p>Encuestas: Se utiliza un método directo basado en una historia de nacimiento completa, una serie de preguntas detalladas sobre cada niño que una mujer ha dado a luz durante su vida. Las estimaciones de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil, infantil y de de niñas y niños menores de cinco años pueden derivarse de la historia completa de nacimientos.</p>
<p>ODS 3.7.1</p>	<p>Proporción de mujeres en edad fértil (15-49 años) que satisfacen sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos.</p>	<p>El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que actualmente utilizan un método anticonceptivo moderno, entre aquellas que desean no tener hijos (adicionales) o posponer el próximo embarazo. El indicador también se conoce como la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.</p>	<p>El numerador es el número de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que actualmente utilizan, o cuya pareja utiliza actualmente, al menos un método anticonceptivo moderno (CPMod). El denominador es la demanda total de planificación familiar (la suma del número de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo (CPAny) y el número de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar (UMN)). Luego, el cociente se multiplica por 100 para llegar al porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años) que satisfacen sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos (NSMod).</p>

ODS 3.7.2	Tasa de fecundidad en adolescentes.	Número anual de nacimientos de mujeres de 10 a 14 años o de 15 a 19 años por cada 1000 mujeres en el grupo de edad respectivo.	<p>La tasa de fecundidad adolescente se calcula como una razón. El numerador es el número de nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años y el denominador una estimación de la exposición a la maternidad de mujeres de 15 a 19 años. El cálculo es el mismo para el grupo de edad de 10 a 14 años. El numerador y el denominador se calculan de manera diferente para los datos del registro civil, encuestas y censos.</p> <p>Fórmula de cálculo: Tasa de fecundidad de adolescentes (15-19) = (número de nacimientos de mujeres de 15 a 19 años/población de mujeres de 15 a 19 años a mitad de año) * 1000</p> <p>Más detalles del cálculo los puede encontrar en https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-02.pdf</p>
ODS 3.8.1	Tasa de fecundidad en adolescentes. Cobertura de los servicios de salud esenciales.	Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad y acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).	<p>El índice se calcula con medias geométricas, basándose en los métodos utilizados para el Índice de Desarrollo Humano. El cálculo del indicador 3.8.1 requiere primero estandarizar los 14 indicadores trazadores para que puedan combinarse en el índice y luego calcular el índice a partir de esos valores.</p> <p>Primero, los 14 indicadores trazadores se colocan todos en la misma escala, siendo 0 el valor más bajo y 100 el valor óptimo. Para la mayoría de los indicadores, esta escala es la escala natural de medición; por ejemplo, el porcentaje de bebés que han sido inmunizados oscila entre 0 y 100 por ciento. Sin embargo, para algunos indicadores, se requiere conversión y/o reescalado para obtener valores apropiados de 0 a 100.</p> <p>Mayor detalle del cálculo lo puede encontrar en https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf</p>
ODS 3.b.1	Proporción de niñas y niños de 1 año que ha recibido todas las vacunas para su edad según el esquema nacional de vacunación.	<p>Cobertura de la vacuna que contiene DTP (tercera dosis): Porcentaje de lactantes supervivientes que recibieron las 3 dosis de la vacuna que contiene toxoide diftérico y tetánico con tos ferina en un año determinado.</p> <p>Cobertura de la vacuna que contiene el sarampión (segunda dosis): Porcentaje de niñas y niños que recibieron dos dosis de la vacuna contra el sarampión, según el calendario recomendado a nivel nacional a través de los servicios de vacunación de rutina en un año determinado.</p> <p>Cobertura de la vacuna antineumocócica conjugada (última dosis del calendario): Porcentaje de lactantes supervivientes que recibieron las dosis recomendadas a nivel nacional de la vacuna antineumocócica conjugada en un año determinado.</p> <p>Cobertura de vacuna contra el VPH (última dosis del esquema): Porcentaje de niñas de 15 años que recibieron las dosis recomendadas de la vacuna contra el VPH. Actualmente se utiliza el desempeño del programa en el año calendario anterior, según el grupo de edad objetivo.</p>	<p>La OMS y UNICEF desarrollaron conjuntamente una metodología para estimar la cobertura nacional de inmunización, a partir de vacunas seleccionadas en el año 2000, y este enfoque ha sido perfeccionado y revisado por comités de expertos a lo largo del tiempo. Estimaciones de series temporales de las vacunas recomendadas por la OMS son producidas y publicadas anualmente desde 2001.</p>

ODS 4.2.1	Proporción de menores de 5 años cuyo desarrollo es adecuado en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial, desglosado por sexo.	La proporción de niñas y niños de 24 a 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.	El número de niñas y niños de 24 a 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial dividido por el número total de niñas y niños de 24 a 59 meses en la población multiplicado por 100. La OMS recientemente ha publicado las "Escala Global para el Desarrollo Temprano" que pudieran servir para registrar el numerador del indicador.
ODS 4.2.2	Tasa de participación en el aprendizaje organizado (un año antes de la edad oficial de ingreso en la enseñanza primaria), desglosada por sexo.	La tasa de participación en el aprendizaje organizado (un año antes de la edad oficial de ingreso a la primaria), por sexo, se define como el porcentaje de niñas y niños en el rango de edad determinado que participan en uno o más programas de aprendizaje organizado, incluidos los programas que ofrecen una combinación de educación y cuidado. Se incluye tanto la participación en la primera infancia como en la educación primaria. El rango de edad variará según el país, dependiendo de la edad oficial de ingreso a la educación primaria.	El número de niñas y niños del grupo de edad correspondiente que participan en un programa de aprendizaje organizado, se expresa como porcentaje de la población total del mismo rango de edad. El indicador puede calcularse tanto a partir de datos administrativos como de encuestas de hogares. Si es lo primero, las escuelas informan el número de inscripciones en programas de aprendizaje organizado, y la población en el grupo de edad un año por debajo de la edad oficial de ingreso a la primaria se deriva de estimaciones de población. Para el cálculo de este indicador a nivel global se utilizan estimaciones de población de la División de Población de la ONU. Si se derivan de encuestas de hogares, tanto la matrícula como la población se recopilan al mismo tiempo.
ODS 4.c.1	Proporción de profesores de educación preescolar que ha recibido la mínima formación docente exigida para impartir enseñanza en dicho nivel.	El porcentaje de docentes por nivel de educación impartido (preprimaria, primaria, secundaria inferior y secundaria superior) que han recibido al menos la formación docente pedagógica organizada mínima, previa al servicio y durante el servicio requerida para enseñar en el nivel relevante en un país dado.	El número de docentes capacitados en un determinado nivel de educación se expresa como porcentaje de todos los docentes de ese nivel de educación. $PTn = Tn / Tn$ dónde: PTn = porcentaje de docentes capacitados en el nivel n de educación Tn = docentes capacitados en el nivel n de educación Tn = total de docentes en el nivel n de educación n = 02 (preprimaria), 1 (primaria), 2 (secundaria inferior), 3 (secundaria superior) y 23 (secundaria)
ODS 6.1.1	Proporción de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable gestionados sin riesgos.	La proporción de la población que utiliza servicios de agua potable gestionados de forma segura se define como la proporción de la población que utiliza una fuente mejorada de agua potable a la que se puede acceder en las instalaciones, estar disponible cuando sea necesario y estar libre de contaminación fecal y química prioritaria. Las fuentes de agua potable "mejoradas" incluyen: suministros por tuberías, perforaciones y pozos entubados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos, agua de lluvia, quioscos de agua y agua envasada y distribuida.	El Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP) utiliza microdatos originales para producir sus propias tabulaciones utilizando ponderaciones de poblaciones (o ponderaciones de hogares multiplicadas por el tamaño de jure del hogar), cuando sea posible. Sin embargo, en muchos casos los microdatos no son fácilmente accesibles, por lo que los datos relevantes se transcriben de informes disponibles en varios formatos (PDF, archivos de Word, hojas de cálculo de Excel, etc.) si los datos se tabulan para la proporción de la

			población o del hogar/vivienda. Los datos nacionales de cada país, área o territorio se registran en los archivos nacionales del JMP, y los datos sobre agua, saneamiento e higiene se registran en hojas separadas. Los archivos de los países se pueden descargar desde el sitio web del JMP: https://washdata.org/data/downloads
ODS 16.2.1	Proporción de niñas y niños menores de 5 años que han sufrido algún castigo físico o agresión psicológica, a manos de sus cuidadores en el último mes.	La proporción de niñas y niños de 1 a 17 años que sufrieron algún castigo físico y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes, se mide actualmente por la proporción de de niñas y niños de 1 a 14 años que sufrieron algún castigo físico y/o agresión psicológica, por parte de sus cuidadores en el último mes.ventiladas y sanitarios de compostaje.	Número de de niñas y niños de 1 a 17 años que, según se informa, han experimentado algún castigo físico y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes, dividido por el número total de niñas y niños de 1 a 17 años de la población multiplicado por 100. Indicador de proxy: Número de niñas y niños de 1 a 14 años que, según se informa, han experimentado algún castigo físico y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes, dividido por el número total de de niñas y niños de 1 a 14 años de la población multiplicado por 100.
ODS 16.9.1	Proporción de menores de 5 años cuyo nacimiento ha sido registrado por una autoridad civil.	Proporción de de niñas y niños menores de 5 años cuyos nacimientos han sido registrados ante una autoridad civil.	Número de niñas y niños menores de cinco años, cuyos nacimientos se declaran registrados ante las autoridades civiles nacionales pertinentes, dividido por el número total de niñas y niños menores de cinco años de la población multiplicado por 100.
Código	Nombre del indicador	Definición	Cálculo
CCS	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que reciben supervisión inadecuada en el hogar.	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que se han quedado solos o al cuidado de otro niño o niña menor de 10 años, durante más de una hora al menos una vez en la última semana.	Numerador: Número de niños y niñas de 0 a 59 meses que se han quedado solos o al cuidado de otro niño o niña menor de 10 años, durante más de una hora al menos una vez en la última semana. Denominador: Número total de niños y niñas de 0 a 59 meses. Multiplicado por 100.
CCS	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que tienen materiales de aprendizaje en el hogar: libros.	Porcentaje de de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad que tienen tres o más libros infantiles en el hogar.	Numerador: Número de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad que tienen tres o más libros infantiles en el hogar. Denominador: Número total de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad. Multiplicado por 100.
CCS	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses que juegan con materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes.	Porcentaje de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados fuera (palos, rocas, animales, conchas, hojas, etc.), juguetes hechos en el hogar o juguetes que provienen de una tienda.	Numerador: Número de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados fuera, juguetes hechos en el hogar o juguetes que provienen de una tienda. Denominador: Número total de niñas y niños de 0 a 59 meses de edad. Multiplicado por 100.

Código	Nombre del indicador	Definición	Cálculo
EMSMNA	Proporción de niñas y niños con sospecha de neumonía que son llevados a un prestador de servicios de salud apropiado.	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con síntomas de neumonía (tos y respiración rápida o difícil, debido a un problema en el pecho) en las dos semanas anteriores a la encuesta, para los que se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud.	El numerador es el número de niñas y niños menores de 5 años con síntomas de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta, para los que se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud. El denominador es el número total de niñas y niños menores de 5 años con síntomas de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta. Multiplicado por 100.
EMSMNA	Proporción de niñas y niños con diarrea que reciben Sales de Rehidratación Oral (SRO).	Porcentaje de niñas y niños menores de 5 años con diarrea, durante las dos semanas que precedieron a la encuesta y que recibieron sales de rehidratación oral (sobres de SRO o fluidos preempaquetados de SRO).	El numerador es el número de niñas y niños menores de 5 años con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, que recibieron SRO. El denominador es el número total de niñas y niños menores de 5 años con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Multiplicado por 100.
EMSMNA	Proporción de niñas y niños menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna.	Proporción de lactantes de 0 a 5 meses que se alimentan exclusivamente con leche materna, para un año dado.	El valor de este indicador proviene de las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS y UNICEF recopilan en conjunto de datos sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño; dentro de las fuentes de información consultadas están el Banco de Datos Mundial de la OMS sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding), encuestas nacionales de salud o de nutrición, Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Fórmula: $(A/B) \times 100$ Numerador (A): Número de lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solo leche materna durante el día anterior, en un determinado país y año. Denominador (B): Número total de lactantes de 0 a 5 meses de edad, para el mismo país y año.
EMSMNA	Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil/reproductiva.	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una concentración de hemoglobina menor a 120 g/L para mujeres que no están embarazadas y mujeres que amamantan, y menor a 110 g/L para mujeres embarazadas, ajustado según altitud y tabaquismo. Este indicador considera el total de las mujeres en edad reproductiva que padecen anemia, independientemente de la gravedad (leve, moderada o severa).	El valor de este indicador proviene de las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en datos recolectados principalmente a través de encuestas poblacionales con representatividad a nivel nacional, que consideren la medición de la concentración de hemoglobina en sangre en mujeres de 15 a 49 años. Dentro de estas encuestas están las Encuestas de Demografía y Salud, las Encuestas por Conglomerados de Indicadores Múltiples, las Encuestas de Salud Reproductiva y las Encuestas de Indicadores de la Malaria. Los datos se recopilan en el Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales

			(VMNIS) de la OMS (https://www.who.int/teams/utrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system), la que también contiene datos sobre otros micronutrientes en la población.
EMSMNA	Proporción de mujeres gestantes que recibieron 4 o más consultas de atención prenatal.	Número de mujeres con un nacido vivo que recibió cuatro o más controles prenatales durante su embarazo, con respecto al total de nacidos vivos en un año dado. Expresado como porcentaje, independientemente de la gravedad (leve, moderada o severa).	Numerador: Número de mujeres con un nacido vivo que han recibido cuatro consultas o más de atención prenatal en un año determinado. El dato abarca la atención en todos los sectores, como el privado, público y social. Denominador: Número total de mujeres con un nacido vivo durante el mismo período. Los datos provienen de los sistemas de información rutinarios de los países.
EMSMNA	Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6- 23 meses.	Proporción de niñas y niños entre 6 y 23 meses de edad con valores de hemoglobina en sangre por debajo de 11 g/dL, independientemente de la gravedad (leve, moderada o severa).	Numerador: Número de niñas y niños entre 6 y 23 meses con hemoglobina en sangre menor de 11 g/dL. Denominador: Número total de niñas y niños entre 6 y 23 meses. Multiplicado por 100.





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>