

» La política de desarrollo infantil temprano en el Perú y el impacto de la Covid-19**

Durante los últimos veinte años, el Perú ha desarrollado una política integral de desarrollo infantil temprano (DIT), posicionándose como un referente internacional en la materia. La política de DIT del Perú se basa en tres pilares fundamentales: 1. la alineación del presupuesto con actividades; 2. la priorización de servicios preventivos; 3. la complementariedad de programas sociales focalizados. Un trabajo intersectorial e intergubernamental alrededor de estos pilares ha logrado avances importantes en materia de DIT, el más relevante de los cuales es la reducción de la desnutrición crónica infantil de 28% en 2005 a 12,2% en 2019: uno de los mayores niveles de reducción a nivel global (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020). Sin embargo, ante el nuevo escenario de la pandemia de Covid-19, estos avances deben hacer frente a algunos desafíos: la anemia infantil aún afecta al 40,1% de niñas y niños de entre 6 y 35 meses de edad. Asimismo, la pandemia ha resultado en el cierre temporal de servicios, acentuando la urgencia de reforzar acciones para continuar con el soporte a las familias y sus niños pequeños.

La política de DIT en el Perú

El Perú decidió redoblar esfuerzos en su política de DIT alrededor de 2007, luego de analizar la evidencia que sustentaba la necesidad de invertir en esta materia. Para empezar, el DIT es un proceso que abarca desde la gestación hasta los 5 años de vida, un período crítico para el ser humano. Alrededor de 85% del cerebro se desarrolla en esta etapa y 50% de las capacidades cognitivas son determinadas por lo que sucede en el entorno de los niños (Banco Mundial, 2014). Asimismo, los tomadores de decisiones en Perú notaron cómo las experiencias a temprana edad tienen un impacto duradero en la formación de capital humano del país, y cómo la falta de inversión en esta etapa reducirá las oportunidades de las personas para superar trampas de la pobreza y ser más productivos en el futuro.

En base a esa información, se alinearon las siguientes acciones para asegurar un enfoque adecuado al DIT:

a. Alineación del presupuesto con actividades

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) jugó un papel fundamental al alinear el presupuesto con metas específicas ligadas a la planificación local para la obtención de resultados. La adopción del modelo de Presupuesto por Resultados (PpR) en 2007 posibilitó la vinculación explícita entre los objetivos y las herramientas de política con el presupuesto. De esta manera, el MEF lideró el diseño y la implementación de programas multisectoriales basados en resultados, que incluía el Programa Articulado Nutricional. A través de este programa, se canalizaron recursos destinados a cerrar brechas de servicios preventivos clave para la desnutrición crónica infantil (DCI): inmunización, controles de crecimiento y desarrollo (CRED) y consejería (sesiones demostrativas). En términos de planificación, el PpR estuvo alineado con estrategias de mejora de cobertura de servicios a nivel territorial (Estrategia Crecer). Finalmente, se desarrollaron mecanismos de incentivos entre el nivel central y los niveles subnacionales para promover que estos prioricen actividades vinculadas al DIT. Entre estos mecanismos, se cuenta el Fondo de Estímulo al Desempeño, implementado entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el MEF y cada una de las regiones del país (Unicef y Diálogo Interamericano, 2021).

b. Priorización de servicios preventivos

En principio, el PpR permitió que las regiones incrementaran sus recursos destinados al Desarrollo Infantil. Del mismo modo, el Gobierno central suscribió Convenios de Apoyo Presupuestario con las regiones que registraban las tasas más altas de desnutrición infantil y los mayores déficits en la cobertura de servicios. La estrategia que se utilizó a continuación fue la universalización de servicios preventivos, empujando por las regiones con peores indicadores. Por ejemplo, si bien el Perú cuenta

con un esquema completo de vacunación, se estableció como prioridad la vacunación contra el neumococo y el rotavirus, ya que estas vacunaciones son vectores importantes para detener episodios de infecciones respiratorias y diarreas, que son determinantes clave para la malnutrición (Marini, Rokx y Gallagher, 2017). Estos esfuerzos llevaron a que el porcentaje de niños menores de 12 meses vacunados contra el rotavirus y el neumococo se elevara a más del triple entre 2009 y 2016, de 25% a 79%, y que el porcentaje de niños menores de 36 meses con controles preventivos se duplicara y pasara de 28% a 58% en el mismo período (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2020).

c. Complementariedad de programas sociales

El enfoque de universalización de servicios preventivos se complementó con una reforma y escalamiento de programas sociales focalizados. En 2011 el Gobierno creó el MIDIS, institución rectora del sector de protección social en el país. Con su creación, se trasladaron cinco programas sociales bajo el nuevo Ministerio, incluyendo los programas Juntos y Cuna Más. Juntos es un programa de transferencias monetarias condicionadas que brinda incentivos a los hogares más pobres con la finalidad de que sus niños atiendan servicios de salud, nutrición y educación; cuenta con una cobertura de aproximadamente 700.000 hogares. Cuna Más, por otra parte, tiene como objetivo mejorar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de niños menores de 3 años en condición de pobreza, a través de dos modalidades de atención: centros de cuidado diurno (guardería) y servicio de acompañamiento familiar (visitas al hogar de niños pequeños). A principios de 2020, Cuna Más brindó servicios a más de 170.000 familias, incluyendo 55.000 niños que asistían a guarderías, así como 105.000 niños y 10.000 mujeres embarazadas que recibieron visitas domiciliarias en zonas rurales.

* Unidad de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

** Este texto refleja la opinión personal de los autores y no debe interpretarse como una posición del Banco Mundial.

Los impactos de la Covid-19 en el DIT

El trabajo conjunto sobre estos tres pilares supuso grandes avances para el Perú. Sin embargo, a medida que la pandemia de Covid-19 sigue su curso, la primera infancia se encuentra en una posición especialmente vulnerable. Como respuesta a la pandemia, se cerraron instituciones educativas y guarderías de Cuna Más. Las medidas de distanciamiento social también tuvieron un impacto en el acceso a servicios de salud y protección social, incrementando el riesgo de una nutrición deficiente para niños, además de incrementar eventos de violencia en el hogar (Guerrero, 2021).

Se pueden hacer estimaciones de este impacto. Un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés) presenta una mirada al efecto de la pandemia sobre indicadores de desarrollo infantil para los años 2020 y 2021, empleando como base la caída de ingresos de los hogares. El estudio (Unicef, 2021) estima que el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con anemia se incrementaría de 40,1% en 2019 a 50,8% en 2020. Del mismo modo, se espera que el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que cuentan con vacunas básicas completas para su edad se reduzca de 78,6% en 2019 a 70,1% en 2020, poniendo en peligro –al menos temporalmente– los avances conseguidos por la política de DIT en el Perú.

La respuesta frente a los desafíos y retos pendientes

La pandemia ha acentuado la urgencia de reforzar acciones para atender a la primera infancia. Es por ello que el Gobierno, principalmente a través del MIDIS, adaptó la implementación de sus principales programas sociales durante 2020.

Por un lado, Juntos expandió su afiliación al incorporar 442.618 hogares adicionales de manera temporal, priorizando

familias pobres con niños menores de 24 meses (Bocanegra Ramírez, 27 de diciembre de 2020). Del mismo modo, y por primera vez desde su creación, el programa cambió sus criterios geográficos de focalización, permitiendo incorporar a distritos con niveles de pobreza superiores al 15% (diferente al 40% para la implementación regular). Este cambio permitió afiliar a 136.620 hogares pobres en áreas urbanas gravemente afectados por la pandemia. Asimismo, el programa adaptó sus condicionalidades habituales de salud a aquellas críticas para el desarrollo del niño menor de un año, incluyendo la suplementación de hierro –clave para contener el repunte de la anemia¹–. Finalmente, se aceleró la implementación de un servicio de apoyo familiar a través de Juntos para promover el uso de servicios de salud preventiva a medida que estos se van reanudando.

Del mismo modo, Cuna Más sumó 76.000 niños menores de un año como parte de su expansión temporal. Luego de la suspensión de los servicios presenciales en abril de 2020, el programa rápidamente comenzó a implementar una modalidad de servicio de consejería remota en junio de 2020. De esta forma, se reorganizaron más de 25.000 actores comunitarios voluntarios para hacer el seguimiento a niños y familias a través de llamadas telefónicas, SMS, WhatsApp, radios locales y altavoces comunitarios –en zonas de acceso remoto–, con el fin de monitorear la salud, nutrición y bienestar de los niños, así como para brindar información sobre Covid-19. Cuna Más también implementó diversas estrategias de comunicación complementarias, como la distribución de folletos educativos, *podcasts*, videos e imágenes a través de redes sociales para promover el desarrollo cognitivo y emocional del niño. El desarrollo de esta estrategia de adaptación temporal recibió asimismo soporte técnico del Banco Mundial.

A manera de conclusión, se puede rescatar una serie de aprendizajes de la experiencia peruana para el desarrollo infan-

til y su manejo de la pandemia. En primer lugar, la provisión de servicios integrados para el DIT requiere el involucramiento de múltiples actores en todos los niveles –desde el nacional hasta el local– y la participación de distintos sectores. Una forma de lograr esto es a través de la alineación de planes, presupuestos y resultados. Para ello es importante: 1. contar con un proceso presupuestario que se oriente al logro de resultados, con un foco en el niño y el entorno directo de las familias; 2. basar las decisiones en la mejor evidencia disponible, así como en los procesos de planificación local (Unicef y Diálogo Interamericano, 2021). 3. Asimismo, los programas sociales pueden complementar los esfuerzos para el cierre de brechas de servicios preventivos al promover un aumento de la demanda de su uso en la población más pobre. 4. Finalmente, los programas deben incluir mecanismos flexibles que permitan su expansión y adaptación rápidas en caso de un shock externo en los hogares, como lo ha sido la presente pandemia.

REFERENCIAS

- Banco Mundial (2014). Jamaica: ¿Es posible que los niños desfavorecidos alcancen alguna vez a sus pares más privilegiados? *World Bank*. Disponible en: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/362921467995665663/pdf/77086-SPANISH-Box393202B-PUBLIC-28-SP-E2P-Jamaica-Read.pdf>
- Bocanegra Ramírez, C. (27 de diciembre de 2020). Juntos afilió a 442,618 nuevos hogares en 1,594 distritos de todo el país. *Plataforma digital única del Estado Peruano*. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/municipalidad/noticias/322208-juntos-afilio-a-442-618-nuevos-hogares-en-1-594-distritos-de-todo-el-pais>
- Decreto Supremo 010-2020-MIDIS, que aprueba los Lineamientos para la implementación de las intervenciones temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para el año 2020 frente a la pandemia COVID-19, en el marco de lo dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 095-2020. 20 de agosto de 2020. Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/1108718-010-2020-midis>
- Guerrero, G. (2021). Midiendo el impacto de la COVID-19 en los niños y niñas menores de seis años en América Latina: Mapeo de encuestas en curso y sistematización de lecciones aprendidas. *Diálogo Americano*. Disponible en: <https://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2021/01/Midiendo-el-impacto-de-la-Covid-19-en-los-ninos-y-ninas-menores-de-seis-anos-en-America-Latina-2.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Encuesta demográfica y de salud familiar. *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
- Marini, A., Rokx, C. y Gallagher, P. (2017). Standing tall: Peru's success in overcoming its stunting crisis. *World Bank*. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/28321/17053-OUO-FINAL-Peru-book-FA-SINGLE-PAGES-with-cover.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Unicef (2021). COVID-19: Impacto de la caída de los ingresos de los hogares en indicadores de salud y educación de las niñas, niños y adolescentes en el Perú: Estimaciones 2020-2021. *Unicef*. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/9656/file/Policy%20Brief.pdf>
- Unicef y Diálogo Interamericano (coord.) (2021). Presupuesto por resultados para el desarrollo infantil temprano: El caso de Perú. *Unicef*. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/20636/file/Presupuesto-por-resultados-para-el-desarrollo-infantil-temprano-El-caso-de-Peru.pdf>

1. Se priorizan las vacunas del neumococo, rotavirus y la suplementación de hierro necesaria para prevenir la anemia, lo cual se determina mediante el Decreto Supremo 010-2020-MIDIS (20 de agosto de 2020).