RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN PANAMÁ

RAIPI: Un modelo de articulación para la Atención de la Primera Infancia

Consejo Asesor de la Primera Infancia

Paipi
Programa de Atención Integral a la Primera Infancia

BID

RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN PANAMÁ

Un modelo de articulación para la Atención de la Primera Infancia

Consejo Asesor de la Primera Infancia

Paipi
Programa de Atención Integral a la Primera Infancia

BID

Glosario

AIN-C	Atención Integral a la Niñez con Participación Comunitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAPI	Consejo Asesor de la Primera Infancia
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEFACEI	Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial
CEIC	Centros de Educación Inicial Comunitarios
COAI	Centro de Orientación y Atención Integral
COIF	Centro de Orientación Infantil y Familiar
CSS	Caja del Seguro Social
DPD	Despacho de la Primera Dama
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
EIH	Educación Inicial en el Hogar
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
IPHE	Instituto Panameño de Habilitación Especial
MEDUCA	Ministerio de Educación
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PAIPI	Plan de Atención Integral a la Primera Infancia
PAISS + N	Plan de Atención Integral de Servicios de Salud + Nutrición
PSPV	Protección en Salud para Poblaciones Vulnerables
RAIPI	Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia
RdO	Red de Oportunidades
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SENNIAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
STGS	Secretaría General del Gabinete Social
UBA	Unidades Básicas de Atención (programa PAISS+N)
UDELAS	Universidad Especializada de las Américas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Tabla de Contenido

CAPITULO I.
¿Qué es una Ruta de Atención para la Primera Infancia?
¿Por qué es importante para Panamá? 5

CAPITULO II.
La Ruta de Atención Integral para la Primera Infancia en Panamá 8

A. La Ruta de Atención y los Derechos del Niño 9
i) Derecho a crianza con pautas adecuadas: 10
ii) Derecho a la atención de salud y nutrición: 11
iii) Derecho al aprendizaje temprano 14
iv) Derecho a la identidad 15

B. Las Atenciones de la Ruta de Atención 17
i) Crianza con pautas adecuadas 23
ii) Salud y Nutrición 30
iii) Aprendizaje Temprano 37
iv) Identidad 43

C. Los servicios de la Ruta de Atención 45
i) Crianza con pautas adecuadas 45
ii) Salud y Nutrición 50
iii) Aprendizaje temprano 63
iv) Identidad 70

CAPITULO III.
¿Cómo se implementaría la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia en Panamá? 74

A. El marco institucional para la RAIPI 74
i) Primer nivel: la gobernanza institucional de la RAIPI 75
ii) Segundo nivel: trabajo intersectorial en clave de derecho 79
iii) Tercer nivel: propuesta de institucionalidad de intervención en el territorio de la RAIPI 81

Bibliografía 84

CAPITULO I.
¿Qué es una Ruta de Atención para la Primera Infancia? ¿Por qué es importante para Panamá?

La experiencia internacional, respaldada por un importante acervo de investigaciones, demuestra que asegurar un crecimiento y desarrollo saludable e integral de los niños y las niñas pequeñas es una inversión que fomenta mayor equidad social, que potencia los impactos de otras políticas de salud, educación e integración social traduciéndose en retornos económicos tangibles.

Estas investigaciones han demostrado que el desarrollo cognitivo y psicosocial de las personas está directamente relacionado con el desarrollo del cerebro. En particular Shonkoff y Phillips (2000)1 muestran que el mayor desarrollo del cerebro (cognitivo y no cognitivo) ocurre durante el primer año de vida, y los estímulos externos son cruciales para el desarrollo de la red neuronal, mostrando además que es en este tiempo donde ocurre un verdadero "moldeado" de la carga genética a partir de los estímulos que llegan del medio ambiente.

También James Heckman, Premio Nobel de Economía (2000), ha argumentado a favor de dicha conceptualización del desarrollo, al señalar que las habilidades no cognitivas, así como habilidades cognitivas juegan un papel importante en el futuro rendimiento escolar, la productividad, y la probabilidad de convertirse en un criminal; por tanto concluyen que las intervenciones para mejorar tanto las habilidades no cognitivas como las cognitivas, probablemente tengan un mayor efecto a largo plazo cuando se realicen en las edades más tempranas (Heckman y Masterov, 2005).[2]

Hoy el conocimiento es concluyente sobre que las condiciones de crecimiento y desarrollo alcanzadas en los primeros años de vida, al afectar el desempeño futuro de los individuos interrumpe la reproducción intergeneracional de la pobreza y revierte la inequidad social, ya que equipara las condiciones de los individuos desde el inicio de la vida.3

Con este conocimiento, Panamá y varios países de la región han avanzado en el diseño de políticas para la primera infancia. Siguiendo los lineamientos de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y del Compromiso Hemisférico (2007), a fines del 2009 el Estado Panameño creó el Consejo Asesor de la Primera Infancia (CAPI) presidido por la Primera Dama y conformado por representantes del más alto nivel de los Ministerios de Salud (MINSA), Educación (MEDUCA) y Desarrollo Social (MIDES), así como de entidades del sector privado y ONG con importante trayectoria de trabajo con la niñez, con el objetivo de estructurar un Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia que acompañe, proteja y apoye integralmente a todos los niños y niñas panameñas y sus familias.

1 Shonkoff y Phillips, 2000. National Research Council and Institute of Medicine. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, D.C.: National Academy Press.

2 Heckman y Masterov, 2005. The productivity argument for investing in young children. Chicago: University of Chicago.

3 La evidencia de las ciencias económicas demuestra que la inversión social en primera infancia tiene el poder de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza (Sen, 1999) y que la tasa de retorno de la inversión en programas y políticas públicas para los primeros 6 años de vida puede llegar a 8 veces lo invertido. Esta tasa va disminuyendo a medida que aumenta la edad del grupo intervenido (Carneiro y Heckman, 2003).

Con estos lineamientos, el CAPI lanza a mediados del 2011 el "Plan de Atención Integral de la Primera Infancia de Panamá" (PAIPI Panamá), un horizonte de implementación de política pública a 20 años con la misión de "facilitar la adopción de una política pública dirigida a la primera infancia en Panamá que permita al Estado, a las instituciones y a los actores relacionados con el tema, articular propuestas, programas y líneas de acción que aseguren el desarrollo integral de la población de cero a seis años"4 (PAIPI, 2011, pág. 54). Para ello define 10 productos estrella (PE) que son estudios y/o actividades organizados en cuatro objetivos estratégicos (Posicionamiento, Monitoreo y Evaluación, Articulación de Servicios y Articulación Financiera) para establecer la plataforma conceptual, operativa y financiera que asegurará una atención efectiva a la primera infancia en territorio panameño.

Con base en los objetivos explícitos enunciados en el PAIPI y apoyándose en los fundamento aportados por la evidencia científica actual, el CAPI con el apoyo técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en un proceso de creación colectiva, diseñó la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia (RAIPI), como una herramienta de articulación institucional para el pleno ejercicio de los derechos de todos los niños y niñas menores de 6 años desde su etapa prenatal.

La Ruta es una construcción conceptual que traza la secuencia de atenciones planificadas, continuas y permanentes, que contribuyen a la atención integral y a la garantía de los derechos de cada niño y niña. Implícita en la lógica de diseño y posterior funcionamiento de la RAIPI está la idea de que el cumplimiento efectivo de los derechos de un niño está sujeto a que ocurran determinadas atenciones, que se materializan en servicios concretos dados por una o varias instituciones articuladas en función a la atención por etapa vital.

La construcción de la RAIPI se inició en febrero de 2012 en la primera reunión anual del CAPI, en un proceso colectivo que involucró a funcionarios de alto mando, técnicos y beneficiarios. En el proceso de diseño se sostuvieron tres reuniones informativas con el CAPI, cinco talleres con el Comité Técnico (CT) del CAPI y varias visitas de campo. En los talleres del Comité Técnico participaron directivos y técnicos de las mismas instituciones del CAPI, en adición a otras como la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF), la Caja del Seguro Social (CSS), el Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), la Contraloría General de la República, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el Tribunal Electoral, y la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS). Estos talleres fueron complementados con recolección y procesamiento de información específica de las instituciones involucradas, trabajo que también contó con la activa participación y compromiso de los técnicos y directivos de dichas instituciones. Por último, en las visitas de campo participaron tanto prestadores como beneficiarios de servicios y programas vinculados a la salud, nutrición, educación inicial e identidad que hoy en día atienden a la primera infancia en Panamá.

El diseño e implementación de la RAIPI en tanto herramienta de articulación es importante para Panamá por las siguientes razones:

i. Mejora las condiciones y garantías para el efectivo ejercicio de derechos de todos los niños y niñas panameñas según se consagran en la CDN, ratificada por Panamá en el año 1990 (Ley No. 15). La RAIPI facilita al Estado el ejercicio de su rol de garante de los derechos para estos niños y niñas que según el último censo del 2010 son 387,702.

ii. Permite brindar una atención integral centrada en el niño, ofreciendo apoyo simultáneo

4 Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Asesor de la Primera Infancia, 2011. Plan de Atención Integral de la Primera Infancia. Ciudad de Panamá, Panamá.

en las distintas áreas que conjugan su desarrollo: salud, educación, identidad, crianza adecuada, entre otros. Con la RAIPI, Panamá cuenta con una herramienta de política pública que le permite ordenar y planificar todas las iniciativas, prestaciones, servicios y programas orientados a la infancia, lo cual es necesario dada la multidimensionalidad del desarrollo infantil, asegurando que en cada uno de los ámbitos en los que transcurre la vida de las niñas y los niños cuenten con las condiciones necesarias que hagan posible su desarrollo y garanticen el ejercicio pleno de derechos.

iii. Genera espacios de coordinación intersectorial de iniciativas, prestaciones, y programas orientados a la infancia, lo cual es necesario dada la multidimensionalidad del desarrollo infantil, sin que ninguna de las instituciones comprometidas pierda su propia especificidad, por el contrario a partir de sus propias misiones coadyuvando a fortalecer sus capacidades de ejecución en cobertura y calidad.5

iv. Sienta las bases para un sistema de monitoreo y seguimiento individualizado, ya que al ilustrar las atenciones que "deben ocurrir" en la vida de todo niño, provee una base conceptual al desarrollo de un sistema de seguimiento de la trayectoria de cada niño, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar formal. Este sistema permitirá verificar y supervisar que efectivamente cada niño/a está recibiendo las atenciones que requiera para su desarrollo integral y que estén previstas en la Ruta, a través del acceso a los distintos programas y servicios en donde esas atenciones se concretan. Se podrá realizar, a nivel individual, el seguimiento de la atención oportuna (en el momento del ciclo vital que debe ocurrir), así como la identificación de las situaciones de riesgo o vulneración que deben ser atendidas de forma especial.

v. Permite crear un marco jurídico sólido para las políticas de primera infancia. Tal como lo resaltan Vegas, E. y Epstein Devercelli, A. (2011) a partir de una revisión amplia de políticas y programas dirigidos a la primera infancia, se requiere de un marco jurídico para dichas políticas que les otorgue garantías para su financiamiento y respaldo normativo a la coordinación interinstitucional requerida. Como se verá en el desarrollo de este documento, la RAIPI incluye el diseño institucional necesario para el gobierno de la RAIPI y de las políticas y programas dirigidos a la primera infancia en Panamá.

5 La RAIPI no implica que cada institución o sector pierda su especificidad, lo que sí requiere es que se trabaje teniendo en cuenta lo que hacen las demás. Ello implica, por ejemplo, que en la RAIPI la atención de la mujer embarazada no es vista como un tema "a resolver" exclusivamente por el sector salud, sino que otras instituciones deben formar parte de ella (por ejemplo apoyando la identificación y derivación; sensibilizando sobre la importancia de los controles salud durante el embarazo en charlas o talles con mujeres y varones, etc.).

CAPITULO II.
La Ruta de Atención Integral para la Primera Infancia en Panamá

Recuadro 1: Conceptos básicos de la RAIPI

Ruta de Atención Integral para la Primera Infancia (RAIPI): Traza la secuencia de atenciones planificadas, continuas y permanentes, que contribuyen a la atención integral y a la garantía de los derechos de cada niño.

Derechos: derechos fundamentales que guían el desarrollo integral de la primera infancia.

Atenciones: conjunto de acciones que deben ocurrir en forma adecuada y oportuna para apoyar la verificación de los Derechos.

Servicios: programas o prestaciones que se brindan para que se materialicen la Atenciones.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la Ruta es una construcción conceptual que traza la secuencia de atenciones planificadas, continuas y permanentes, que contribuyen a la atención integral y a la garantía de los derechos de cada niño. Implícita en la lógica de diseño y posterior funcionamiento de la RAIPI está la idea de que el cumplimiento efectivo de los derechos de un niño está sujeto a que ocurran determinadas atenciones, que se materializan en servicios concretos dados por una o varias instituciones articuladas en función a la atención por etapa vital.

La lógica de la Ruta basada en el ejercicio pleno de derechos infantiles con atención integral relaciona tres niveles de concreción diferentes:

a. **Derechos** básicos de la población de primera infancia para garantizar el desarrollo integral de los niños panameños. La Ruta identifica cuatro derechos cuya ocurrencia es necesaria para garantizar un adecuado desarrollo de los niños y niñas panameños durante su primera infancia. Estos son: i) Crianza con pautas adecuada para que cada niño, niña cuente con padres, madres o cuidadores capaces de poner en práctica el cuidado físico y afectivo que fomente su desarrollo a partir de reconocerlos como sujetos de derechos; ii) Salud y nutrición para que todos los niños y niñas en Panamá sean adecuadamente monitoreados en su crecimiento y desarrollo y cuenten con un buen estado nutricional para que puedan disfrutar del nivel más alto posible de salud; iii) Aprendizaje temprano para que todos los niños y niñas, ya sea en centros especializados o en sus hogares o comunidad, sean apoyados para promover el desarrollo armónico de los aspectos intelectuales, socio-emocionales y psicomotores; iv) Identidad, para que todo niño o niña sea reconocido por el Estado como sujeto jurídico con derechos.

b. **Atenciones** que son un conjunto ordenado de acciones que deben ocurrir en forma adecuada y oportuna para que los Derechos puedan efectivizarse. Por atención adecuada se entiende que la misma se haga efectiva en los niños y niñas haciendo uso de lineamientos técnicos, estándares específicos definidos en base a las mejores prácticas, recomendaciones internacionales y mecanismos de monitoreo y evaluación; en tanto que por atención oportuna se entiende que ésta se concreta efectivamente en el momento o etapa vital correspondiente.

c. **Servicios**, son programas o prestaciones que materializan las Atenciones y que son ejecutadas por las diferentes organizaciones públicas y privadas a través de dos grandes categorías: (i) Servicios principales: son aquellos servicios, programas, prestaciones o proyectos que implementa la atención requerida según etapa vital; y (ii) Servicios complementarios: son aquellas prestaciones que cumplen un rol de apoyo a los servicios principales.

A. La Ruta de Atención y los Derechos del Niño

La Ruta se enmarca en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y como tal reconoce que los niños menores de 6 años desde su etapa prenatal son sujetos de derechos. Los lineamientos de la Observación No. 7 dada por el Comité de los Derechos del Niño acerca de la realización de los derechos del niño en la primera infancia señala que "deben abandonarse creencias tradicionales que consideran la primera infancia principalmente un período de socialización de un ser humano inmaduro, en el que se le encamina hacia la condición de adulto maduro". La Convención exige que los niños, en particular los niños muy pequeños, sean respetados como personas por derecho propio. Los niños pequeños deben considerarse miembros activos de las familias, comunidades y sociedades, con sus propias inquietudes, intereses y puntos de vista. En el ejercicio de sus derechos, los niños pequeños tienen necesidades específicas de cuidados físicos, atención emocional y orientación cuidadosa, así como en lo que se refiere a tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje sociales". El mismo documento señala que "los primeros años de los niños pequeños son la base de su salud física y mental, de su seguridad emocional, de su identidad cultural y personal y del desarrollo de sus aptitudes".6

En este marco, la Ruta pone el énfasis en cuatro Derechos vinculados directamente con las áreas principales o claves del desarrollo infantil en sus primeras edades: crianza, salud y nutrición, aprendizaje temprano e identidad, los cuales se detallan a continuación y su relación con los Derechos contenidos en la CDN:

6 Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, 2005. Observación General No. 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Ginebra, Suiza.

i) Derecho a crianza con pautas adecuadas

La RAIPI asume el concepto de pautas de crianza como "el entrenamiento y formación de los niños por los padres o por sustitutos de los padres....donde convergen tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza. Las pautas se relacionan con normas no escritas, cultural e históricamente condicionadas que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos. Las prácticas de crianza son acciones, comportamientos aprendidos de los padres ya sea a raíz de su propia educación como por imitación usadas para guiar la conducta de los niños. Finalmente, las creencias hacen referencia al conocimiento acerca de cómo se debe criar un niño, a las explicaciones que brindan los padres sobre la forma como encausan las acciones de sus hijos....." (Izzedin y Pachajoa, 2009).

Estas creencias, prácticas y expectativas de comportamiento de lo que debe hacer o no un niño o niña conforme va avanzando en edad, son desarrolladas por todas las sociedades desde las más simples hasta las más complejas.

Cuando en 1989 se da la Convención sobre los Derechos del Niño se escriben Normas que por un lado rompen el paradigma de lo que es un niño o una niña y por otro reorientan su crianza. Hasta antes de la Convención las prácticas de crianza se guiaban por una concepción en la cual los niños y las niñas eran incapaces. Sus aparentes limitadas capacidades al nacer, de valerse por sí mismo para sobrevivir crearon una imagen social de los niños y las niñas como seres sin capacidades para relacionarse, comunicarse, entender el mundo que lo rodea, una imagen de objeto que se expresó en estilos de crianza que se mueven entre los extremos del "autoritarismo donde la obediencia y la disciplina son valores máximos limitando toda posibilidad de autonomía y creatividad del niño y la niña o el del estilo permisivo que puede llegar a la negligencia con padres que no asumen su responsabilidad de orientación y de cuido". (Izzedin y Pachajoa, 2009). La CDN rompe este paradigma y lo reconoce como sujeto de derechos, es decir, como un ser con capacidad de reaccionar, transformar, influir, comunicarse, relacionarse desde su propia originalidad, su propia individualidad, como seres activos de su propio aprendizaje.

Este cambio de paradigma implica un nuevo tipo de estilo de crianza ligado al desarrollo en el niño de su propia ciudadanía que tal como recoge el documento de PAIPI está basado en tres dimensiones:

Tener parte: ser asumido y aprender a asumirse como sujeto de derechos personales y colectivos, en un ambiente, sociedad y país que le brinda las condiciones para disfrutar de esos derechos.

Ser parte: a partir de la conciencia de sus derechos, desarrollar gradualmente la identidad con su contexto reconociéndose como perteneciente a un todo (una familia, un país, un grupo); identificarse con las situaciones, internalizar estructuras, valores, formas de ser y de hacer; establecer costumbres, desarrollar identidad y apego creativo.

Tomar parte: cimentada en las anteriores dimensiones, desarrollar la noción activa de su ciudadanía; estructurando la base de su compromiso como ciudadano o ciudadana y elaborando sus propias preguntas y respuestas.

En este marco de creación de ciudadanía, una crianza adecuada es aquella que basándose en los derechos del niño y de la niña asegura el desarrollo de todas las potencialidades que tiene como ser humano a través de un proceso en el cual se va enseñando al niño y a la niña

el reconocimiento, respeto y manejo de sus derechos y el de los demás. "Esta es un tipo de crianza que no se basa en el autoritarismo y el control coercitivo y que no es proclive al maltrato sino que se basa en la reafirmación de la voluntad y la capacidad de decisión de los niños y adolescente". (Izzedin y Pachajoa, 2009).

La Ruta recoge este nuevo paradigma y plantea el derecho que tiene todo niño y niña menor de 6 años desde su etapa prenatal a ser criado con pautas adecuadas, con normas que lo reconocen como una persona sujeto de derechos, con creencias basadas en el conocimiento de los nuevos adelantos científicos que ilustran sobre el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su etapa prenatal y con prácticas de crianza que acentúan las tres dimensiones de su ciudadanía: tener parte, ser parte y tomar parte.

El Derecho de crianza con pautas adecuadas se relaciona con el Artículo 18 de la CDN, donde se establece que: "ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño… los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños." También se relaciona con el artículo 5 que reconoce el deber del Estado de respetar "las responsabilidades, derechos y deberes de los padres, familia ampliada, comunidad, tutores o cuidadores del niño, de impartirle en consonancia de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la Convención."

ii) Derecho a la atención de salud y nutrición:

La Convención de los Derechos del Niño señala en su artículo 24 que "los Estados partes reconocen el Derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud". En el marco de la Ruta este Derecho abarca desde la etapa prenatal entendiendo que el más alto nivel posible de salud está relacionado a un estado de bienestar físico y mental como producto del manejo y ejercicio de competencias familiares para el autocuidado de la salud, de ambientes adecuados y de servicios sanitarios de prevención, control y tratamiento, oportunos, accesibles y de calidad.

Este Derecho está íntimamente relacionado al derecho a la supervivencia que da sentido a todos los demás derechos. Esto exige la necesidad de asegurar, desde la gestación hasta los primeros años de vida, que todos los niños y niñas gocen del cuidado de su salud y nutrición adecuadas que les permita comenzar a vivir de manera saludable. En este contexto, la lactancia materna, el acceso a agua potable limpia y a una correcta alimentación son esenciales.

La primera infancia es una etapa de particular riesgo para la desnutrición, considerando el alto grado de necesidad y bajas cantidades de alimentos consumidos. Las causas inmediatas de la desnutrición durante los primeros 2 años de vida—lo cual tiene impacto a lo largo de la vida e influye la productividad de adultos al largo plazo—incluye el consumo de alimentos y nutrientes inadecuadas y su interacción con las enfermedades infecciosas.7 Por lo tanto, es de vital importancia que la cantidad de alimentos durante este periodo sean suficientes y cumplan con una densidad de micronutrientes apropiado, y que la prevención y tratamiento de enfermedades sea priorizada. Los programas dirigidos a la salud y nutrición en la primera

7 Organización Mundial de la Salud, 2003. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: OPS.

infancia deben hacer énfasis en la higiene y la manera de alimentar a los niños, reconociendo el contexto de poblaciones particularmente vulnerables (por ej., limitaciones de ingresos, factores que influyen en seguridad alimentaria de los hogares, normas culturales).

Los impactos de salud y nutrición experimentados a lo largo de la primera infancia son varios. Las actuales evidencias científicas han señalado que los efectos de lo que ocurre durante el período de embarazo y los primeros años de vida de un ser humano suelen ser duraderos y en algunos casos, permanentes. Durante la gestación y hasta los 3 años de vida se desarrollan muchas de las estructuras del cerebro y se establece todo un sistema de interconexiones esenciales para su correcto funcionamiento y el de todo el sistema nervioso central. Con estas bases la Ruta recoge la importancia de la etapa prenatal en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. El Derecho a la supervivencia, salud y nutrición engloba al binomio madre-hijo por lo cual debe prestarse debida atención a los cuidados de salud y nutrición prenatales, la atención del parto y cuidados postnatales, así como la adecuada asesoría para el cuidado de su respectiva salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la importancia de una nutrición correcta, es decir aquella que permite el desarrollo de las capacidades del cuerpo humano, la evidencia científica señala que en el período de la primera infancia el control del estado nutricional de los niños y niñas es imprescindible. Se sabe ahora que la desnutrición fetal en los primeros años de vida incide negativamente en el desarrollo de las conexiones cerebrales, causando daños en muchos casos irreversibles. Por eso, la desnutrición puede impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo. "Cuando no hay suficiente comida, el cuerpo tiene que tomar una decisión sobre cómo invertir la cantidad limitada de sustancias alimenticias disponibles. Primero está la supervivencia, luego el crecimiento. En cuanto a la nutrición, el cuerpo parece que está obligado a clasificar el aprendizaje en último lugar. Es mejor ser estúpido y estar vivo a ser inteligente y estar muerto" (Sagan 1994).8

> La investigación formativa realizada para el diseño del AIN-C en Panamá reportó que los alimentos consumidos por los niños pequeños en la Comarcas indígenas fueron arroz, banano, pan blanco, azúcar y en algunos casos huevo9. El contenido de micronutrientes en estos alimentos es bastante reducido y a pesar de que la calidad de la dieta descrita en la mencionada investigación había mejorado después de un proceso de consejería, la dieta de los niños era todavía insuficiente para cubrir las recomendaciones de zinc, vitamina C, vitamina A, hierro y calcio. Hay varias formas de experimentar una salud y nutrición inadecuada, tanto en las deficiencias sentidos como en sus efectos durante el desarrollo primario. Las deficiencias de zinc pueden causar una talla baja y vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, mientras bajas tazas de hierro, yodo y otro micronutrientes influyen el desarrollo cognitivo y motor de los niños y niñas.10-11

8 Sagan, C., A. Dryuyan.1994. "Literacy - The Path to a More Prosperous. Less Dangerous America." Parade Magazine, 6 de marzo de 1994.

9 Ministerio de Salud de Panamá. Prácticas de cuidado y alimentación infantil en las Comarcas indígenas de Kuna Yala, Ngäbe Buglé, Emberá-Wounaan y en los Distritos de Cañazas y Las Palmas (Provincia de Veraguas). Panamá, 2009.

10 García-Guerra, A., Rivera-Dommarco, J., Neufeld, L.M., et al. "Effect of three supplements with equal micronutrient content on serum zinc concentrations in Mexican children". FASEB J. 2009 23:917.13.

11 Aburto, N.J., Ramiez-Zea, M., Neufeld L.M.,et al. "The effect of nutritional supplementation on physical activity and exploratory behavior of Mexican infants aged 8-12 months". Eur J Clin Nutr. 2010; 64(6):644-651.

El consumo de alimentos distintos a la leche materna resulta en alta riesgo de exposición a patógenos, y compromete el estado nutricional del niño o niña.1213 Los daños causados por estas deficiencias durante una etapa tan crítica para el desarrollo y crecimiento son irreversibles y desafortunadamente el país no cuenta con información actualizada sobre la prevalencia de anemia y deficiencia de micronutrientes en mujeres en edad fértil y en niños y niñas.

Los efectos de invertir en la nutrición y salud durante la primera infancia puede tener consecuencias significativas para la productividad de un país, ya que varios estudios han demostrado que la inversión en nutrición durante las etapas críticas (niños menores de 2 años y mujeres embarazadas) resulta en mejor desempeño académico e ingresos más altos en la vida adulta.14

Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una nutrición adecuada durante la primera infancia cuenta con: (i) suplementación universal de vitamina A para reducir riesgo de mortalidad infantil (ii) uso regular de polvos de micronutrientes (por lo menos 60 sobres cada 6 meses para mejorar el estado de micronutrientes y reducir la anemia) (iii) suplementación diaria con hierro ácido fólico para mujeres durante el embarazo, con el fin de reducir la anemia y ayudar al crecimiento fetal (iv) promover lactancia materna como la base de la alimentación infantil y (v) la preparación de comida fortificado para menores de 2 años (en vez de comer de la "olla familiar, lo cual presenta riesgos de bajo densidad nutricional de la comida).15 Los programas de nutrición deben priorizar estas acciones, tomando en cuenta cuales opciones son más apropiadas, dado el contexto específico y los problemas existentes.

La CDN en el artículo 24 que consagra el Derecho a la Salud y Nutrición adecuadas, avanza señalando que el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar:

- Reducir la mortalidad infantil
- Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud
- Combatir las enfermedades y la malnutrición
- Asegurar atención sanitaria prenatal y post natal apropiada para las madres
- Asegurar que todos los sectores sociales y en especial las madres y padres y los niños conozcan los principios básicos de la salud y nutrición
- Desarrollar atención sanitaria preventiva
- Abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud

12 Uauy, R. and A. D. Dangour 2009.
13 Imdad, A., Sadiq, K., Bhutta, Z.A. "Evidence-based prevention of childhood malnutrition". Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2011 May;14(3):276-85.
14 Martorell, R., Melgar, P., Maluccio, J.A., et al. "The nutrition intervention improved adult human capital and economic productivity". J Nutr. 2010 Feb;140(2):411-4.
15 OMS, OPS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: OPS, 2003.

De igual forma, los Artículos 25, 26 y 27 reconocen el derecho a exámenes periódicos, seguridad social y vida adecuada, respectivamente. Por su parte el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud que abarca cuatro elementos y que la ruta lo asume como guía para el cumplimiento de este Derecho:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

iii) Derecho al aprendizaje temprano

El aprendizaje temprano se enmarca en el derecho humano a la educación reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos e impulsado como concepto abarcador para todas las edades en sucesivas convenciones, declaraciones y acuerdos internacionales en el último decenio del siglo XX16.

Según establece la Conferencia Mundial "Educación para Todos" celebrada en 1990, "la educación es un Derecho fundamental para todas las personas, mujeres, hombres de todas las edades del mundo. Cada persona, infanta, joven, adulta debe tener la oportunidad de beneficiarse de las oportunidades de la educación que le permita atender sus necesidades básicas de aprendizaje, de desarrollar sus potencialidades, sus capacidades al máximo, mejorar sus vidas y tomar decisiones…El aprendizaje comienza desde el nacimiento. Esto prevé la necesidad de cuidado infantil temprano y educación inicial"17.

En el encuentro de seguimiento de Dakar (2000), el primero de los objetivos aprobados fue: "extender y mejorar el cuidado y la educación integrales de la primera infancia sobre todo para los niños más vulnerables y desfavorecidos" 18.

16 Ver por ejemplo: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 26. Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales, Art. 13. Convención para la Eliminación de toda Formas de Discriminación contra la Mujer, Art. 10 y 14. Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Art. 5. Convención por los Derechos del Niño, Art. 28 y 29. Convención contra la Discriminación en Educación, Art. 3, 4 y 5. la Cumbre Mundial de la Tierra realizada en Río, la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de Copenhague, la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, la Conferencia Hábitat II de Estambul; la Declaración Mundial de Educación para todos, y la Afirmación de Amman.

17 Conferencia Mundial sobre Educación para Todos. JOMTIEN y Declaración Mundial de educación para Todos. 1990.

18 Conferencia Mundial sobre Educación para Todos. DAKAR 2000.

Este nuevo concepto de educación no se reduce al ambiente del aula, sino a la creación de entornos pedagógicamente concebidos en función a las características del sujeto del derecho, entornos que permitan al sujeto ser parte activa de su propio aprendizaje. En este sentido el hogar, el barrio, la comunidad, el centro de cuidado y desarrollo infantil pueden y deben ser también un ambiente de aprendizaje.

A través de la educación el niño, la niña desde el vientre va poco a poco reconociendo las voces familiares, las canciones, el calor afectivo, su entorno familiar, comunitario y en este proceso se aprende a sí mismo y se ubica formando parte de un grupo, un conjunto, un país, una humanidad. En un proceso interactivo, el entorno de aprendizaje actúa sobre él, ella despertando nuevas potencialidades que a su vez van a influir en el entorno. De este modo el proceso educativo al que los niños y niñas en la primera infancia tienen derecho es aquel a través del cual van desarrollando sus capacidades cognitivas, emocionales, físicas y sociales para el reconocimiento de su identidad, el ejercicio de la libertad y formas de convivencia. Es aquel que impulsa su creatividad, el dominio del lenguaje haciendo uso del mismo para nuevos aprendizajes. Es aquel que lo va formando como un ser que reconoce y se siente orgulloso de su propia individualidad, que reconoce y respeta la individualidad de los demás, que lo prepara integralmente para poder ser parte activa de los procesos de aprendizaje que los siguientes años de escolaridad le brinden.

Para los niños y niñas menores de 6 años desde su etapa prenatal, el derecho al aprendizaje temprano se traduce en la posibilidad de poder interactuar con adultos y/o otros niños en procesos educativos diseñados en virtud a sus características culturales y etarias, para potenciar su propio desarrollo.

De este modo, el derecho al aprendizaje temprano se enmarca en lo establecido en el Artículo 28: "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación" y el 29 que define los objetivos educativos relacionados con el desarrollo de sus aptitudes, su aprendizaje y otras capacidades, su dignidad humana, autoestima y confianza en sí mismo.

iv) Derecho a la identidad

El derecho a la identidad se trata del reconocimiento jurídico y social de una persona como sujeto de derechos y responsabilidades. Este reconocimiento jurídico le da existencia, individualidad y pertenencia a una familia, una cultura, una nación a través de un nombre y una nacionalidad. Con la identidad jurídica el Estado reconoce su existencia y por tanto acepta su responsabilidad de proteger sus Derechos.

A través de la adopción de diferentes declaraciones, pactos y convenciones, se ha ido impulsando el cumplimiento de este Derecho19. Todos ellos consignan la obligatoriedad de los Estados para que todo niño, niña sea inscrito con un nombre y nacionalidad inmediatamente después de su nacimiento señalando:

- El registro de nacimiento es importante porque es el primer reconocimiento oficial por parte del Estado de la existencia del niño. El Estado reconoce así la importancia individual de cada niño y su condición ante la ley. Los niños que no inscritos corren el riesgo de no ser visibles, no contados, no valorados afectando el nivel de disfrute de sus derechos y libertades fundamentales.

19 Ver por ejemplo el art. 24 del Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, la Observación General 17 del Comité de los Derechos Humanos, art. 7 de la Convención de los Derechos del Niño

- El registro de nacimiento es un elemento esencial para planificar la política nacional sobre la infancia, ya que proporciona los datos demográficos necesarios para desarrollar estrategias eficaces así como para reconocer las tasas de mortalidad infantil, desnutrición, entre otras indispensables para el seguimiento de sus derechos.

- Su inscripción lo protege reduciendo los riesgos de trata de niños e infantes, infanticidio, y a acceder a otros derechos, servicios públicos, inmunización, atención sanitaria, escolar.

Cuando se registra el nacimiento de un niño pasa a formar parte del grupo de personas que forman un Estado quien emite a su vez un documento que acredita su existencia con un número de identidad que en Panamá será el número para todos los documentos de identidad que pueda tener a lo largo de su existencia y que es requisito para poder hacer uso de los diferentes servicios de promoción, atención y protección que el estado ofrece. De ahí la extrema importancia de este Derecho que podemos decir es la puerta que abre a otros Derechos, por ello en la CDN es el primer derecho de acción específica que aparece en el artículo 6, inmediatamente después de los artículos de definición y principios que rigen todos los derechos.

El Derecho de identidad se corresponde con lo consagrado en el Artículo 7, numeral 1: "El niño… tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos".

Estos cuatro Derechos no excluyen ni otorgan menos importancia a los demás derechos contenidos en la CDN por las siguientes razones:

- Primero, la Ruta asume el carácter de indivisibilidad e interdependencia de los Derechos consagrados en la CDN20, haciendo que el cumplimiento de los 4 derechos inevitablemente repercuta en el cumplimiento de los otros derechos.

- Segundo, la Ruta asume como guía para el ejercicio de cada uno de los cuatro derechos los lineamientos fundamentales de la CDN como son: la no discriminación, el interés superior del niño y el derecho a que se le respete su propia cultura, religión, e idioma.

- Tercero, el ejercicio pleno de los cuatro derechos de la Ruta contemplan otros derechos como son: el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, opinión, expresión e información, al juego y la recreación, a la protección de su vida privada, y contra traslados ilícitos, violencia, descuido, trato negligente sustancias psicotrópicas, entre otros.

Al respecto el Comité de los Derechos del Niño en sus Orientaciones Generales para los Informes periódicos solicita a los Estados partes que describan las medidas para crear un medio propicio para garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño, incluido el desarrollo físico, mental espiritual, moral psicológico y social, en una forma compatible con la dignidad humana y para preparar al niño para llevar una vida individual en una sociedad libre.21 De este modo aunque los Derechos incluidos en la Ruta no abarcan explícitamente todos aquellos contenidos en la CDN, se relacionan con todos ellos transversalmente.

20 Indivisibles: no pueden dividirse o separarse en partes ni distribuirse o repartirse entre varias personas; Interdependientes: se relacionan entre sí en forma no jerárquica o de subordinación que implique que uno sea más importantes o que pueda hacerse efectivo a costa de otros.

21 UNICEF, 2002. Manual de Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño.

Finalmente, otro concepto importante relacionado con la noción de Derecho es que su reconocimiento exige la garantía de su cumplimiento. En este sentido, el artículo 4 de la CDN "establece la obligatoriedad de los Estados Partes de dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención". La RAIPI recoge este principio y en función de sus competencias misionales identifica a las instituciones rectores que se convierten en responsables directas para el cumplimiento de estos Derechos. En la Ruta, las instituciones rectoras encargadas de cada uno de los Derechos de la Ruta son:

- Para el Derecho a Pautas de Crianza Adecuada es el MIDES;
- Para el Derecho de Salud y Nutrición es el MINSA;
- Para el Derecho al Aprendizaje Temprano es el MEDUCA;
- Para el Derecho a la Identidad es el Tribunal Electoral.

B. Las Atenciones de la Ruta de Atención

Esta sección desarrolla las diferentes Atenciones a través de las cuales se concretizan los cuatro Derechos descritos en la sección anterior.

Las Atenciones, como concreción de los Derechos, son el conjunto ordenado y planificado de acciones, prestaciones y/o servicios desarrollados por las diferentes instituciones de manera adecuada, oportuna y articulada en los ámbitos en donde se desarrolla la vida de los niños y niñas: el hogar o la familia, la comunidad y las instituciones públicas o privadas. La RAIPI define cada una de las Atenciones con los respectivos hitos que la componen para definir su alcance, los parámetros para su ejecución y los indicadores que permiten el monitoreo y seguimiento de los mismos.

Se considera que una acción, prestación o servicio es adecuada cuando se realizan respetando estándares mínimos establecidos; oportuna porque se realiza en la edad respectiva; y articulada porque las diferentes instituciones cumplen roles diferentes para que en conjunto aseguren el cumplimiento de la Atención.

La calidad y oportunidad de la Atención se relaciona con las definiciones siguientes:

- Reconoce siete etapas vitales entre la gestación y los 5 años. Estas son: (i) embarazo, todo el período de gestación; (ii) parto y postparto, desde el inicio del proceso hasta 48 horas después el parto; (iii) recién nacido, hasta los 28 días de edad; (iv) 1 a 5 meses de vida (v) 6 a 24 meses de vida; (vi) 2 y 3 años de vida; y (vii) 4 y 5 años de vida. Cada una de estas etapas se sustenta en el conocimiento acumulado de las ciencias médicas, educativas y psicológicas, así como la prácticas basadas en evidencias que señalan que en cada uno de estos ciclos de vida el niño y la niña tiene un nivel de madurez que se expresa en características específicas de su desarrollo y que por lo tanto las acciones que asegurarán la Atención deberán ser diseñadas y planificadas en función a las características diferenciales de cada ciclo de vida22.

- Identifica hitos entendidos como logros mínimos necesarios al interior de una Atención cuya verificación objetiva y medible es indicativa de que la Atención ha sido provista efectivamente. Así por ejemplo, contar con un plan de parto, controles prenatales de

22 En base a estos conocimientos acumulados el Comité Técnico del CAPI definió estos 7 ciclos de vida.

acuerdo a la norma y vacunación son hitos indicativos de que la atención de salud de la mujer embarazada se llevó a cabo de modo efectivo.

- Moviliza a diferentes actores institucionales para el logro de la Atención que cumplen diferentes roles con el objetivo de que cada niño o niña cuente oportunamente con el conjunto de Atenciones contempladas en la RAIPI según su edad, contexto y condiciones particulares. Así encontramos que las instituciones asumen responsabilidades de rectoría, seguimiento y monitoreo, de ejecución de acciones principales o de ejecución de acciones secundarias. El diseño ordenado de acciones que llevan al cumplimiento de cada uno de los Hitos de Atención es más que una simple suma de programas o servicios ejecutados por instituciones; es una planificación conjunta con metas específicas para el logro de la Atención donde cada una de las instituciones involucradas asume responsabilidades individuales en función a sus objetivos misionales y ámbitos de acción.

- Establece las bases de un sistema de seguimiento y monitoreo a través de un registro unificado de acciones y derivaciones a servicios, que genera alertas cuando una Atención no ha sido brindada.23

En la medida en que las Atenciones se asocian a momentos específicos del ciclo vital, van conformando la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia presentada en el Cuadro No 1. En él los ciclos de vida se ubican en la línea horizontal y los Derechos en la línea vertical. En la convergencia se ubican las Atenciones con sus respectivos Hitos en itálicas. Este cuadro nos permite una doble lectura:

- Primero, leída de modo vertical nos brinda información acerca de las Atenciones e Hitos que debe recibir cada niño, niña según su ciclo vital, para lograr sus Derechos básicos. Así por ejemplo, la Ruta muestra que una mujer embarazada tiene derecho a recibir inducción a la crianza, atención de su salud, apoyo de su nutrición, y cedulación.

- Segundo, leída de modo horizontal nos informa sobre el conjunto de Atenciones que debe recibir un niño o una niña en cantidad y calidad adecuada para la garantía de cada uno de los cuatro Derechos. Aunque las Atenciones están dirigidas a todos los niños y niñas menores de seis años, los recursos públicos se focalizaran en la población infantil pobre y/o vulnerable, con derechos vulnerados, o que se ven afectados por déficits en cobertura y calidad de atenciones fundamentales.

23 El siguiente capítulo desarrolla este sistema unificado de seguimiento de atenciones

Cuadro 1.
Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia en Panamá

DerechoSalud	Crianza con Pautas Adecuadas	Inducción a la Crianza -Consejería parental para la crianza adecuada	Inducción a la Crianza -Consejería parental para la crianza adecuada	Inducción a la Crianza -Consejería parental para la crianza adecuada	
			Entorno familiar positivo Screening de vulnerabilidad Inscripción en programas especiales según norma	Entorno familiar positivo Screening de vulnerabilidad Inscripción en programas especiales según norma	
		Atención de salud de la embarazada -Plan de parto -Controles prenatales de acuerdo a la norma -Vacunación	Atención del parto - Parto institucional	Atención de la mujer post parto y nenonato - Control post parto a la mujer y al neonato -Consejería en planificación familiar -- Controles de crecimiento y desarrollo -Vacunación -Tamizaje genético y de desarrollo - Control de infecciones	
		Apoyo a la nutrición -Suplementación con micronutrientes -Distribución de complemento según norma -Consejería para una alimentación adecuada durante el embarazo y para la lactancia.	Apoyo a la nutrición -Consejería en lactancia materna exclusiva	Apoyo a la nutrición -Consejería en lactancia materna exclusiva	
	Educación Inicial				
	Identidad	Cedulación de la madre		Identidad del niño -Certificado de Nacido vivo -Registro Civil y expedición de Cédula de Identidad	
		 Embarazo	 Parto	 Post Parto y Recién Nacido	 1 a 6 meses
		Etapa o Ciclo Vital			

En lo que sigue se describen las Atenciones relacionadas a cada uno de los Derechos de la RAIPI, y sus respec

	Atención de salud del niño/a -Controles de crecimiento y desarrollo -Vacunación -Tamizaje de desarrollo -Control de infecciones	Atención de salud del niño/a - Controles de crecimiento y desarrollo -Vacunación -Tamizaje de desarrollo - Control de infecciones	Atención de salud del niño/a - Controles de crecimiento y desarrollo -Vacunación -Tamizaje de desarrollo - Control de infecciones	Atención de salud del niño/a - Controles de crecimiento y desarrollo -Vacunación -Tamizaje de desarrollo - Control de infecciones
	Apoyo a la nutrición -Consejería en lactancia materna exclusiva	Apoyo a la nutrición -Suplementación con micronutrientes -Consejería en lactancia materna como complemento alimenticio -Consejería en alimentación complementaria y distribución de alimento complementario según norma.	Apoyo a la nutrición -Consejería en alimentación complementaria y distribución de complemento según norma.	Apoyo a la nutrición -Consejería en alimentación complementaria y distribución de complemento según norma.
		Educación inicial en e hogar, comunidad o centros infantiles -Matriculación -Asistencia según norma	Educación inicial en e hogar, comunidad o centros infantiles -Matriculación -Asistencia según norma	Educación preescolar -Matriculación -Asistencia según norma
	Identidad del niño –Expedición de Cédula de Identidad tardía	Identidad del niño –Expedición de Cédula de Identidad tardía	Identidad del niño –Expedición de Cédula de Identidad tardía	Identidad del niño –Expedición de Cédula de Identidad tardía
	 7 meses a 1 año	 2 a 3 años	 4 a 5 años	

ctivos hitos.

i) Crianza con pautas adecuadas

El Derecho de crianza con pautas adecuadas tiene dos Atenciones: inducción a la crianza y entorno familiar positivo.

Inducción a la crianza

Tiene como objetivo desarrollar en los padres, madres y cuidadores las capacidades para ejercer una crianza basada en prácticas parentales positivas, y prepararlos para el ejercicio de la maternidad y paternidad en un marco de derechos. Esta Atención consiste en un trabajo sistemático con los padres, madres o quienes hacen las veces buscando fortalecerlos con conocimientos que les facilite ejercer en la cotidianidad de la relación paterna-materna-filial actitudes y prácticas de crianza conducentes al óptimo desarrollo cognitivo y no cognitivo de sus hijos e hijas.

La revisión de experiencias a nivel internacional y regional indica que esta Atención se materializa con diferentes enfoques y métodos. En algunos países desarrollados, las intervenciones de inducción a la crianza ponen énfasis en fortalecer las capacidades parentales para acompañar a los hijos en los futuros trayectos escolares. Ejemplos de estos pueden ubicarse en Israel, Holanda, Turquía y Estados Unidos.24 Otros países, en cambio, ponen énfasis en los aspectos sanitarios, especialmente para la atención del primer año de vida, de modo de fortalecer las capacidades de protección, identificación de alertas y cuidado en general. Un ejemplo de esta modalidad es el Infant Health and Development Program de Canadá y el Nurse Family Partnership de Estados Unidos.25 En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, es una atención complementaria de centros de atención o cuidado infantil dirigidos a población de extrema pobreza o en condiciones de vulnerabilidad con el objetivo de mejorar las capacidades de las madres para control de la salud y nutrición de sus hijos e hijas. Ejemplo de ellos tenemos el Programa PAN Manitos de Bolivia, el programa de la Junta Nacional de Jardines Infantiles JUNJI de Chile, Buen Comienzo de la Alcaldía de Medellín en Colombia y Cuna Más en Perú.

Sin embargo en la última década han aparecido programas dirigidos exclusivamente a padres y madres de familia con la finalidad de mejorar la atención parental con temáticas que combinan aspectos de salud, nutrición y estimulación temprana, focalizados también en hogares de extrema pobreza, dirigidos a madres que no trabajan y que en su zona no cuentan con centros de cuidado infantil. Ejemplos de este tipo tenemos en Argentina con el Programa Nacional "Primeros años"; el programa CASH "Conozca a su Hijo" y "Nadie es Perfecto" en Chile; Creciendo con nuestros hijos en Ecuador, Roving Caregivers en Jamaica, Programa de Educación Inicial del Consejo Nacional de Fomento Educativo en México ,y Educa a tu hijo en Cuba.26 Estos programas buscan facilitar y promover experiencias positivas en la interacción entre la familia y el niño a partir de las situaciones cotidianas del hogar, y de este modo fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador-hijo/a y el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 4 años de edad.

Estas experiencias de inducción a la crianza trabajan fundamentalmente con asesoramiento directo a las familias a través de promotoras comunitarias, las cuales son capacitadas y supervisadas por técnicas profesionales. La frecuencia de este contacto de las promotoras con los hogares es generalmente de una vez por semana de entre 3 a 4 horas por vez bajo

24 Eurydice, 2009
25 Eurydice, 2009
26 El estudio sobre "Panorama sobre los servicios de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y El Caribe del BID, junio 2013 recoge y sistematiza información actualizada sobre centros de cuidado y trabajo con padres y las familias.

una modalidad casi siempre de consejería grupal, combinada en algunos casos con consejería individual cuando la población está dispersa.

Independientemente de las modalidades el trabajo con las familias se refuerzan con la entrega de materiales (trípticos, folletos, calendarios) que desarrollan información abreviada sobre estimulación, cuidado, salud y nutrición para facilitar las tareas de estimulación y crianza. También ligado a los diferentes momentos de la atención de la salud tanto de la mujer embarazada como del niño o niña se dan charlas de orientación y se entregan folletería informativa. Por ejemplo tanto en Chile como en Uruguay27, se facilita a padres y cuidadores materiales con información, consejería e instrumentos para promover la estimulación de sus hijos como juegos, móviles, libros de cuentos, etc. Estos materiales suelen ser entregados en el momento de alta del parto, en los hospitales o centros de salud, y son denominados "sets o kits".

Algunos países emplean los medios masivos de comunicación para transmitir mensajes que brindan consejería a las familias. Un ejemplo es el programa Chile Crece Contigo con el "Programa educativo para toda la ciudadanía", que consiste en una serie de mensajes de crianza dirigidos a madres gestantes y familias con niños menores de 6 años a través de varias herramientas de comunicación (digital, impreso, radiofónica y televisivo) para promover el desarrollo infantil.

El último recuentro de estas experiencias en la región realizadas por el BID aunque informa que no existe una evaluación de impacto rigurosa sobre los mismos, señala que "los impactos de las visitas domiciliarias de apoyo parental fueron positivos y sostenidos en el tiempo. Que estas intervenciones son costo-efectivas, cuando: i) la intensidad es alta (las visitas semanales tienen mayor impacto que las mensuales); ii) la calidad es buena (hay un esfuerzo considerable en la capacitación inicial y continua del personal, procesos de monitoreo y supervisión y protocolos detallados); (iii) la exposición al programa es larga; iv) el foco de la intervención es clara; v) el proceso es interactivo.28 También la evaluación realizada de la experiencia "Nadie es Perfecto" desarrollada en Canadá desde 1987 mostró que los padres beneficiarios tenían una mayor cantidad de interacciones positivas con sus hijos, mayor habilidad para manejar el estrés relacionado a la crianza; y empleaban menos prácticas parentales negativas.29

En Panamá, diferentes instituciones –desde el MIDES hasta el MEDUCA y el MINSA- y organizaciones no gubernamentales desarrollan acciones sectoriales y puntuales dirigidas a reforzar algunos de los conocimientos de los padres y cuidadores sobre los cuidados de los niños menores de 5 años; por lo tanto los acciones carecen de un enfoque integral que inhibe la coordinación tanto a nivel normativo como operativo. El MEDUCA por ejemplo desarrolla en el marco de los CEFACEI y CEIC el Programa de Orientación Familiar con una periodicidad de una reunión bimensual con los padres y madres, en temas ligados a crianza y educación. También desde 1987 con el decreto 214 en el MEDUCA se estableció la escuela para padres con el objetivo de desarrollar en ellos competencias para su participación en la comunidad educativa. Bajo la conducción de las mismas escuelas una vez por semana, las madres se reunían de modo voluntario para participar de talleres diversos hasta completar 40 horas año. La modalidad de voluntariado hizo que la participación de las madres fuera limitada e irregular. Actualmente la escuela para padres desarrolla un currículo formativo en temas ligados al desarrollo personal, relaciones familiares, comunicación y comunidad y adicional cada escuela un currículo particular en temáticas propias a la comunidad educativa en particular.

27 http://www.crececontigo.gob.cl; http// www.crececontigo.opp.gub.uy
28 BID, 2013
29 Skrypnek, Berna J. y Julianna Charchun. Department of Human Ecology, University of Alberta. An Evaluation of Nobody's Perfect Parenting Program. July, 2009.

Adicionalmente y como estrategia para llegar a todos los padres y madres desarrollan un taller especial de dos horas, una vez por trimestre cuando se hace entrega de la Beca Universal. Sin embargo esta modalidad inicia a partir de la primaria no existiendo experiencias para primera infancia.

El Ministerio de Salud, por su parte incluye en sus Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño y la Niña desde el nacimiento hasta los 9 años de edad la ejecución de un programa de orientación a las familias sobre los cuidados sanitarios que debe recibir todo niño y niña menor de 6 años así como información relativa al desarrollo del vínculo familiar, el afecto, y la prevención de la violencia intrafamiliar, maltrato al menor y abuso sexual. Aunque en sus normas, se habla de la visita domiciliaria como método para la entrega de estas consejerías, en la práctica son charlas dadas en el marco de los controles prenatales, los controles de crecimiento y desarrollo y la estrategia de educación comunitaria. También participan frecuentemente como expositores en acciones de formación grupal para familias de escasos recursos realizadas por otras instituciones públicas y privadas en temas de salud. Otra experiencia en el MINSA es el programa AIN-C, a través del cual promotoras comunitarias ofrecen consejería individual a familias con la finalidad específica de fortalecer las prácticas de nutrición en menores de 2 años.

Por su parte, el IPHE, brinda orientación a madres y padres de familia y cuidadores de niños y niñas con algún nivel de retraso en su desarrollo. Bajo una modalidad de consulta individual aprestan a los padres y madres en cómo practicar la estimulación motora, de lenguaje y social en el hogar, sin intervenir propiamente en lo que se consideran pautas de crianza.

El MIDES por su parte organiza charlas esporádicas a las familias que tienen a sus hijos e hijas en los COIF y contempla un componente de acompañamiento familiar en el programa de la Red de Oportunidades. Este componente es realizado por promotores sociales y su misión es verificar el cumplimiento de las corresponsabilidades en educación y salud. Últimamente están introduciendo en sus planes de capacitación de los promotores la temática de Primera Infancia con contenidos del papel del promotor, importancia de la primera infancia, desarrollo prenatal, nutrición, crecimiento y desarrollo e identidad, haciendo uso de una guía de capacitación que puede ser desarrollada en 3 o 5 días.

SENNIAF como organismo especializado en la protección de los derechos de la niñez y la familia, desarrolla el programa de Fortalecimiento Familiar con el cual impulsa y realiza acciones de sensibilización y atención integral para promover los valores dentro del núcleo familiar. Este programa tiene los siguientes componentes: i) Programa padres y madres modelos, ii) promoción de matrimonios civiles, iii) Cásate conmigo. También desarrolla acciones de formación en derechos con la finalidad de posicionar los derechos de la niñez en las familias.

Resumiendo, en Panamá hay acciones con familias en temas de salud y nutrición, responsabilidades familiares en general, valores, violencia intrafamiliar, derechos de los niños, que son realizadas con gran esfuerzo pero de manera puntual, temporal, con mensajes cruzados, muchas veces repetitivos y sin procesos de monitoreo y evaluación de los impactos en la crianza. No existe todavía un programa curricular adaptable a las diferentes realidades culturales panameñas que brinde a las familias las posibilidades de manejar las nuevas evidencias científicas para que puedan desarrollar habilidades y actitudes de crianza basadas en el nuevo paradigma de un niño sujeto de derechos

Sin embargo, estos múltiples acercamientos aunque dispersos hablan de un nivel de conciencia sobre el papel de esta Atención para dar efectividad al derecho de crianza adecuada, Atención que se sustenta i) en la evidencia científica de la importancia de esta etapa en la vida de los

seres humanos y ii) en los resultados positivos en el desarrollo cognitivo y no cognitivo de los niños y niñas con madres y padres participantes de procesos sistemáticos y permanentes de acciones de inducción a la crianza.

A partir de la RAIPI, el MIDES como rector de la política social y la SENNIAF como institución especializada en la protección de los derechos de los niños y las familias tendrán la responsabilidad de liderar la definición y elaboración colectiva de un currículo de inducción a la crianza con sus guías correspondientes, diseño metodológico, definición de estándares de aplicación, monitoreo, seguimiento y evaluación de impacto que formen parte de un programa nacional de inducción a la crianza, para madres y padres con niños y niñas con desarrollo típico30. Los contenidos que se diseñen deben desarrollar en los padres y madres capacidades para generar i) empatía con su hijo e hija es decir un reconocimiento de su ser sujeto de derechos, de su individualidad; ii) apego es decir la generación de un vínculo, iii) disciplina positiva y iii) capacidades de asertividad en sus hijos e hijas y no inhibidoras ni agresivas. Para esta elaboración las buenas prácticas hasta ahora conocidas definen algunos elementos metodológicos válidos a tomar en cuenta en cuanto a: la frecuencia, la longitud de la permanencia, la combinación de modalidad individual con grupal, la entrada al programa con niños en las etapas más tempranas incluyendo la prenatal y la interculturalidad. Esto último implica la necesidad de un conocimiento previo de las pautas de crianza de los diferentes pueblos indígenas, así como programas pilotos que permitan ir midiendo la pertinencia curricular y metodológica del programa que desarrolle esta atención de inducción a la crianza. No podemos olvidar que tenemos que partir del conocimiento histórico y cultural que las madres y padres aportan a la crianza de sus hijos e hijas.

El siguiente cuadro muestra los hitos con sus indicadores a ser monitoreados a nivel individual y a nivel poblacional para la Atención de Inducción a la Crianza Adecuada.

Cuadro 2.
Indicadores de verificación para la Atención de inducción a la Crianza del Derecho de crianza con pautas adecuadas

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Inducción a la crianza	Programa de Inducción a la crianza creado y en operación	Currículo y estándares del Programa de Inducción a la Crianza. Reglamentos Operativos del programa adoptados. Metodología y Materiales definidos para la implementación a nivel nacional. Focalización poblacional y territorial a nivel nacional Personal formado para su implementación	Instituciones con presupuesto y personal formado para la implementación del programa de inducción a la crianza. % de Disminución del maltrato infantil . % de niños y niñas con desarrollo cognitivo y no cognitivo de acuerdo a su edad. % de padres que dedican tiempo al cuidado de sus hijos, compartiendo las tareas con las madres.
	Consejería parental para la crianza adecuada	% de familias inscritas en programas de inducción a la crianza % de familias que permanecen en el programa un mínimo de un año. % de familias que desarrollan nuevas habilidades y actitudes de crianza positiva	

30 Es necesario contar con programas curriculares institucionalizados para padres y madres con niños y niñas con desarrollo no típico. Este es un tema que debe ser liderado por el IPHE y que a nivel de la ruta se desarrolla en el marco de las atenciones del derecho de salud.

Entorno familiar positivo

Esta Atención está dirigida a identificar alguna condición de vulnerabilidad en el entorno familiar que esté afectando el normal desarrollo de los niños y niñas para su derivación hacia programas o servicios de apoyo y orientación que mejoran la calidad del ambiente del hogar. En este marco, la RAIPI categoriza tres tipos fundamentales de condición de vulnerabilidad familiar:

- Familias con algún tipo de disfuncionalidad: violencia intrafamiliar, enfermedad mental o adicciones, que pueden generar en los niños y niñas impactos negativos para toda su vida. Por ejemplo la violencia intrafamiliar tiene influencia negativa en el desarrollo de los niños y niñas. "Si la experiencia se vive en edad temprana, la violencia familiar aumenta la posibilidad de problemas mentales para los hijos más adelante en su vida. Además, la violencia se transmite entre generaciones: las hijas de madres que han experimentado abusos tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia en sus propias vidas, y sus hijos tienen más probabilidades de convertirse en abusadores. Adicionalmente, los niños nacidos en hogares violentos tienen menos posibilidad de recibir cuidado adecuado y más probabilidad de morir jóvenes."31

- Familias en situación de pobreza y pobreza extrema, que aunque esta condición no debería ser condicionante negativa para la crianza adecuada, provoca generalmente problemas de cuido y de calidad de interacción. "Quienes cuidan niños pequeños que viven en condiciones de pobreza suelen estar estresados física y mentalmente y, con frecuencia, se marginan de interacciones significativas, enriquecedoras y estimulantes con sus niños y niñas, teniendo mayor probabilidad de recibir un cuidado deficiente, el cual afectará su desarrollo cognitivo y socioemocional. Parte de la evidencia sugiere que los ingresos familiares parecen importar más en los primeros años de vida de un niño que más adelante en su vida"32.

- Familias con niños o niñas menores de 6 años con desarrollo no típico o algún miembro con algún nivel de discapacidad o necesidades especiales. Estas familias van a requerir de apoyo especial y suficiente formación para la atención de esta persona a fin de poder generar una crianza adecuada que impulse su mejor inserción familiar, comunitaria y social.

La experiencia internacional de programas de atención para este tipo de familias presentan diferentes tipos de acercamiento. En el caso de la violencia distinguen dos tipos de acciones: aquellas dirigidas al tratamiento de hombres agresores y aquellos dirigidos a las mujeres violentadas. Entre los primeros sobresalen los países escandinavos con los programas: Alternativa a la Violencia en Noruega, Proyecto Mauscentrum en Suecia y el Proyecto Mobile en Finlandia. Son proyectos que combinan terapia individual y grupal de diferente longitud. En Noruega es de un año mínimo en el caso de terapia individual y dos años si es terapia grupal. En Suecia es de 10 a 39 sesiones una vez por semana y el de Finlandia de 15 semanas.

En el hemisferio los programas para agresores varones desde una óptica feminista surgen en la década del 80 como complemento a programas de prevención de la violencia doméstica. Luego de Estados Unidos y Canadá, Argentina fue el primer país de habla hispana en contar con un programa específico para hombres con la adaptación de programas originalmente anglosajones a poblaciones latinas por Jorge Corsi en 1990. En la actualidad en casi todos los países las leyes que intentan dan una respuesta jurídica al problema de la violencia doméstica incluyen el mandato de tratamiento de agresores.

31 Heaton y Forste, 2008 En: Emiliana Vegas y Lucrecia Santibáñez. La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe. Banco Mundial, 2009. pp, 15.
32 Idem, pp. 11

En cuanto al trabajo con las mujeres víctimas de violencia doméstica aunque se ha avanzado en casi todos los países de la región en protocolos para su atención, los programas institucionales de orientación y reparación de los traumas que la violencia ejerce sobre las mujeres y los niños y niñas, así como para empoderarla para que pueda salir del círculo de la violencia sigue siendo aún muy pobre, fundamentalmente porque los mecanismos legales para exigirlo no son aplicables o no son los apropiados.

Con respecto a las situaciones de pobreza una de las experiencias más extendidas en la región latinoamericana es la definición de acciones de acompañamiento familiar ligadas a las Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) que tienen por objetivo reducir el nivel de pobreza en los hogares a la vez que construyen las capacidades de las futuras generaciones buscando romper de esta manera, el ciclo intergeneracional de la pobreza. Desde su puesta en marcha en México y en Brasil en la década del 90, las TMC se han implementado en 18 países de la región beneficiando a 129 millones de personas. El programa consiste en la entrega de un pago mensual a madres en situación de pobreza o pobreza extrema condicionado a la asistencia de los niños(as) a la escuela y el cumplimiento de un paquete básico de atenciones en salud. Estas exigencias han tenido "efectos positivos sobre los resultados de salud física y bienestar de los pequeños, pero se han documentado pocos impactos sobre su desarrollo cognitivo y prácticas de crianza"33

Con respecto a la Atención quizás una de las experiencias más significativas es la de Chile, donde las transferencias condicionadas forman parte de una amplia red de protección social que brinda apoyo a la familia en situación de vulnerabilidad, incluyendo aquellas con niños en la primera infancia. Para ello han desarrollado una encuesta de vulnerabilidad social denominado CASEN, con el cual identifican a las familias que pueden acceder al programa Ingreso Ético Familiar que brinda una serie de prestaciones económicas y programas dirigidos a la generación de ingresos y de empleo.

La experiencia internacional con respecto a los tipos de respuesta a las personas con necesidades especiales ha recorrido un trayecto que fue de la exclusión total hasta su reconocimiento como seres con derechos humanos. Esto implicó no solamente centrarse en la atención del individuo, sino también cómo las diferentes instituciones respondían a estas necesidades especiales dando lugar a un amplio movimiento de inclusión que declara el derecho de las personas con discapacidad a vivir con su familia y en su entorno natural, y de ser preparados y apoyados para responder a los desafíos que podrían enfrentar en sus comunidad.

En Panamá aún no se cuenta con un instrumento que pueda identificar estos tres niveles de vulnerabilidad a los que hace mención esta Atención. Sin embargo hay instituciones que vienen dando respuestas a estas problemáticas familiares. En lo que se refiere a la violencia, el Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) cuenta con tres albergues de refugio para mujeres víctimas de violencia doméstica, en ciudad de Panamá, Colón y Chiriquí. En ellos dan orientación y apoyo psicológico, pero no cuentan con los recursos necesarios para desarrollar programas de empoderamiento y reparación de víctimas de violencia doméstica. Los albergues refugio asimismo presentan también limitación de recursos que comprometen la calidad de la atención.34

33 Idem, pp. 88-99

34 La sub directora de INAMU señaló que apenas contaban con 2,000 balboas al año para estos albergues y que subsisten gracias a donaciones privadas. Señaló que a veces han tenido que negar la entrada a mujeres víctimas de violencia doméstica por falta de capacidad. (La Prensa, 21 de Julio 2013)

Con respecto a la condición de pobreza y pobreza extrema, al igual que los otros países de la región, Panamá desarrolla la Red de Oportunidades a través del cual las familias en situación de pobreza reciben cada dos meses cien balboas condicionado al cumplimiento de corresponsabilidades que buscan aumentar la matrícula de niños y niñas en edad escolar y el acceso a servicios básicos de salud como nutrición, vacunación, controles de embarazo y controles de crecimiento y desarrollo35. La Red ha definido un programa de acompañamiento familiar que supervisa el cumplimiento de las familias de las corresponsabilidades del programa y de las obligaciones y derechos del mismo. Aunque este programa no desarrolla acciones dirigidas al fortalecimiento familiar en crianza positiva los datos proporcionados por el MIDES señalan que el 83% del total de hogares beneficiarios tienen presencia de niños/as entre 0 y 5 años.

Con respecto a familias con niños y niñas con desarrollo no típico en Panamá confluyen tres sectores con responsabilidades frente a este tipo de familias. Desde el sector educación está el IPHE que desarrolla programas tanto de atención y rehabilitación a niños y niñas con algún nivel de discapacidad como de capacitación familiar para la atención de estos niños en el hogar. Desde el sector de Salud el MINSA coordina con el IPHE facilitando espacios en los centros de salud para ejecutar programas de rehabilitación y el Seguro Social tiene el Programa de Alto Riesgo. Desde el sector Social, SENADIS es la institución encargada de proteger los derechos de las personas con algún nivel de discapacidad.

A pesar de estos programas, Panamá no ha desarrollado una herramienta que permita identificar claramente familias con alguno de los tipos de vulnerabilidad categorizadas arriba. El MIDES como rector de las políticas sociales es la entidad encargada de llevar adelante la construcción de esta herramienta así como la de coordinar la definición de protocolos de referencia hacia programas respectivos. Recordemos que desde la etapa prenatal la evidencia científica señala la importancia de almacenar experiencias positivas para el buen desarrollo cognitivo y no cognitivo de las personas y si las familias no son apoyadas para enfrentar eficientemente estas situaciones de vulnerabilidad difícilmente podrán ejercer una crianza positiva independientemente de que participen o no de programas de inducción a la crianza.

Adicionalmente, los actuales programas existentes deberían fortalecerse para que puedan recibir a las familias identificadas y ayudarlas eficientemente a superar la situación de vulnerabilidad que impide efectivizar un nuevo modelo de crianza adecuada en los términos señalados anteriormente. Esto convoca a que la Red de Oportunidades que ya define su público objetivo en función de familias de extrema pobreza con niños y niñas menores de 6 años y con mujeres embarazadas, integre a nivel de corresponsabilidad la participación de estas familias en programas de inducción a la crianza, así como la oficialización de la formación de sus promotores en aspectos de primera infancia. Por su parte el INAMU debería ser fortalecida a fin de que pueda diseñar, coordinar y supervisar programas de atención, orientación y tratamiento a víctimas de violencia de género, dando especial cuidado a las mujeres embarazadas y/o con niños y niñas pequeños. Del mismo modo SENADIS como organismo especializado en personas con algún nivel de discapacidad debería fortalecerse para que junto con el programa de Angel Guardián y el IPHE puedan dar respuesta con programas específicos a familias con niños y niñas pequeños.

35 La Red beneficia a 75 mil familias en situación de pobreza en áreas urbanas, rurales e indígenas.

Cuadro 3.
Indicadores de verificación para la Atención de Entorno Familiar Positivo del Derecho de crianza con pautas adecuadas

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Entorno Familiar positivo	Screening de vulnerabilidades manejado por diferentes instituciones	% de instituciones con profesionales que manejan el screening de vulnerabilidades	% de familias identificadas con algún tipo de vulnerabilidad.
	Protocolos de referencia y contra-referencia	% de instituciones que reciben familias identificadas con alguno de los tipos de vulnerabilidad.	% de familias inmersas en programas de apoyo, orientación o rehabilitación.
	Programas institucionalizados para revertir las situaciones de vulnerabilidad.	% de instituciones con programas diseñados que cuentan con el presupuesto y personal capacitado para su implementación	% de niños y niñas cuyas familias han revertido su situación de vulnerabilidad.

ii) Salud y Nutrición

Para el Derecho de atención de la salud, la RAIPI establece cinco atenciones: Atención de salud de la embarazada; Atención del parto y post-parto; Atención de salud del recién nacido; Atención de salud del niño/a; y apoyo a la nutrición.

Atención de salud de la embarazada

La atención de salud de la embarazada se materializa en un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevenir, diagnosticar y tratar posibles factores de riesgo del embarazo y el parto. Un hito de esta Atención es contar con un Plan de Parto como parte de la Atención prenatal, el cual permitirá la sensibilización de la importancia de la Atención institucional del parto, la participación familiar y comunitaria a lo largo del embarazo, con especial énfasis en áreas de difícil acceso.

Uno de los sustentos de esta intervención son los resultados exitosos del efecto de la información durante el periodo prenatal en la cobertura de parto institucional 36, se ha considerado a la atención prenatal como el primer punto de contacto de la mujer embarazada con el sistema y como un mecanismo mediante el cual aumentar la cobertura de parto institucional como requisito para la atención de emergencias obstétricas y neonatales.

Se desarrollará la propuesta de Plan de Parto desde el nivel comunitario que incluya: (i) el tipo de parto que desea la mujer; (ii) registros de los controles prenatales; (iii) una identificación de los tomadores de decisión para el parto institucional; (iv) el reconocimiento de signos de alarma por parte de los agentes comunitarios e institucionales de la red fija e itinerante; (v) los medios para salir de la comunidad (medio de transporte) sea programado o por emergencia; (vi) tiempo de viaje; (vii) acompañante; (iix) lugar de posible hospedaje, etc. A partir de esta información, es necesario el diseño de la Ficha de Plan de Parto con su respectivo marco

36 Nikiema, B., Beninguisse, G., & Haggerty, J. L. (2009).

conceptual adaptado a Panamá y con una validación en campo, para a su vez evaluar la posibilidad de anexarlo a la tarjeta que actualmente porta la gestante.

Un segundo hito es aumentar la cantidad y calidad de los controles prenatales, procurando una captación de la embarazada durante el primer trimestre de gestación. Para lograr lo anterior es indispensable contar con: (i) pruebas rápidas para la detección del embarazo y de los insumos necesarios para la provisión de controles prenatales de adecuada calidad y de acuerdo a la norma de atención; (ii) equipos de laboratorio para UBA de la red fija e itinerante así como insumos y pruebas rápidas para la realización de los exámenes requeridos durante el embarazo (VIH, sífilis, factor RH, hemoglobina, proteinuria y glicemia) y (iii) una difusión permanente y culturalmente adaptada sobre los beneficios del control prenatal. Por último, el tercer hito de esta Atención es el que la embarazada cuente con vacunación según la norma (Ley No. 48 del 2007).

Atención del Parto

La Atención del parto tiene como hito el parto institucional, y busca que todos los partos se realicen por personal calificado en instituciones con capacidad para la Atención del parto normal y también la referencia oportuna en el caso de emergencias obstétricas y neonatales para mujeres con embarazos de alto riesgo o que presenten cualquier complicación. Con el objeto de aumentar la cobertura del parto institucional y la calidad de la Atención durante el parto no complicado, la del neonato y el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales, se usará la estrategia CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales) en sus tres tipos (primario, básico y esencial). La implementación de la estrategia CONE se basará en la readecuación de la oferta y la reorganización de las redes de servicios del primer y segundo nivel, incluyendo la reconversión y adecuación de puestos, sub-centros y centros de salud considerando acceso geográfico y población beneficiaria.37 3839Estudios anteriores (del 2008 y 2010) encontraron graves deficiencias en las capacidades de los servicios de salud, señalando que los problemas son arraigados y complejos.40

37 La evidencia internacional sugiere que la aceptación de partos institucionales se incrementa cuando las madres reciben información adecuada para los controles prenatales (Nikiema, B. et al., 2009).

38 En la literatura internacional de salud pública predomina la recomendación de utilización de partos institucionales como medida para evitar la mortalidad materna (Campbell, O. M., et al., 2006).

39 Funciones obstétricas y neonatales esenciales son los insumos y recursos humanos recomendados para reducir la mortalidad materna y neonatal (Pagel, C., et al., 2009; Díaz, J. J., & Jaramillo, M. 2009).

40 Jacobs (2008) y D'Souza (2010). Declaración conjunta de las Organizaciones de la ONU (OMS, UNFPA, UNICEF) con participación de AMDD

Cuadro 4.
Características de los servicios de salud para la implementación de la estrategia CONE

CONE Primario	CONE Básico	CONE Esencial
-Servicios de salud materna y planificación familiar provistos generalmente por personal técnico de salud. -Habitualmente brindan atención de 12 horas y eventualmente de 24 horas. -No cuentan con sala de parto, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido ni hospitalización. -No cuentan con quirófano. -Eventualmente podrían atender un parto inminente con la inmediata referencia. -Son en su mayoría los Puestos de Salud.	-Servicios de salud materna y planificación familiar provistos por personal profesional (médico, enferma obstétrica y enfermera general). -Generalmente brindan atención de las 24 horas. -Cuentan con sala de parto, sala de puerperio, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y hospitalización. -No cuentan con quirófano. -Son en su mayoría los Centros de Salud con cama.	-Servicios de salud materna y planificación familiar provistos por personal profesional especializado (gineco-obstetricia, pediatría, anestesiología, medicina interna y otras como enfermería neonatal). -Generalmente brindan atención de las 24 horas. -Cuentan con sala de parto, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y hospitalización. -Cuentan con quirófano. - Son en su mayoría los Hospitales locales del segundo nivel.

Atención de salud de la mujer postparto y neonato

La Atención de salud de la mujer postparto y neonato busca reconocer signos de peligro para la madre y el recién nacido a nivel físico, nutricional y emocional.41 Uno de los hitos de esta Atención es el control post-parto a la mujer y al neonato, instancia idónea para la realización de diagnósticos precoces y tratamientos oportunos, la promoción de hábitos y conductas para el cuidado de la salud, la prevención de reacciones psico-emocionales y la promoción de los controles postnatales, entre otros. El otro hito de esta Atención es la planificación familiar, la cual consiste en asegurar un amplio acceso a la información y a servicios de salud reproductiva, y propiciar y apoyar decisiones responsables sobre los métodos de anticoncepción.

La Atención de salud del niño/a se enfoca en el monitoreo del niño sano, con el propósito de prevenir enfermedades oportunamente y promover las condiciones de salud de los niños y niñas hasta los 5 años. Esta Atención tiene como hitos: (i) los controles de crecimiento y desarrollo, que cuentan con contenidos y periodicidad definida según los protocolos del MINSA; (ii) la vacunación, sigue el Esquema Nacional de Inmunización; (iii) el tamizaje genético, que es una prueba clínica de detección precoz de más de medio centenar de enfermedades metabólicas congénitas, y que se realiza con el fin de tratar las enfermedades y evitar o aminorar sus consecuencias; (iv) el tamizaje de desarrollo, que por medio de la aplicación de herramientas de "screening" busca monitorear y evaluar el desarrollo de los niños durante la etapa de mayor plasticidad cerebral (de los 0 a los 3 años), permitiendo identificar a aquellos niños con riesgo de sufrir alteraciones en su desarrollo; y (v) control de infecciones.

41 Campbell, O. M., & Graham, W. J. (2006).

Apoyo a la nutrición

La Atención de apoyo a la nutrición debe asegurar que la mujer embarazada y el niño cuenten con el conocimiento y el apoyo para lograr una nutrición que le permita comenzar el embarazo estando bien nutridas, y continuar nutridas durante el mismo. Toda mujer embarazada requiere no solamente de una buena alimentación, sino de suplementos vitamínicos como el hierro, Vitamina A y ácido fólico, los cuales deben estar disponibles y accesibles a nivel de la atención primaria en salud. Del mismo modo, las mujeres embarazadas deben contar con el complemento nutricional fortificado.

Igualmente importante es que todos los niños deben recibir lactancia exclusiva y continuada hasta los 6 meses de edad, asegurando para el caso de los niños que las madres no puedan lactar, la provisión de leche humana. A partir de los 6 meses, se debe complementar la leche materna con alimentos complementarios en cantidad y con densidad nutricional adecuada. A los niños en riesgo o en situación de desnutrición, se debe asegurar la administración de suplementos con micronutrientes y alimentos fortificados. En este sentido, los programas de Panamá registran tanto fortalezas como debilidades importantes. La existencia de una estrategia de comunicación para la promoción de los cambios de comportamientos vitales que favorecen la alimentación y el cuidado de los niños (AIN-C) es una importante fortaleza. Panamá ha realizado un gran esfuerzo al diseñar durante dos años, una estrategia de consejería en nutrición adaptada para cada uno de los grupos indígenas del país que permita mejorar las prácticas de alimentación de los niños menores de 24 meses de edad, abordando principalmente la promoción de la lactancia materna exclusiva y las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Esta consejería se implementa a través de la plataforma comunitaria AIN-C, en la cual mediante el monitoreo y la promoción del crecimiento, monitoras comunitarias dan seguimiento a los niños de 0 a 24 meses de edad. De esta manera, una de las estrategias de nutrición propuesta tiene como eje principal la ampliación y fortalecimiento de la cobertura del AIN-C en el primer nivel de atención, a nivel comunitario.42

Entre las alternativas disponibles para mejorar el contenido de micronutrientes en la dieta de los niños pequeños se encuentran la fortificación de alimentos complementarios y la fortificación de alimentos infantiles a nivel del hogar. Desde 1995, se distribuye Nutricrema como complemento de la dieta de todos los niños menores de 5 años y mujeres embarazadas que habitan en las comarcas indígenas. Nutricrema es una mezcla de harina de maíz y leguminosas y fortificada con micronutrientes. Desafortunadamente, el impacto de Nutricrema no ha sido adecuadamente evaluado e investigaciones preliminares no han encontrado efecto de su distribución en crecimiento lineal 43. Adicionalmente, se ha reportado que el Nutricrema no se prepara de una manera adecuada y se distribuye a otros miembros de la familia44. Estas observaciones son consistentes con las reportadas en otros países en desarrollo donde el efecto de la distribución de alimentos de composición similar al Nutricrema en el crecimiento infantil no ha sido demostrado.45

42 Grantham-McGregor, S.; Cheung, Y.; Cueto, S.; Glewwe, P.; Richter, L.; Strupp, B. y The International Child Development Steering Group (2007). "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries" en The Lancet, 369, 60-70. Bhutta, Z. A.; Ahmeed, T.; Black, R. E.; Cousens, S.; Dewey, K.; Giugliani, E.; Haider, B. A.; Kirkwood, B.; Morris, S. S.; Sachdev, H. P. S.; Shekar, M.; y the Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008). "What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival" en The Lancet, 41-64

43 Atalah E, et. al 2001.

44 Ministerio de Salud de Panamá. 2009.

45 Perez-Exposito, et. al 2009.

La atención de apoyo a la nutrición incluye como hitos de Atención:

1. La suplementación con micronutrientes para gestantes. La RAIPI plantea que se deben prevenir algunas malformaciones congénitas mediante la suplementación con ácido fólico a mujeres en edad fértil y a embarazadas durante el primer trimestre de gestación, y que se debe dar suplementos de vitaminas y determinados micronutrientes en el caso de detectar a madres gestantes con malnutrición o desnutrición.

2. La consejería para una adecuada alimentación durante el embarazo. Esta consejería es necesaria ya que durante la gestación se producen cambios fisiológicos de la mujer que son importantes para el desarrollo del bebe.

3. La consejería para la lactancia materna exclusiva y como complemento alimenticio, que surge como resultado del amplio consenso internacional acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y la complementaria hasta los 2 años o más46 , y del reconocimiento de que la práctica de la lactancia necesita de promoción con información y educación precisa y oportuna a madres, familias e instituciones.

4. La suplementación con micronutrientes con énfasis en niños de 6 a 24 meses de edad. En las zonas urbanas y rurales con baja prevalencia de desnutrición crónica (talla baja), entregar polvos de micronutrientes en lugar de la Nutricrema. En las comarcas y las zonas rurales con alta prevalencia de desnutrición crónica, modificar la entrega de Nutricrema a través de dos opciones a ser evaluadas: a) modificar la fórmula de Nutricrema para que esté de acuerdo con las recomendaciones actuales relativas a los alimentos complementarios fortificados, o b) mantener la fórmula de Nutricrema, pero entregarla junto con polvos de micronutrientes. Lo anterior se complementa con acciones necesarias para resolver cualquier problema de abasto para asegurar una cobertura del 100% en estas regiones y la entrega de manera regular y constante.

5. La distribución de complementos alimentarios según la norma y la consejería en alimentación para mejorar las prácticas de alimentación complementaria. Entre otras, esta consejería debe lograr que los padres comprendan las señales de los niños en relación a sus necesidades de alimentación, almacenen y manipulen los alimentos complementarios adecuadamente, los preparen de una manera inocua, con cantidades, formas y frecuencias adecuadas para su edad47.

46 La leche humana posee proteínas, carbohidratos, grasas, energía y agua en una proporción equilibrada y suficiente para el crecimiento y desarrollo de los bebés, así como factores protectores, sustancias inmunológicas y hormonas que protegen a los bebés de infecciones, alergias y enfermedades crónicas en la vida adulta. Adicionalmente, el amamantamiento genera un vínculo afectivo que favorece el apego.

47 La alimentación complementaria debe empezar desde los siete meses; en el primer año, la consistencia y solidez de los alimentos debe aumentar para que a partir del año el niño coma los mismos alimentos que el resto de la familia pero continúe con la lactancia materna. A partir de los dos años la lactancia materna debe detenerse.

Cuadro 5.
Indicadores de verificación para el Derecho de Atención de la salud

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Atención de la embarazada	Controles prenatales	% de mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron su primer control prenatal por médico o enfermera antes de las 12 semanas de gestación en su embarazo más reciente. Porcentaje de mujeres embarazadas que al final del tercer trimestre de gestación hayan completado al menos 5 controles prenatales (por lo menos uno por cada trimestre).	Tasa de mortalidad materna
	Plan de parto	No. de mujeres con plan de parto elaborado.	
	Vacunación	Porcentaje de mujeres embarazadas con 2da dosis o Refuerzo TT o TD (vacunación adecuada según la norma)	
	Suplementación adecuada durante embarazo	Porcentaje de mujeres embarazadas con bajo peso durante el embarazo. Porcentaje de mujeres embarazas con sobrepeso y obesidad según edad gestacional	
Atención del parto	Parto institucional	% de mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente fue realizado por personal calificado en un servicio de salud.	Tasa de mortalidad materna Tasa de mortalidad infantil (neonatal)
Atención de salud de la mujer postparto y neonato	Control post parto a la mujer y al neonato	Mujeres en edad reproductiva (15-49) que en su embarazo más reciente en los dos últimos años recibieron cuidado de post-parto por personal calificado dentro de las primeras 48 horas Neonatos que recibieron atención neonatal por personal calificado en un servicio de salud dentro de las 48 horas siguientes a su nacimiento.	
	Consejería en planificación familiar	Mujeres en edad reproductiva (15-49) que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar.	Tasa de mortalidad materna

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Atención de salud del niño/a	Controles de Crecimiento y Desarrollo	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año con 5 o más controles de crecimiento y desarrollo. Porcentaje de niños y niñas menores de 1 a 4 años que tienen al menos dos controles de crecimiento y desarrollo durante el período de prestación evaluado (1 ano de prestación).	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (Talla para la edad) Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad de menores de 5 años
Atención de salud del niño/a	Vacunación	Niños de 0-59 meses con seroconversión positiva para Vacunas. Niños 0-59 meses identificados con vacunación completa para su edad	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (Talla para la edad) Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad de menores de 5 años
	Tamizaje genético y de desarrollo	% de niños con tamizajes genético y neuro-desarrollo.	
	Control de infecciones	Niños de 12 a 59 meses que recibieron segunda dosis de tratamiento antiparasitario en el último año,	
Apoyo a la nutrición	Alimentación adecuada durante la gestación	Bajo peso durante el embarazo % Sobrepeso y obesidad según edad gestacional %	Tasa de mortalidad materna
	Consejería en lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Tasa de lactancia exclusiva en menores de 6 meses	Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (Talla para la edad) Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad de menores de 5 años
	Suplementación con micronutrientes	Porcentaje de niños entre 6 y 24 meses que están en los programas de suplementación incluyendo micronutrientes	
	Consejería en alimentación complementaria y distribución de complemento según norma	Porcentaje de niños menores de 5 años que están en los programas de alimentación complementaria en zonas focalizadas.	

iii) Aprendizaje Temprano

El Derecho de aprendizaje temprano tiene dos atenciones: educación inicial y educación preescolar. Estas atenciones buscan lograr el desarrollo armónico de los niños y niñas, primero desde los cero a 3 años, y segundo, cuando están en edad preescolar en aspectos intelectuales, socio-emocionales y psicomotores.

Educación inicial

Esta atención tiene por objetivo potenciar el desarrollo infantil, en todas sus áreas (cognitivo, motor, emocional, afectivo) a través de la habilitación de ambientes favorables a su desarrollo. Entiéndase como ambientes, espacios en el hogar, la comunidad o en centros infantiles. Esta atención supone la concepción de los niños y niñas como "seres abiertos, con intereses y curiosos"48.

En base Peralta V., las características de esta atención obedecen a un reconocimiento del niño y la niña como sujeto activo de su propio aprendizaje, que pertenece a una cultura determinada, por lo que se requieren de mayores niveles de flexibilidad, contextualización y adaptación en el abordaje.

Se sabe que los primeros dos años de vida son el único momento del ciclo vital en que el coeficiente intelectual puede ser aumentado, por lo que la provisión de experiencias interactivas y estímulos en esta etapa aumentan la capacidad cognitiva de los niños en etapas posteriores (Bennett, 2008). También se conoce que la atención en centros externos en edades tempranas, es importante para el desarrollo de habilidades no-cognitivas, facilitan la integración social con otros niños y la consolidación de motivación para el aprendizaje y el proceso educativo posterior. Los niños motivados tienen mayor probabilidad de éxito educativo (Cunha et. al, 2005). Igualmente, cumple la función de fomentar el desarrollo de los niños cuando los padres están trabajando.

Algunos estudios demuestran que los niños que asisten a servicios externos al hogar en los primeros años de vida suelen tener mejor desempeño en la enseñanza primaria que aquellos que no lo hacen (Sylva et al, 2003; NICHD, 2005; NIEER, 2006; Bennett, 2008; NZCER).

En la mayoría de los países se observa una tendencia a contemplar en los currículos educativos de primera infancia, la atención del ciclo de edad que va desde el nacimiento o los primeros meses de vida hasta los cinco o seis años.

En los países desarrollados, hay una sostenida tendencia a ampliar la cobertura de la Atención, pero no todos priorizan las edades menores de tres años. Dentro de los que dan garantía de esta Atención están, por ejemplo Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Portugal y Suecia. Alemania e Israel lo hacen para los 3 años en adelante, Reino Unido a partir de 4 años, Francia y Holanda a niños de 3 y 4 años respectivamente pero no a servicios de asistencia diaria. (Bradshaw y Finch, 2002).

Sin embargo, algunos de los países que no garantizan el acceso a servicios, sí lo hacen para determinados sectores de mayor vulnerabilidad, como por ejemplo para hogares monoparentales. Ejemplos de esto se pueden encontrar en Australia, Austria, Israel, Italia, Japón (Bradshaw y Finch, 2002).

48 Maria Victoria Peralta, Nota Técnica. Pg. 13

La región latinoamericana viene mostrando un importante esfuerzo por introducir en los currículos educativos, a la primera etapa de vida (menores de tres años). Peralta V. (2008), realiza un análisis comparativo de los currículos educativos de América Latina, en donde observa algunas características generales importantes. En particular, destaca que, aunque la mayoría de los países cuentan con currículos educativos que incorporan el ciclo vital para menores de tres años, no diferencian, sin embargo, las características propias de esta etapa. Relacionado con el punto anterior, se observa además una creciente incorporación de las modalidades "no formales" o alternativas en los currículos, mostrando un reconocimiento al alto porcentaje de niños que son atendidos a través de la modalidad familiar o comunitaria.

Cuadro 6:
Denominación de los currículos nacionales oficiales para primera infancia por países, edades comprendidas en los mismos y tipo formal o no formal.

PAÍS	DENOMINACIÓN	EDADES QUE COMPRENDE	Formal	No formal
Argentina	Diseño Curricular	45 días a 2 años 2 y 3 años 4 y 5 años	X	
Bolivia	Plan y Programas de Estudio	0 a 6	X	X
Brasil	Referencial Curricular	0 a 6 años	X	X
Costa Rica	Programa de estudio	0 a 5 años	X	X
Colombia	Lineamientos curriculares	Grado cero 5 y 6 años	X	
Cuba	Programa	0 a 1 año 2 y 3 años 4 y 5 años 6 años	X	
Chile	Bases curriculares	0 a 6 años	X	X
Ecuador	Referente Curricular	0 a 5 años	X	X
El Salvador	Programa	0 a 3 años 4 y5 años 6 años	X	X
Guatemala	Currículo Nacional Base	4 a 6 años	X	X
Honduras	Diseño Curricular Nacional	0 a 6 años	X	X
Jamaica	Programa	4 años		X
México	Programa de Educación Inicial y Preescolar	0 a 3 años 4 y 5 años	X	X
Nicaragua	Guía Multinivel	3 a 6 años	X	X
Paraguay	Programa de Estudios	0 a 6 años	X	X
Perú	Diseño Curricular Nacional	0 a 2 3 y 6 años	X	X

PAÍS	DENOMINACIÓN	EDADES QUE COMPRENDE	Formal	No formal
Rep. Dominicana	Formulación Curricular	0 – 2 años 2- 4 años 4 - 6 años	X	X
Uruguay	Diseño Curricular básico	0 a 36 meses 3, 4 y 5 años	X	
Venezuela	Currículo	0 a 6 años	X	X

Fuente: Elaboración propia en base a Peralta, V. (2008,2011)

Los componentes básicos que hacen a la calidad de esta Atención, pueden clasificarse en dos: i) aspectos estructurales y ii) aspectos de proceso. Dentro de los primeros se encuentran los parámetros más tangibles de la Atención, como por ejemplo ratio adulto/niño, formación del personal a cargo, infraestructura y equipamiento (Vandell y Wolfe, 2000). En los aspectos de proceso, se encuentran los aspectos que tienen que ver con el proceso educativo, experiencias, aprendizajes, vínculos con los adultos y funcionamiento general de la Atención (Vandell y Wolfe, 2000, Fergunson y Lawrance, 2005; Bennet, 2008).

A nivel de componentes estructurales, existen normativas internacionales contra las cuales se pueden comparar los servicios existentes. Por ejemplo, en Estados Unidos, la National Academy of Early Childhood Programs, define que para menores de 15 meses, el ratio adulto/ niño es de uno cada 6 y 8 niños; para grupos de 12 a 36 meses, es un adulto para grupos de entre 6 y 12 niños. Sin embargo cuando se compara esta normativa con la realidad de los países de la OCDE, se encuentra que la mayoría de ellos no establece estándares centralmente, teniendo por tanto alta variación al respecto.49

Los niños y niñas de 0 a 3 años de Panamá reciben educación inicial tanto en su entorno familiar como comunitario y en centros de atención integral. Entendiendo que la familia es la primera educadora insustituible, la educación inicial en el contexto familiar consta de los estímulos que los padres de familia o cuidadores brindan a los niños y niñas a fin de sentar las bases de su identidad y desarrollar sus habilidades cognoscitivas, físicas, de convivencia.

Existen una serie de iniciativas que brindan orientación a los padres de familia y cuidadores sobre cómo pueden ser protagnositas del proceso de aprendizaje. Destacadas entre ellas está la "Guía de Orientación Infantil de 0 a 8 años" elaborada por UDELAS y UNICEF para fomentar en los padres de familia, el deseo por conocer la importancia de la estimulación temprana en la enseñanza y el aprendizaje y en todo el proceso de crecimiento del niño.50 No obstante, se desconoce qué alcance ha tenido la implementación de esta Guía a nivel familiar y no se han detectado investigaciones que permitan obtener indicadores de impacto sobre el desarrollo infantil a partir de su uso en ese contexto.

A modo general, en Panamá existe un vacío de información e investigaciones acerca de las prácticas familiares que favorecen la educación inicial. Esto puede cambiar a partir de 2014 con la publicación de parte de UNICEF y la Contraloría General de la República de los resultados de la primera Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MIC) que

49 Un procesamiento de esta información puede encontrarse en la publicación del PNUD Proyecto Desarrolla Uruguay, Corbo G y Rossel C. "Servicios de Cuidado infantil: condiciones de calidad y resultados". Abril 2010.
50 UDELAS al Día. http://www.udelasaldia.com/modulos/mod_periodico/pub/mostrar_noticia.php?id=123

permitirá dimensionar con mayor precisión el rol y actividades de la familia en la promoción de la educación inicial.

El Estado Panameño ha promovido la formación de capacidades para la educación inicial en el entorno familiar, y por extensión en el entorno comunitario, a través del programa de Educación Inicial en el Hogar (EIH) que brinda orientación semanal a madres que son formadas para transmitir conocimiento a otras madres, padres y miembros de la comunidad sobre los cuidados básicos de sus hijos (alimentación, lactancia materna, entre otros), pautas saludables y prácticas de estimulación temprana. Esta modalidad de educación inicial comunitaria mantiene una cobertura limitada principalmente a áreas de difícil acceso, tanto rurales como comarcales. La educación inicial en el hogar y en el ámbito comunitario carecen de estándares de calidad y de métodos de medición de impacto sobre el desarrollo, en tanto que también mantienen debilidades en los procesos y herramientas de supervisión.

Respecto de la educación inicial en centros, la Ley de Educación establece como su objetivo el de "brindar a la niñez la estimulación temprana, procurando el desarrollo óptimo de sus capacidades y ofreciendo una atención integral de manera que les garantice niveles favorables de salud (bienestar físico, social y psicológico) desde su nacimiento hasta los 5 años. Congruente con este objetivo, educación inicial en centros se organiza de la siguiente manera:

- Parvulario 1: comprende a los lactantes desde su nacimiento hasta los 2 años de edad.
- Parvulario 2: comprende a los maternales, cuyas edades fluctúan entre los 2 y 4 años de edad.51

A pesar de que la Ley General de Educación establece al MEDUCA como el ente rector de la educación desde el nacimiento hasta los 5 años, en 1999 se instaura el Decreto 30 de 199052 por medio del cual se le transfiere esta rectoría al MIDES dentro de una concepción de protección y no de educación integral, por lo que es difusa la asignación de las competencias de rectoría, el desarrollo de estándares, así como los métodos de supervisión.

La educación inicial en centros se da por medio de entidades del sistema educativo, entidades del sector social, entidades privadas o religiosas, y modalidades institucionales. Según datos del Censo Nacional 2010, de los 260,605 niños y niñas entre 0 y 3 años en Panamá, solamente el 2.9% son atendidos en centros de atención integral.

Aunado a la baja cobertura, la educación inicial en Panamá carece de una oferta programática sistematizada y homogénea y persisten debilidades respecto de los estándares de calidad, los cuales no son uniformes en su aplicación a través de los diferentes centros. Igualmente, se manifiestan debilidades en los criterios de evaluación de dichos estándares y los sistemas de supervisión.

Para el fortalecimiento de esta Atención, la RAIPI propone la ampliación de la cobertura, el fortalecimiento de las modalidades de educación inicial en los entornos familiares y comunitarios, así como en centros desde la perspectiva programática (de contenido) y de fortalecimiento de capacidades del recurso humano, como del desarrollo de estándares de calidad para su aplicación diferenciada en los diferentes ámbitos, la elaboración de criterios uniformes para

51 Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Currículo y Tecnología, 2012. Programa de Preescolar: 4-5 años. Panamá.

52 Decreto Ejecutivo No. 30 del 13 de agosto de 1999 por el cual se adoptan disposiciones para la creación de los Centros Integrales de Desarrollo Infantil, Parvularios y de Orientación Infantil en el territorio nacional.

la medición del desarrollo infantil, proceso que debe ser desarrollado y supervisado por el Ministerio de Educación como ente rector.

Cuadro 7:
Indicadores de verificación para los hitos de las Atenciones de educación inicial y preescolar

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
		Derecho: Educación	
Educación Inicial	Matricula en algún centro de desarrollo infantil Familia conoce y ejecuta el currículo y guías de educación inicial	% de niños de 0-3 años matriculados en centro de desarrollo infantil. Currículo y guías de aplicación en diferentes contextos diseñados. Sistema de habilitación, funcionamiento y monitoreo de los oferentes de servicios de educación inicial.	Niños logran su desarrollo integral (cognitivo, socioemocional, físico)

Educación preescolar
La atención de educación preescolar busca lograr el desarrollo armónico de los niños de 4 y 5 años en aspectos intelectuales, socio-emocionales y psicomotores, y su preparación para su inserción en la educación primaria.

Un amplio acervo de literatura encuentra que las necesidades de desarrollo se vuelven más complejas en el tiempo, y que a partir de los cuatro años los niños se favorecen ampliamente de participar en programas con ambientes saludables y seguros, con intervenciones educativas y sociales intencionales y sistemáticas53. La educación preescolar debe: (i) involucrar la socialización de los niños con agentes diferentes de la familia; (ii) proveer espacios de aprendizaje relacionados con el juego y la exploración de medio; e idealmente (iii) posibilitar que cada niño siga sus intereses particulares.

Debido a que las discrepancias y las frecuentes interrupciones en los contextos y procesos de aprendizaje pueden disminuir la efectividad de las intervenciones, y a que la educación inicial se enmarca entre la estimulación temprana y la educación básica, se debe prestar particular énfasis en que el proceso educativo tenga coherencia y continuidad.54 Así, las intervenciones de educación preescolar deben partir de los procesos cognitivos y de socialización que se han venido trabajando desde el hogar, e incrementar gradualmente la riqueza y complejidad de las actividades y experiencias hasta construir habilidades complejas y la consolidación neurológica que se requiere para el ciclo educativo. Adicionalmente, se debe buscar que el sistema tenga una calidad constante durante todo el ciclo de vida.

53 En los últimos años se ha desplegado abundante investigación acerca del impacto de la educación inicial. Entre otros, esta investigación ha encontrado que la educación inicial tiene efectos en: (i) la probabilidad de desarrollo de capacidad cognitiva de los niños en etapas posteriores (Bennett, 2008); (ii) habilidades no-cognitivas, como la capacidad de auto-control e integración social; (iii) la motivación de los niños respecto a procesos de aprendizaje que enfrentan en etapas posteriores (Cunha, 2005); (iv) el desempeño educativo posterior (Sylva et al, 2003; NICHD,2005; Bennett, 2008; OCDE 2004 y 2005); y (v) ingresos y calidad de acceso a empleos en el mercado laboral (Schweinhart, 2004; Bennett, 2008).

54 La continuidad y la coherencia en las prestaciones se relaciona tanto con mejores resultados en términos de desarrollo cognitivo , como con la construcción de habilidades socioemocionales y de auto regulación.

A su vez, estudios de seguimiento de cohortes en largos períodos de tiempo indican que quienes recibieron atención temprana tuvieron mejor desempeño en el ingreso al mercado laboral, y reciben mayores ingresos que otros con perfil similar que no la recibieron (Schweinhart, 2004; Bennett, 2008). Estos estudios indican que la intervención temprana es un instrumento eficaz para acortar las brechas de desempeño educativo entre los sectores más y menos desfavorecidos de la población. Por tanto, para los casos de niños mayores a tres años, las evidencias son contundentes en términos de los efectos positivos que posee la asistencia a centros. Sin embargo, no existen suficientes estudios que se concentren en los efectos en las edades tempranas y en los que sí existen, las evidencias no son del todo contundentes.

Según el Ministerio de Educación, la educación preescolar en Panamá tiene como finalidad "desarrollar, de manera integral, las áreas psicomotora, cognoscitiva y afectiva de los niños y niñas aplicando estrategias y estilos pedagógicos apropiados al desarrollo psico-evolutivo de los estudiantes de esta edad escolar, partiendo de su natural condición del desarrollo de sus potencialidades en la adquisición del lenguaje, el desarrollo psicomotriz, el desarrollo de habilidades, destrezas básicas de lecto-escritura, la libre expresión y socialización de su personalidad y el desarrollo lógico matemático".55

En Panamá, la educación preescolar, que abarca el ciclo educativo que cubra a niños de 4 y 5 años de edad, pertenece a la Educación Básica General y es de carácter universal, gratuito y obligatorio.

Las normativas que establecen los contenidos curriculares de esta Atención a nivel formal son emitidas por la Dirección Nacional de Currículo y Tecnología Educativa del MEDUCA, que se encarga de la elaboración de los programas curriculares de todos los niveles. En el 2013, se ha realizado una actualización del mismo56, para el "Programa de Preescolar 4 y 5 años" con asistencia del BID.

En Panamá, la educación preescolar se materializa en prestaciones formales y no formales. La modalidad formal opera en salones escolares adscritos a un centro educativo, y está dirigida por una profesora con título de educación inicial o preescolar.

Por otra parte, la educación preescolar no formal cuenta con una heterogeneidad de prestadores (MEDUCA, MIDES, prestadores privados) y servicios (CEFACEI, CEIC, EIH y COIF), y difiere entre otros, en términos de: (i) el perfil de los profesores, que puede ir desde madres animadoras elegidas por la comunidad, hasta licenciadas en pedagogía; (ii) la relación niño/adulto, que puede variar desde menos de 15 niños por adulto en los CEIC, hasta 25 niños por adulto en los CEFACEI; (iii) la infraestructura en la que operan, la cual va desde centros comunitarios en el caso de los COIF comunitarios, hasta centros específicamente diseñados para la atención infantil; (iv) las metodologías de atención, que implican la asistencia diaria de los niños en el caso de los COIF, y talleres con padres en una o dos sesiones semanales en el caso del EIH. Para el caso de los servicios no formales que dependen directamente del MEDUCA (CEIC, CEFACEI e EIH), se identifica ausencia de normas y estándares.

La cobertura de educación preescolar –tanto formal como no formal— en Panamá se ha expandido progresivamente en la última década, aunque persiste una brecha importante especialmente en el cohorte de 4 años. Según el Boletín Estadístico del Ministerio de Educación correspondiente al año 2012, la cobertura de preescolar para niños de 4 años alcanza el 50.3%, mientras que de 5 años alcanza el 78.6%.57

55 Ministerio de Educación. Programa de Preescolar. Panamá, 2012, pg. 5
56 http://www.meduca.gob.pa/docentes/PNB/1%C2%BA.pdf
57 Ministerio de Educación. Boletín de estadísticas educativas 2012.

En el contexto de la RAIPI, los hitos verificables de la Atención de preescolar son: (i) Matrícula a cualquier entidad (formal o no formal) que provea servicios de preescolar; y (ii) Asistencia regular a la institución prestadora. La definición del porcentaje de asistencia que es considerado aceptable debe definirse aún a nivel país.

El siguiente cuadro muestra los indicadores a ser monitoreados a nivel individual y a nivel poblacional para la Atención de educación preescolar. En efecto, se espera que la Ruta permita verificar de modo nominalizado los hitos de la Atención de matrícula y asistencia a preescolar; mientras que a nivel poblacional, los indicadores de seguimiento intermedios y de resultado serán los que se proponen abajo:

Cuadro 8:
Indicadores de verificación para los hitos de las Atenciones de educación inicial y preescolar

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Derecho: Aprendizaje temprano			
Educación Preescolar	Matricula en preescolar 4 años Matricula en preescolar 5 años Asistencia a preescolar 4 años Asistencia a preescolar 5 años	% de niños de 4 y 5 años matriculados en preescolar % de niños 4 y 5 años que asisten a preescolar Tasa de deserción preescolar	Tasa de repitencia y deserción de primer grado

iv) Identidad

El derecho de identidad es el reconocimiento jurídico y social de una persona como sujeto de derecho y responsabilidad. Los Estados tienen el deber de asegurar una identidad legal, la cual debe coincidir con la identidad biológica del individuo. El derecho a la identidad se procesa a través del registro civil de nacimiento, el que permite al niño adquirir una identidad, un nombre y una nacionalidad. Este acto lo dota de ser sujeto de derechos dentro de un Estado, así como a un conjunto de derechos humanos reconocidos internacionalmente.

En la RAIPI, la realización de este Derecho comprende tres atenciones: (i) la cedulación de las madres gestantes que no tengan documento de identificación, condición que facilita la posterior realización de identidad jurídica del niño o niña al nacer. (ii) la inscripción en el registro civil que otorga al niño o niña la identidad jurídica, a través del certificado de nacimiento, y (iii) cedulación del niño que provee al niño del instrumento que acredita su identidad a todos los efectos. La cédula de identidad es el medio de verificación del registro civil del niño y niña y que le otorgan una identificación única y válida para el resto de su vida.

Según el Estado Mundial de la Infancia 2011 (UNICEF, 2011), América Latina posee bajas tasas de registro de nacimiento. Estas a su vez afectan particularmente a ciertas categorías de niños y niñas más que a otros, en especial a los más pobres. Dentro de las causas asociadas al no registro, el citado informe resalta la persistencia de legislaciones con políticas y reglas administrativas que son obstáculos para la mayoría de los grupos desfavorecidos. Una de las principales barreras es el conjunto de requisitos solicitados a los progenitores, por ejemplo, que la madre esté acompañada por el padre para registrar a su hijo, que los padres tengan que presentar el certificado de nacimiento, o que deban probar su residencia.

El Tribunal Electoral es la institución encargada de establecer las normas para las Atenciones que dan garantía a este derecho en Panamá, tanto para el proceso de inscripción como de cedulación.

En el caso de la inscripción de nacimiento, la misma es regida por las normas establecidas por la Dirección de Registro Civil. Esta entidad tiene por objeto la prueba de la existencia de las personas y de su estado civil, mediante la inscripción y certificación de los nacimientos, los matrimonios, las defunciones, las naturalizaciones y demás hechos y actos jurídicos relacionados con el estado Civil. También tiene la responsabilidad de salvaguardar los derechos humanos relativos al estado civil, reconocidos en las convenciones internacionales y otros instrumentos de igual naturaleza. Entre sus servicios está el de la inscripción de nacimiento tanto para nacimientos dentro o fuera de una institución de salud.

El 97% de los niños y niñas en Panamá está inscrito en el Registro Civil. Las áreas donde el problema es mayor son las indígenas donde el no registro alcanza el 7%, lo que alude a un problema de alcance a la oferta del servicio.

La cedulación tiene un proceso independiente del de Registro Civil a pesar que es la misma institución la responsable de ambas atenciones (TE). La cedulación está a cargo de la Dirección Nacional de Cedulación la cual, en el caso de los menores de edad, ofrece la cédula juvenil que puede ser expedida desde el nacimiento y tiene validez hasta los 17 años. Actualmente, la cédula juvenil no es obligatoria legalmente y conlleva un costo para su expedición.

En el contexto de la RAIPI, los hitos de verificación de esta Atención son: (i) la inscripción de la madre en el Registro Civil y la expedición de su cédula; (ii) la emisión del parte médico del niño o niña y su inscripción en el registro civil; y la (iii) expedición de la cédula de identidad del niño o niña. A continuación, se presentan los indicadores de resultados intermedios y de resultados finales para cada hito de atención.

Cuadro 9:
Indicadores de verificación para el Derecho de identidad

Atención	Hitos verificables de la Atención	Indicadores de resultados intermedios	Indicadores de resultado finales
Derecho: Identidad			
Cedulación de la madres gestantes	Inscripción de la madre en el Registro Civil y cédula	% de madres con cedula de identidad vigente en el momento del parto.	% de niños/as con cinco años cumplidos con cédula de identidad vigente.
Registro civil	Parte médico e inscripción en el registro civil	% de Niños/as inscriptos en registro civil durante el primer mes de vida	
Cédula de identidad	Cédula de identidad	% Niños/as con cédula de identidad expedida antes de los primeros tres meses de vida	

C. Servicios de la Ruta de Atención

En la RAIPI los Servicios son entendidos como aquellas prestaciones o programas que permiten de manera articulada asegurar las Atenciones que cada niño, niña debe recibir para asegurar sus Derechos. Por lo tanto, es en los servicios donde se concreta la integralidad de todas las Atenciones que han sido identificadas como relevantes en la Ruta.

En su ejecución, los servicios pueden presentar diferentes características. Una de ellas es la diversidad de proveedores públicos o privados que pueden ofrecer estos servicios. Sin embargo la supervisión de la calidad de los mismos debe ser de la institución Rectora responsable de la Atención. En segundo, existen servicios principales y complementarios, rol que puede variar según el hito de atención y la etapa vital. Los servicios principales son aquellos programas o proyectos que implementa la atención requerida según etapa vital y los servicios complementarios son aquellas prestaciones que cumplen un rol de apoyo a los servicios principales, que puede ser de identificación, referencia y/o de promoción de la necesidad del servicio.

A continuación se describen los Servicios que corresponden por Atenciones, el ente responsable de su provisión, y los problemas y limitaciones detectados, haciendo énfasis en la agenda futura de recomendaciones para la implementación exitosa de la Ruta.

i) Servicios de las Atenciones de Pautas de Crianza

Al comparar las atenciones existentes en Panamá con las mejores prácticas según las experiencias internacionales y la literatura relevante, se ilumina la necesidad de consolidar y estandarizar los servicios de las atenciones de pautas de crianza. Actualmente, el desarrollo de acciones de inducción a la crianza y consejería en Panamá se cumple a través de diferentes instituciones, incluyendo el MIDES, MEDUCA y MINSA, lo cual contribuye a un política pública fragmentada que carece de institucionalización y el desarrollo de un paquete de contenidos sobre prácticas de crianza que estén metodológica y culturalmente adecuado a los diferente grupos étnicos. El RAIPI propone la consolidación y formalización de los atenciones a la inducción a la crianza, contribuyendo al fortalecimiento y mejoramiento de los servicios brindados.

Con referencia a la inducción a la crianza, el Programa de Orientación Familiar desarrollado por el MEDUCA que tiene como objetivo promover la crianza y educación a través de una reunión bimensual con los padres y madres y reuniones voluntarios semanales por las madres, cuenta con participación limitada e irregular. La escuela para padres tampoco cuenta con un currículo estandarizados, ya que el contenido se enfoca en temas ligados al desarrollo personal, relaciones familiares, comunicación y comunidad y adicional cada escuela un currículo particular en temáticas propias a la comunidad educativa en particular. Los programas ejecutados por el MINSA también carecen de lineamientos estandarizados, ya que aunque la red fija e itinerante del MINSA provee Clases de Parto durante la gestación y visitas domiciliarias para entregar consejerías, no se identificaron procedimientos, contenidos y acciones orientadas hacia la dotación de esta atención, además no existen lineamientos y servicios que provean una atención a la inducción a la crianza en forma sistemática.

La información disponible en Panamá muestra que se sabe poco acerca de la cobertura y el contenido de las atenciones a la inducción a la crianza, indicando la necesidad de esfuerzos

integradas e institucionalizadas. Con respeto a la cobertura de las programas existentes, el MINSA indica que en algunos centros de salud se desarrolla Clases de Parto bajo la modalidad de talleres grupales, por parte de personal de enfermería y/ o técnicos (por ejemplo parteras), pero no se cuenta con datos sobre cobertura para ningún prestador de la atención. No obstante, se desconocen los contenidos desarrollados, la frecuencia y duración de los mismos. Los problemas señalados con las programas existentes incluye (i) falta de institucionalización y el desarrollo de lineamientos y pautas para el desarrollo de esta atención (ii) falta de personal calificado para realizarlo y (iii) falta de información administrativa de cobertura y resultados de programas existentes.

En fin, los servicios relacionados a las pautas de crianza en Panamá esta brindado por varios instituciones en distintos entornos, presentando una cobertura limitada de servicios, sin un órgano de supervisión que regule la calidad de los mismo, y no se cuenta con lineamientos y estándares unificados a nivel país, que guíen la prestación de servicios. Los servicios también carecen de métodos de focalización, contribuyendo a las ineficiencias existentes, y en ningún caso existen estudios sobre la calidad y efectividad de estas modalidades de atención.

Para la concreción de las Atenciones de Pautas de Crianza (Inducción a la Crianza Adecuada y Entorno Familiar Positivo), la RAIPI propone el Servicio de Acompañamiento Familiar. En Panamá hay un servicio denominado de acompañamiento familiar que se desarrolla como un componente de la Red de Oportunidades. Este servicio es realizado a través de 400 promotores a nivel nacional quienes como función la verificación del cumplimiento de los siguientes compromisos:

a. en educación, los niños de 4 a 17 años de los hogares beneficiarios deben matricularse y asistir regularmente a la educación básica y el representante del hogar o el adulto miembro en su nombre debe atender las reuniones bimestrales de la escuela.

b. en salud la asistencia regular de los niños y las niñas menores de cinco años y las mujeres embarazadas y lactantes, a los controles de salud mandados por el protocolo básico materno-infantil, la promoción y monitoreo del crecimiento, y el mantenimiento del esquema de vacunación completo.

c. En identidad, la inscripción de nacimiento.

En tanto este componente de la Red de Oportunidades a través del monitoreo de corresponsabilidades se enfoca en acciones relaciones con la Primera Infancia, la Ruta propone que este componente migre hacia un Servicio de Acompañamiento Familiar de la RAIPI, redefiniendo sus objetivos para asegurar las Atenciones del Derecho de Crianza Adecuada del modo siguiente:

1. Implementar el programa de inducción a la crianza, que implica el desarrollo de un currículo, diseño metodológico participativo y reflexivo así como materiales para su implementación con las características desarrolladas en la Atención.

2. Realizar la detección de vulnerabilidades, para el cual hay que desarrollar una herramienta de detección de los tres tipos de vulnerabilidades ya anotadas en la Atención: familias disfuncionales, familias con niños y niñas menores de seis años o uno o más personas con algún nivel de discapacidad y familias de extrema pobreza.

3. Monitorear las corresponsabilidades y responsabilidades de las familias con sus hijos e hijas menores de 6 años de edad tanto de la ruta como del nivel de cumplimiento de las Atenciones de los otros derechos de la Ruta, para lo cual será necesario la construcción de un documento guía.

Para cumplir con estos objetivos, será necesario trabajar en un diseño específico de este Servicio, para lo cual es importante tomar en cuenta lo siguiente:

a. Las experiencias y buenas prácticas internacionales y regionales anotadas en la sección de Atenciones a nivel metodológico y que dan cuenta de la importancia de la periodicidad y longitud del proceso de Acompañamiento durante los dos primeros años de edad desde la etapa prenatal.

b. La calidad del recurso humano, cuya captación deberá responder a un perfil determinado y entrar en un proceso de cualificación inicial y luego de servicio, de acuerdo a un plan específico de formación y seguimiento para el cumplimiento eficiente de su misión. En principio, a cuenta del diseño a realizar, la Ruta propone que este servicio de Acompañamiento Familiar cuente con dos tipos de recurso humano:

    - Promotor, promotora. Personal comunitario que se relaciona directamente con las familias para el cumplimiento de los tres objetivos enunciados sobre la base del desarrollo del currículo de inducción a la crianza. Esta relación debe hacerse combinando reuniones grupales semanales o bimensuales y visitas domiciliares. La periodicidad de las reuniones grupales dependerá de las características de dispersión y del nivel de conocimiento y comprensión que las familias tengan sobre la importancia de estos primeros años en la vida de las personas.

    - Supervisores. Profesional con formación social o educativa encargado de la formación, supervisión del personal comunitario y de capacitación a las familias en temáticas específicas de acuerdo a un plan anual establecido.

c. Coordinaciones territoriales. Dado que a lo largo del país existen diferentes instituciones públicas y privadas con personal dedicados a la promoción comunitaria, en el diseño de este servicio, es importante que se establezca los niveles de relación con estos promotores pudiendo crearse una red de apoyo con planes y metas compartidas. Del mismo modo se pueden crear alianzas a fin de que promotores de otras instituciones puedan participar activamente del programa de acompañamiento familiar previa cualificación para que cumplan con esta labor.

d. La rectoría y responsabilidad de llevar adelante este programa recae en el MIDES y las instituciones que operan bajo el paraguas normativo del MIDES, tales como SENNIAF, SENADIS e INAMU.

Cuadro No. 10
Instituciones responsables, situación del Servicio y agenda futura

Derecho: Pautas de Crianza Adecuadas					
Organismo rector: MIDES					
Atención	Servicio, prestación o programa		Entidad	Problema actual	Agenda futura
Inducción a la Crianza y Entorno Familiar Positivo	Servicios principales	Programa de Acompañamiento Familiar	MIDES SENNIAF	No existe un programa de acompañamiento familiar formalizado para la Atención.	Diseño y ejecución del programa
	Servicios complementarios	Identificación y promoción	Entidades públicas y privadas en territorio	Diferentes instituciones públicas y privadas actúan con las familias en un mismo territorio con agendas particulares que podrían complementarse	Formalizar un sistema de coordinación territorial con otros autores que potencialice los resultados del Servicio de Acompañamiento Familiar a través de la identificación de necesidades y promoción de servicios de la RAIPI con protocolos de referencia y contra-referencia que permita actuar articuladamente en el logro de los hitos de la atención establecida.

ii) Servicios de las Atenciones de Salud y Nutrición

Los servicios, programas o prestaciones que materializan las Atenciones de Salud y que son ejecutadas por las diferentes organizaciones públicas y privadas son de dos tipos: (i) Servicios o prestaciones principales: son aquellos servicios, programas o proyectos que implementa la atención requerida según etapa vital; y (ii) Servicios complementarios: son aquellas prestaciones o servicios que cumplen un rol de apoyo a los servicios principales.

Los servicios orientados a las atenciones de salud de la mujer embarazada, el parto, la atención del post parto y recién nacido, así como la salud del niño y el apoyo a la nutrición son implementados por entidades del sector público y privado. El Ministerio de Salud es el rector de la salud pública, encargado de emitir y supervisar las normas y protocolos de atención en toda la red pública de atención. En el caso específico de la salud materno-infantil, lo hace a través de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva y de Niñez y Adolescencia bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud. El MINSA presta servicios de salud a la población no asegurada por medio de la atención en la red fija, la cual está compuesta por más de 800 puestos, sub centros y centros de salud en todo el país así como instalaciones del

Cuadro 3:
Derecho de atención en salud

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Atención de salud de la embarazada	Servicios principales	PAISS+N PSPV Instalaciones de la red fija	MINSA	-Problemas relacionados con la continuidad del servicio de la red itinerante y personal calificado de la red fija que impacta la cobertura de controles prenatales y vacunación de embarazadas. -Ausencia de acuerdos a nivel comunitario que garanticen que la mujer embarazada asista a controles prenatales. -Falta de insumos y equipos para mejorar la captación temprana de embarazadas y mejorar la calidad de la Atención prenatal. -Carencia protocolos de referencia y contra referencia con otros promotores que trabajan en territorio, (como por ejemplo los de RdO , SENAPAN, EIH, etc.) que den aviso y derivación para la Atención de la mujer embarazada que presente ausencia o cantidad por debajo de la norma de controles prenatales y vacunación.	
		Instalaciones de la red fija	CSS	-Problemas de calidad de los servicios de primer nivel (personal idóneo, servicios básicos, espacios adecuados, interculturalidad) -Baja cobertura de captación oportuna de la mujer embarazada para comenzar la Atención de salud y control -Cobertura insuficiente de Atención de salud e insumos adecuados para la Atención prenatal. -Cobertura insuficiente del programa ampliado de inmunización (PAI).	
		Instalaciones de servicios de salud	Prestadores privados	Insuficiente incorporación de estándares de calidad y acreditación.	
	Servicios complementarios	EIH	MEDUCA	No existen protocolos de actuación de las madres animadoras del EIH para apoyar la captación y derivación de embarazadas para los controles prenatales y vacunación.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	-Los promotores de RdO y SENAPAN no poseen protocolos de actuación para apoyar la identificación, asistencia y derivación de las mujeres embarazadas a controles prenatales, y su vacunación. -No se han incorporado contenidos en los talleres con padres y cuidadores que promueven los controles prenatales y vacunación	

tercer nivel (hospitales). A la población en áreas de difícil acceso, tanto rurales como comarcales, el Ministerio de Salud presta una cartera de servicios priorizados con especial énfasis en la población materno-infantil por medio de los programa PAISS+N y PSPV, que constituyen una red itinerante implementada por las regiones de salud o proveedores privados. El mayor prestador de servicios de salud es la Caja de Seguro Social, entidad pública que atiende a la población asegurada y sus beneficiarios por medio de una red fija de centros de atención primaria y hospitales. La CSS, a través de su Programa Materno-Infantil, implementa las normas y protocolos desarrollados por el MINSA y dirigidos a la atención de la mujer embarazada y los infantes.

Las políticas y programas de nutrición en el país son desarrolladas por el Departamento de Nutrición de la Dirección de Provisión de Servicios del MINSA, e implementados en la red fija e itinerante del sector público. Se destacan entre los servicios dirigidos a la población materno-infantil, programas de alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes, fortificación de alimentos, y consejerías en nutrición. El Estado mantiene otros programas de apoyo directo a la nutrición, entre ellos los Bonos por Alimentos de SENAPAN y los huertos familiares y comunitarios que desarrolla el Despacho de la Primera Dama y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario.

	Agenda futura
	-Garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud por parte de proveedores de salud para comunidades de difícil acceso (red itinerante). -Diseño e implementación del plan de parto como parte de la Atención prenatal en los servicios de la red fija e itinerante. -Adquisición de pruebas rápidas para la red itinerante, equipos de laboratorio para la red fija. -Fortalecimiento de sistema de referencia y contra referencia de prestaciones para la Atención de la mujer embarazada entre prestadores de salud (fija e itinerante). - Definición y elaboración de protocolos de actuación y modelos de acuerdos para las UBA con servicios complementarios que operan a nivel territorial.
	-Generar sistema de supervisión de normas, para mejorar la calidad de Atención los servicios. -Aumentar cobertura de Atención de salud pre natal y en especial mejorar la captación oportuna de la mujer embarazada para comenzar la Atención de salud y control -Extensión y aplicación efectiva del programa ampliado de inmunización (PAI).
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de Atención
	Definir contenidos y elaborar protocolos para el apoyo a la captación temprana y derivación de embarazadas al control prenatal y vacunación.

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Atención del parto	Servicios principales	PAISS+N PSPV	MINSA	-Falta de una estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) por niveles de atención en el marco de una red de prestación de servicios de salud. -Debilidad en el sistema de referencia y contra referencia por parte de los equipos itinerantes con la oferta de la red fija para la Atención del parto institucional. -Ausencia de planes de parto desde el nivel comunitario para garantizar el parto institucional. -Barreras económicas para una atención institucional del parto. -Carencia de acuerdos y protocolos de atención con otros promotores que trabajan en territorio, (como por ejemplo los de RdO y SENAPAN), de modo de contar con sistemas de referencia y contra-referencia para la Atención del parto institucional.	
		Red fija	MINSA	-Falta de una estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) por niveles de atención en el marco de una red de prestación de servicios de salud. -Falta de insumos y equipos para la adecuada Atención del parto institucional -Déficit de recursos humanos (médicos y enfermeras) por áreas de difícil acceso para la Atención institucional del parto -Baja sensibilidad y formación del personal idóneo y técnico para atender el parto con criterios de interculturalidad. -Infraestructura inadecuada para la Atención del parto.	
		Instalaciones de salud	CSS	-Baja sensibilidad y formación del personal idóneo y técnico para atender el parto con criterios de interculturalidad. -Infraestructura inadecuada para la Atención del parto.	
		Instalaciones de salud	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	EIH	MEDUCA	Trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH no poseen contenidos para el fomento de parto institucionalizado.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES MIDES	Los promotores de RdO y SENAPAN no poseen protocolos de actuación para el apoyo del parto institucionalizado como parte de sus condicionalidades. Los Talleres con padres y cuidadores no incorporan contenidos para promover el parto institucionalizado.	

	Agenda futura
	Definir e implementar la estrategia CONE por niveles de atención. -Reforzar los protocolos de referencia y contra referencia para Atención del parto y emergencias obstétricas y neonatales. -Diseñar e implementar del plan de parto como parte de la Atención prenatal en los servicios de la red fija e itinerante. -Diseñar esquemas de incentivos comunitarios (subsidios de transporte) para aumentar la demanda del parto institucional para zonas de difícil acceso. -Elaborar protocolos de atención y derivación de diferentes prestaciones complementarias asociadas a la atención del parto institucional.
	-Definición e implementación de la estrategia CONE por niveles de atención. -Adquisición de insumos y de equipos necesarios para la Atención del parto institucional en áreas de difícil acceso. -Definición de un plan para la reubicación del personal calificado para la Atención del parto institucional. -Diseñar e implementar planes de sensibilización y de formación de personal idóneo y técnico para atender parto con elementos de interculturalidad. -Creación de espacios interculturales para la Atención del parto (albergues, casas maternas y salas de parto en instituciones de salud de la red fija con enfoque intercultural).
	-Diseñar e implementar planes de sensibilización y de formación de personal idóneo y técnico para atender parto con elementos de interculturalidad. -Creación de espacios interculturales para la Atención del parto.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir contenidos y protocolos de actuación a efectos de promover los partos institucionales.

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Atención de salud de la mujer postparto y neonato	Servicios principales	PAISS+N PSPV	MINSA	-Ausencia de una estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) por niveles de atención en el marco de una red de prestación de servicios de salud. -Déficit de recursos humanos (médicos y enfermeras) par áreas de difícil acceso para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Debilidad en el sistema de referencia y contra referencia por parte de los equipos itinerantes con la oferta de la red fija para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Débil consejería en planificación familiar diferenciada para adolescentes y por género. Inequidad de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar.	
		Red fija	MINSA	-Ausencia de una estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) por niveles de atención en el marco de una red de prestación de servicios de salud. -Falta de insumos y equipos para la adecuada atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Déficit de recursos humanos (médicos y enfermeras) par áreas de difícil acceso para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Débil consejería en planificación familiar diferenciada para adolescentes y por género. Inequidad de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar. -Insuficiencia de cobertura de tamizaje genético.	
		Red fija	CSS	-Ausencia de una estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) por niveles de atención en el marco de una red de prestación de servicios de salud. -Débil consejería en planificación familiar diferenciada para adolescentes y por género. Inequidad de acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar. -Insuficiencia de cobertura de tamizaje genético.	
		Instalaciones de salud	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	EIH	MEDUCA	El trabajo en los hogares de las madres animadoras del EIH no posee contenidos específicos para realización de consejería en planificación familiar.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	-El trabajo de los promotores territoriales no posee contenidos específicos para dar apoyo a controles post natales y no realizan consejería en planificación familiar. -Los talleres con padres y cuidadores no poseen contenidos específicos para dar apoyo y brindar consejería en planificación familiar.	
Atención de salud del niño/a	Servicios principales	PAISS+N PSPV Red fija	MINSA	-Baja cobertura de los controles de crecimiento y desarrollo -Baja calidad en la aplicación del tamizaje de desarrollo durante los controles de crecimiento y desarrollo según protocolo. -Homologación de mensajes y contenidos para el control de crecimiento y desarrollo -Debilidades en los protocolos de referencia y contra referencia para los casos de retraso en el desarrollo a especialista e IPHE (programa PTOF) por parte de los equipos de salud de la red itinerante y red fija. -Carencia de acuerdos y protocolos de atención con promotores que trabajan en territorio, (como por ejemplo los de RdO y SENAPAN), para detectar y derivar situaciones de niños con insuficiencia de controles de salud.	
		Instalaciones de salud	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	Programa PTOF	MEDUCA –IPHE	El programa PTOF no está incorporado dentro de la oferta de salud fija del primer nivel de atención	
		EIH	MEDUCA	El trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH no posee protocolos de actuación para promoción y apoyo de controles de salud, vacunación y tamizaje de desarrollo.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	-Los promotores no poseen protocolos de actuación para promover y apoyar controles de salud, vacunación y tamizaje de desarrollo. -Los talleres con padres y cuidadores no poseen contenidos para la promoción y apoyo de controles de salud, vacunación y tamizaje de desarrollo.	

	Agenda futura
	-Definición e implementación de la estrategia CONE por niveles de atención. -Definición de un plan para la reubicación del personal calificado para la atención emergencias obstétricas y neonatales. -Reforzar los protocolos de referencia y contra referencia para atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Revisión de procedimientos asociados a la consejería en planificación familiar y mejorar la cadena de abastecimiento y acceso a métodos anticonceptivos.
	-Definición e implementación de la estrategia CONE por niveles de atención. -Adquisición de insumos y de equipos necesarios para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Definición de un plan para la reubicación del personal calificado para la atención de emergencias obstétricas y neonatales. -Revisión de procedimientos asociados a la consejería en planificación familiar y mejorar la cadena de abastecimiento y acceso a métodos anticonceptivos. -Aumentar la cobertura para el tamizaje genético.
	-Definición e implementación de la estrategia CONE por niveles de atención. -Revisión de procedimientos asociados a la consejería en planificación familiar y mejorar la cadena de abastecimiento y acceso a métodos anticonceptivos. -Aumentar la cobertura para el tamizaje genético.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir contenidos y protocolos de actuación para apoyar la consejería en planificación familiar, para trabajo en hogares de EIH, talleres con padres y cuidadores de COIF y centros infantiles y promotores territoriales.
	-Garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud por parte de proveedores de salud para comunidades de difícil acceso (red itinerante) -Mejorar la aplicación del tamizaje de desarrollo por parte de los equipos de salud de la red itinerante y red fija durante los controles de crecimiento y desarrollo según protocolo. -Creación del pasaporte único de desarrollo infantil a nivel de la red fija y la red itinerante -Mejorar los protocolos de referencia y contra referencia para los casos de retraso en el desarrollo por parte de los equipos de salud de la red itinerante y red fija. -Definir contenidos y protocolos de actuación para la detección y derivación de parte de los promotores territoriales, para la mejora de los controles de salud de niño/a.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Incorporar los servicios del programa PTOF a la cartera de servicios de atención del primer nivel de atención en la red fija
	Elaborar contenidos y protocolos de actuación para la promoción y apoyo de la concreción de los controles de salud, vacunación y tamizaje de desarrollo en EIF, centros COIF y promotores territoriales.

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Control de infecciones	Servicios principales	PAISS+N PSPV Red fija	MINSA	-Falta actualizar las norma y protocolos para el manejo de la diarrea -Consejería para el tratamiento de infecciones: Ausencia de mensajes para el tratamiento de la diarrea en la consejería del AIN-C y debilidad de la consejería otorgada en la red fija. -Debilidad en la aplicación de los protocolos de referencia y referencia para el manejo de infecciones (IRA, EDA) -Debilidades en la cadena de suministro y abastecimiento de zinc para el tratamiento de la diarrea y desparasitantes para el tratamiento preventivo semestral de niños de 12 a 59 meses de edad -Carencia de acuerdos y protocolos de atención con promotores que trabajan en territorio, (como por ejemplo los de RdO y SENAPAN), para detectar y derivar situaciones de niños con insuficiencia de controles de salud.	
		Red fija	CSS		
		Instalaciones de salud	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	Inexistencia de protocolos de actuación para los promotores a efectos de que puedan identificar y derivar servicios de salud en situaciones de infecciones de madres gestantes o menores de 5 años.	
		EIH	MEDUCA	El trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH no posee protocolos de actuación en situaciones de infecciones de madres gestantes o menores de 5 años.	

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Suplementación adecuada durante la gestación	Servicios principales	PAISS+N PPV Red fija AIN-C	MINSA	-Insuficiencia de insumos de suplementos nutricionales para las gestantes (suplementos de hierro y ácido fólico) -Consejería sobre suplementación durante el embarazo: Debilidad del AIN-C en la consejería sobre suplementación durante el embarazo	
		Red fija	CSS	-Insuficiencia de insumos de suplementos nutricionales para las gestantes (suplementos de hierro y ácido fólico) -Debilidad en la consejería sobre suplementación durante el embarazo	
		Instalaciones de salud	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	Inexistencia de protocolos de actuación para los promotores a efectos de que puedan identificar y derivar servicios de salud, situaciones de posible desnutrición de la embarazada	
		EIH	MEDUCA	El trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH no posee protocolos de actuación para promoción y apoyo de la suplementación adecuada del embarazo.	

	Agenda futura
	-Inclusión del zinc para el tratamiento de la diarrea en la norma y protocolo de atención. -Incorporación de mensajes para el tratamiento de la diarrea en la consejería nutricional provista a nivel comunitario en el AIN-C y homologación de mensajes en la red fija -Mejorar los protocolos de referencia y contra referencia para los (IRA y EDA) por parte de los equipos de salud de la red itinerante y red fija. -Adquisición de zinc para el tratamiento de la diarrea y desparasitantes para las zonas de difícil acceso. -Definir contenidos y protocolos de actuación para la detección y derivación de parte de los promotores territoriales, para la mejora de los controles de salud de niño/a.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir protocolos de actuación para los promotores a efectos de que puedan identificar y derivar servicios de salud en situaciones de infecciones de madres gestantes o menores de 5 años.
	Elaborar contenidos y protocolos de actuación en situaciones de infecciones de madres gestantes o menores de 5 años.

	Agenda futura
	-Supuesto: Vincular y ampliar los servicios del AIN-C con los servicios itinerantes, la red fija y los programas de distribución de suplementos y alimentos. -Fortalecer el papel de las monitoras y su capacitación, las cuales serán incluidas como parte del sistema de salud. -Adquirir suplementos para gestantes y fortalecer la cadena de abastecimiento (suplementos de hierro y ácido fólico). -Consejería sobre suplementación durante el embarazo: Complementar las actividades de consejería AIN-C con acciones enfocadas en asegurar la buena salud materna (incluidos el uso de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo, edad del primer embarazo, control prenatal).
	-Adquirir suplementos para gestantes y fortalecer la cadena de abastecimiento (suplementos de hierro y ácido fólico). -Complementar las actividades de consejería con acciones enfocadas en asegurar la buena salud materna (incluidos el uso de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo)
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir protocolos de actuación para los promotores a efectos de que puedan identificar y derivar servicios de salud, situaciones de posible desnutrición
	Elaborar contenidos y protocolos de actuación para la promoción y apoyo de la concreción de una buena suplementación adecuada del embarazo.

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	Servicios principales	PAISS+N PSPV Red fija AIN-C	MINSA	-Mejorar la consejería en lactancia materna exclusiva: Se me incluyen únicamente algunas prácticas prioritarias (p. ej., la promoción de la lactancia exclusiva) pero no abordan otras, incluido el apego precoz. Más importante aún, el manual de la monitora y la guía de capacitación no contienen información detallada sobre las barreras específicas que podrían impedir el establecimiento y la continuidad de la lactancia exclusiva y continuada y tampoco establecen la importancia de identificar y abordar estas barreras de manera de poder modificar las prácticas.	
		Red fija	CSS	Debilidad en la consejería en lactancia materna exclusiva	
		Instalaciones de salud.	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	EIH	MEDUCA	El trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH no sensibilizan sobre la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niños/a.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	Los promotores no poseen dentro de sus prácticas la sensibilización sobre la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niños/a. En los talleres con padres y cuidadores no sensibilizan sobre la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niños/a	
		CONFOLACMA		Apoyo a sensibilización y formación de madres y cuidadores sobre la lactancia materna.	
		INSPECCION DE TRABAJO	MINISTERIO DE TRABAJO	Baja supervisión para el cumplimiento del derecho a la lactancia según regulación del mercado de trabajo	
Suplementación con micronutrientes	Servicios principales	PAISS+N PSPV Red fija AIN-C	MINSA MINSA	-Falta de información actualizada sobre indicadores claves (p eje., estado de micronutrientes, anemia en niños, entre otros) -Falta de estrategia y/productos para el control de la deficiencia de micronutrientes -Baja cobertura de suplementos de micronutrientes y promoción y consejería ineficaz para fines de uso.	
		Red fija	CSS		
	Servicios complementarios	Red de Oportunidades y SENAPAN	MIDES	-Ausencia de protocolos para trabajo de promotores para la identificación y derivación a servicios de salud, situaciones de posible desnutrición.	

	Agenda futura
	-Supuesto: Vincular y ampliar los servicios del AIN-C con los servicios itinerantes, la red fija y los programas de distribución de suplementos y alimentos. Fortalecer el papel de las monitoras y su capacitación, las cuales serán incluidas como parte del equipo comunitario de salud de la red fija e itinerante. -Consejería en lactancia materna exclusiva: Complementar las actividades de AIN-C con acciones enfocadas en asegurar la buena salud materna incluida consejería sobre lactancia materna. -Fortalecer la calidad de la implementación del AIN-C y del sistema de capacitación y supervisión. Mejorar la calidad de la consejería para que se enfoque en mecanismos concretos para superar las barreras de cambios de comportamiento relacionados con la lactancia materna exclusiva. -Seguir protegiendo la lactancia materna a través de la legislación y de normas que rijan la promoción y la distribución de sucedáneos de la leche materna; promover activamente la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad
	Mejorar la calidad de la consejería para que se enfoque en mecanismos concretos para superar las barreras de cambios de comportamiento relacionados con la lactancia materna exclusiva.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir contenidos y protocolos de actuación para que las madres animadoras de EIH sensibilicen y promuevan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del niño/a.
	Definir contenidos y protocolos de actuación para que promotores territoriales, como por ejemplo RdO y SENAPAN, y en los talleres con padres y cuidadores en COIF y centros infantiles sensibilicen y promuevan la lactancia materna exclusiva
	Definir contenidos de sensibilización.
	Mejorar sistemas de supervisión.
	-Supuesto: Vincular y ampliar los servicios del AIN-C con los servicios itinerantes, la red fija y los programas de distribución de suplementos y alimentos. Fortalecer el papel de las monitoras y su capacitación, las cuales serán incluidas como parte del equipo comunitario de salud de la red fija e itinerante. -Realizar una encuesta de micronutrientes y estado de nutrición con representatividad nacional y regional, incluidas las comarcas. -Diseñar una evaluación rigurosa que permita documentar el impacto de las estrategias en el estado de micronutrientes (en todo el país) y en el crecimiento) con prioridad en las comarcas y en regiones rurales con una alta prevalencia de talla baja) -En las comarcas y las zonas rurales con alta prevalencia de desnutrición crónica, modificar la entrega de Nutricrema, decisión que se basará en la disposición del gobierno a invertir en las distintas opciones: a) modificar la fórmula de Nutricrema para que esté de acuerdo con las recomendaciones actuales relativas a los alimentos complementarios fortificados dirigidos a población de 6-24 meses, o b) mantener la fórmula de Nutricrema, pero entregarla junto con polvos de micronutrientes. En las zonas urbanas y rurales con baja prevalencia de desnutrición crónica (talla baja), entregar polvos de micronutrientes en lugar de la Nutricrema -Mejorar la cadena de abastecimiento de suplementos nutricionales y mejorar la consejería a través del AIN-C. -Modificar el punto de entrega de los suplementos de micronutrientes a los promotores de salud y/o monitoras del AIN-C para asegurar su entrega oportuna y para que en el punto de entrega se aconseje y se dé consejería sobre su utilización apropiada.
	-Creación de protocolos de actuación para la identifican y derivación a servicios de salud, situaciones de posible desnutrición

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problemas actuales	
Alimentación complementaria	Servicios principales	PAISS+N PSPV AIN-C	MINSA	-Falta de información sistemática sobre la cobertura y utilización de la Nutricrema para mujeres embarazadas y niños de 6-24 meses de edad en las comarcas, población rural y otras poblaciones vulnerables -Problemas de abastecimiento de alimentos complementarios como la Nutricrema. -Consejería en alimentación complementaria: Baja incorporación de procedimientos para el control, sensibilización y promoción de la alimentación complementaria y de lo que brinda consejería nutricional. El AIN-C menciona la importancia de la frecuencia de alimentar a los niños, la consistencia de los alimentos, la necesidad de ir aumentando la variedad y la cantidad de los mismos conforme el niño avanza en edad, entre otros temas Sin embargo, la estrategia de comunicación no hace referencia específica a factores que podrían favorecer estas prácticas ni métodos puntuales que podrían ayudar a las madres a superar las barreras para mejorar las prácticas de alimentación complementaria.	
		Red Fija	MINSA		
		Red Fija	CSS		
		Red Fija	Prestadores privados	Incorporación de estándares de calidad definidos.	
	Servicios complementarios	EIH	MEDUCA	Trabajo en hogares de las madres animadoras del EIH sensibilizan sobre la adecuada incorporación de la alimentación complementaria.	
		Red de Oportunidades, SENAPAN y COIF	MIDES	-El trabajo de promotores territoriales no sensibiliza sobre la adecuada incorporación de la alimentación complementaria y brindan consejería nutricional. -En los talleres con padres y cuidadores sensibilizan sobre la adecuada incorporación de la alimentación complementaria.	
		CONFOLACMA		Poca sensibilización y formación de madres y cuidadores sobre la adecuada incorporación de la alimentación complementaria.	

	Agenda futura
	-Modificar el punto de entrega de los alimentos complementarios como la Nutricrema a los promotores de salud y/o monitoras del AIN-C para asegurar su entrega oportuna y para que en el punto de entrega se aconseje su utilización apropiada. -Consejería en alimentación complementaria Complementar las actividades de AIN-C con acciones enfocadas en asegurar prácticas para mejorar la alimentación complementaria. -Mejorar las herramientas existentes para apoyar la formulación de recetas aceptables y basadas en alimentos disponibles localmente y aceptables desde el punto de vista cultural.
	Mejorar el sistema de supervisión de normas, protocolos y estándares de atención.
	Definir contenidos y protocolos de actuación para que EIH sensibilice y promueva la adecuada incorporación de la alimentación complementaria.
	Definir contenidos y protocolos de actuación para que promotores territoriales, como por ejemplo RdO y SENAPAN, COIF y centros infantiles sensibilicen y promuevan la adecuada alimentación complementaria.
	Elaborar campañas y contenidos para sensibilización y formación de madres, padres y cuidadores.

iii) Servicios de las Atenciones de Aprendizaje Temprano

Los servicios principales que dan cobertura a la Atención de educación inicial son: i) educación inicial en el hogar y la comunidad y ii) educación inicial en centros. En tanto, los servicios principales que dan cobertura a la atención de educación preescolar son los preescolares formales, tanto del sector público como privado, y los no formales.

Educación inicial

La educación inicial se provee en el entorno familiar, y por extensión en el ámbito comunitario, a través del programa de Educación Inicial en el Hogar (EIH) regido por el MEDUCA y aplicado en las 13 regiones educativas. Este programa atiende a población directa que son las madres, padres y miembros de la comunidad. La población indirecta atendida son los niños de 0 a 6 años. Las localidades poseen una doble focalización por un lado desde el punto de vista geográfico, ya que es dirigido fundamentalmente a comunidades indígenas o de difícil acceso y de tipo socioeconómico ya que trabaja en poblaciones de extrema pobreza. En la actualidad, se atiende a 550 grupos de adultos en talleres semanales, lo cual indirectamente beneficio a aproximadamente 10 mil niños. El servicio es prestado por una red de aproximadamente 450 madres animadoras que reciben una compensación simbólica de $50 mensuales y una capacitación básica para realizar dicha tarea. Para el desarrollo de su tarea son formadas para transmitir a otras madres de sus comunidades los cuidados básicos de sus hijos (alimentación, lactancia materna, entre otros), pautas saludables y prácticas de estimulación temprana siguiendo una guía. El servicio carece de estándares de calidad definidos.

Según datos del MEDUCA, el 49.7% de los niños de 0 a 3 años atendidos por programas de educación inicial están inscritos en esta modalidad de servicio lo que quiere decir que la modalidad familiar tiene una extensión supremamente mayor a la de los servicios ofrecidos en centros.

Sin embargo, el EIH carece de estándares de calidad definidos y de mecanismos sistemáticos de supervisión de calidad. El recurso humano carece del nivel de especialización necesario para el desarrollo de los contenidos y de materiales apropiados para su implementación. La RAIPI considera que la modalidad de servicio de educación inicial en el hogar posee gran potencial para atender las brechas sobre todo en áreas rurales y de difícil acceso, pero requiere del desarrollo de estándares, la revisión y adaptación de su actual malla curricular, la elaboración de protocolos de actuación, y mecanismos efectivos de supervisión y evaluación.

Por otro lado, la educación inicial en centros es provista por diversas instituciones, tanto públicas como privadas, entre las cuales la principal es el Centro de Orientación Infantil y Familiar (COIF), cuya rectoría está a cargo de la Dirección de Servicios de Protección Social (DIPROS) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Su objetivo es "...proteger y brindar una atención integral a los niños y las niñas de cero (0) a cuatro (4) años de edad, a través de un servicio de formación, que refuerza y promueve su desarrollo, y que potencie el mantenimiento de una relación estable y segura, con su familia y el medio en que se desenvuelven"1.

Existen tres tipos de COIF: (i) los COIF Públicos (cuyo servicio es provisto directamente por el MIDES); (ii) los COIF Institucionales, vinculados a instituciones públicas o privadas y (iii) COIF Municipales, cuya gestión está a cargo de los municipios. El MIDES, a través de DIPROS, es el ente encargado de supervisar y controlar técnicamente al universo total de los COIF, sin embargo sólo realiza esta acción en los COIF públicos, o sea aquellos donde el servicio es provisto a través del MIDES. El paquete de servicios brindado en centros comprehende la educación inicial, la alimentación complementaria, la recreación y la estimulación temprana.

Solamente 7,580 niños de 0 a 3 años asisten a centros de educación inicial. Si tomamos en cuenta que el censo nacional de 2010 establece que hay 195 mil 043 niños y niñas de 0 a 3 años en el país, quiere decir que solamente 3.8% de ellos recibe atención en centros. De ellos, el 17% asiste a COIF operados por el MIDES, el 14% a COIF institucionales y el 8% a COIF municipales o centros parvularios. Mientras que un porcentaje muy reducido de niños entre 0 y 3 años asiste a las modalidades de CEFACEI y CEIC ofrecidos por el Ministerio de Educación (4 y 0.2 por ciento, respectivamente).

Según el Ministerio de Desarrollo Social, al 2012, habían 3,570 niños y niñas de 0 a 4 años inscritos en 98 COIF comunitarios subsidiados por el MIDES y COIF institucionales. Al desglosar esta matrícula por edad específica, se evidencia cierta especialización en las edades superiores, ya que el 51% del total de la cobertura se concentra en niños/as de 4 años y 34% en aquellos que tienen 3 años. Ello hace que sólo un 16% de los niños y niñas atendidas en COIF públicos tengan 2 años o menos.

Dentro de los componentes estructurales, los COIF, definen ratios niño/adulto de acuerdo a los tramos de edad y acordes a la normativa internacional. En materia de calificación del personal, establecen que en cada grupo, de acuerdo al ratio establecido, debe de haber una maestra y un auxiliar. En el caso de los niños en edad preescolar, esta dupla (maestra y auxiliar) debe llevar adelante el "Plan Didáctico", el mismo debe contemplar los "objetivos, áreas básicas de aprendizaje, unidad, contenido, actividades sugeridas para el aprendizaje, evaluación, y organización del tiempo establecido en el Programa del Ministerio de Educación (Programa de Educación Pre-escolar para Niños de 4 y 5 Años)58. En el caso de los lactantes, los encargados de llevar a cabo el servicio, se rigen por los lineamientos existentes en la Guía Curricular de Estimulación Temprana de 0 a 6 años, elaborada por UDELAS, la cual no posee un carácter oficial.

En cuanto a los estándares de salud y seguridad, en el Manual de Procedimientos para supervisión del MIDES, se dan orientaciones precisas sobre criterios y normas de calidad a ser supervisadas.

Asegurar que los servicios que aseguran la atención de educación inicial sean de calidad y lleguen a todos los niños y niñas panameños, requiere de la puesta en marcha de una estrategia que permita expandir sostenida y progresivamente la cobertura, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, a la vez que se fortalecen los servicios.

Para expandir la cobertura, al menos en centros, la RAIPI recomienda seguir los lineamientos del "Programa de Inversiones en la Primera infancia" que propone elevar la cobertura de los COIF al 15% al 2015 con especial énfasis en los niños de 3 años, mediante la habilitación de 8 mil nuevas plazas. Lograrlo implica la creación de 250 aulas con un promedio de 25 niños por aula. El estudio calcula que el costo de la inversión para lograr esta cobertura llega a los 6.8 millones de dólares.59

Elevar la calidad de los servicios de educación inicial supone la adecuación legal para establecer al Ministerio de Educación como el ente rector de la educación inicial, con capacidad de definir y supervisar estándares de calidad así como establecer los criterios, recursos y mecanismos de acreditación y supervisión de los centros donde se otorgan los servicios. Asimismo, se propone dirigir la atención de los niños de 4 años matriculados en COIF hacia la modalidad de

58 Manual de procedimientos para supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad, en los centros de orientación infantil y familiar (COIF), particulares, gubernamentales, no gubernamentales, comunitarios y congregaciones religiosas, regulados por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) tercera versión.

59 UNICEF-CAPI. Programa de Inversioes en la Primera Infancia, p. 43

educación preescolar como establece la Ley.

A nivel programático, la RAIPI propone la elaboración de currículum oficial dirigido a la población de 0 a 3 años con sus respectivas guías de aplicación para atención en centros y en el hogar, alineado al actual currículum oficial de preescolar. De allí se desprende el diseño e implementación de un programa de formación del personal pedagógico de los COIF en sus diferentes modalidades a fin de asegurar su aplicación adecuada.

Se propone que este currículo sea diseñado a partir de un enfoque "posmoderno que considere la participación de los actores involucrados en procesos de co-construcción (maestros); que haga suyo la diversidad, lo culturalmente pertinente, y la pertenencia de los niños a sus contextos familiares y socio-culturales; así mismo el enfoque de derechos, recogiendo la visión y los sentidos de los niños (lo lúdico), con una mirada crítica-propositiva que supere las visiones reduccionistas del trabajo con bebés".60

Adicionalmente, se propone considerar fundamentos interdisciplinarios integrales que tomen en cuenta: i) lo contextual, dado por lo histórico, filosófico, lo socio-cultural, y lo ambiental, considerando al niño como sujeto-persona protagonista del siglo XXI desde su ser panameño, expresado en sus diversidades, en los diferentes contextos socio-culturales en que se expresa el país, y ii) lo bio-psico-pedagógico, teniendo presente una visión integral de los niños y niñas, junto con una pedagogía respetuosa de su bienestar, desarrollo y aprendizajes, considerando la amplia gama de oportunidades que ofrece la plasticidad cerebral y la formación de las estructuras básicas en esta etapa.

A partir del currículo, se propone la revisión y actualización de los actuales estándares de calidad del ámbito familiar, comunitario e institucional. En el caso particular de los COIF, se proponen estándares para la infraestructura y servicios básicos, formación del personal administrativo y docente, tasas de docente por niño, entre otros. Se propone, además, el diseño de un sistema de acreditación para la apertura de nuevos COIF, y el diseño de un sistema de información, vigilancia y control de la oferta que monitoree el cumplimiento de los estándares. Igualmente, propone la revisión y actualización de los instrumentos de medición de desarrollo infantil aplicados actualmente en centros, los cuales están orientados principalmente a criterios que responden a la estimulación temprana.

Se considera necesario definir los aspectos de intersectorialidad, de modo de que el servicio sea capaz de promover y dar garantía al resto de los Derechos de la Ruta (crianza, identidad y salud). Esto supone que el servicio tenga potestades de control y promoción de otras atenciones, ejerciendo por tanto un rol complementario. Por ejemplo en lo que respecta a salud, como ser el estado de vacunación del niño y la niña según las normas del PIA, tenencia de registro y cédula, estado de los controles de crecimiento y desarrollo, etc. Para esto es necesario que el servicio, cuente con protocolos de referencia y contra referencia con otros servicios que ocupan roles principales en la materialización de las atenciones. En particular se destacan: servicios de salud y nutrición, inducción a la crianza, tribunal electoral, IPHE y promotores comunitarios.

Por último, la RAIPI plantea la formulación de un plan de mejoramiento de la atención institucional que incluye: i) un estudio de medición de la calidad de los COIF existentes; ii) la elaboración de un plan de mejoramiento de los COIF; iii) desarrollo de una herramienta para monitorear indicadores clave del funcionamiento de los COIF; iv) diseño de un mecanismo de supervisión de calidad. Esto, a la par de asegurar la ampliación de cobertura por medio de: (i)

60 Peralta, V. Nota técnica BID. Panamá, 2013.

diseñar e implementar un plan de extensión de cobertura de centros infantiles que priorice a los sectores sociales con mayores necesidades; (ii) aumento de la demanda al sensibilizar a la población acerca de la importancia de la Educación Inicial.

Educación preescolar

La educación preescolar se materializa en prestaciones formales y no formales. En Panamá está bajo la rectoría del Ministerio de Educación, a través de su Dirección de Educación Inicial en coordinación con la Dirección Nacional de Educación Básica General. Es obligatoria y gratuita por ley para los niños de 4 y 5 años, y opera en la modalidad formal y no formal, esta última compuesta por los CEFACEI, CEIC y EIH. Ambas modalidades se regulan por el Programa Pre Escolar de 4 y 5 años elaborado por la Dirección de Currículum y Tecnología Educativa del MEDUCA. De manera secundaria, los COIF también son proveedores de servicios de educación preescolar ya que muchos mantienen entre su matrícula a niños en edad preescolar, para lo cual se aplica el Programa de Preescolar del MEDUCA. Sin embargo, el recurso humano de los COIF carece de la capacitación y certificación adecuada para impartir este plan de estudio y no es supervisado por el Ministerio de Educación.

Los CEFACEI y CEIC, que constituyen la modalidad no formal, sirven principalmente a comunidades rurales e indígenas dispersas o de difícil acceso. Estos presentan algunos problemas a resolver. El estado de su infraestructura y servicios básicos es muchas veces precario y carece de las condiciones de higiene, seguridad, mobiliario, materiales y recursos para los procesos de enseñanza-aprendizaje. Cada Centro cuenta con una facilitadora con formación no acreditada con título de maestra que recibe un ingreso simbólico mensual de $50. Existen manuales de inspección propios para CEIC y CEFACEI (educación no formal) que en general siguen los criterios generales de supervisión del MEDUCA para la educación básica. La supervisión de estos centros no formales es débil. Recae en las inspectoras de educación básica, que compaginan este nivel con la inspección de los centros de educación formal. En principio están previstas dos visitas al año a cada centro, aunque en realidad no se cumple este objetivo por falta de recursos. Por esta misma razón no se realiza ningún tipo de análisis acerca de los avances de los alumnos en materia de aprendizajes y desarrollo cognitivo. No se analiza la información de forma sistemática para una eventual revisión de los planteamientos formativos.

La matrícula de educación preescolar, según datos administrativos del MEDUCA para el 2012, alcanzaba 30,327 niños de 4 años y 47,304 niños de 5 años, para una cobertura de 50.3% y 78.6%, respectivamente.

Elevar la calidad y cobertura de la educación preescolar se perfilan como retos importantes en el marco de la política pública de primera infancia. La RAIPI plantea el diseño e implementación de un plan de ampliación de cobertura a fin de universalizar la educación preescolar. Tomando como referencia el "Programa de Inversiones de la Primera Infancia", cubrir al 100% de los niños y niñas implicaría la creación de 52,500 aulas de las cuales el 60% se propone que sean de la educación preescolar formal pública; el 25% del servicio no formal; y el 15% del servicio privado. Incluyendo la construcción de aulas, la dotación y la contratación de recurso humano especializado, el costo ascendería a los 44 millones de dólares.61

Respecto de la calidad, la RAIPI propone una revisión del currículo de 4 a 5 años que sea consonante con los criterios y conceptualización del currículo de educación inicial. En

61 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Consejo Asesor de la Primera Infancia, 2011. Programa de Inversiones en la Primera Infancia. Panamá, pp. 48.

base a este nuevo currículo, se propone el desarrollo de estándares de calidad referentes a infraestructura, habilitación, seguridad y salubridad, ratio docente/niño, perfil del docente, participación familiar, frecuencia e intensidad, y planificación, considerando los ritmos del niño, las normas culturales, y los niveles de actividad. Se propone, igualmente, definir y fortalecer los mecanismos de supervisión de dichos estándares en todas las modalidades de atención.

A continuación, se presenta un cuadro que resume los servicios relacionados a las atenciones de educación inicial y preescolar acompañado de una descripción de los problemas actuales y la agenda futura de implementación.

Cuadro 11.
Instituciones responsables, situación del Servicio y agenda futura

Derecho: Al aprendizaje Temprano					
Entidad Rectora: MEDUCA					
Atención	Servicio, prestación o programa		Entidad	Problema actual	
Educación inicial	Servicios principales	Centros de Orientación Infantil y Familiar (COIF)	MEDUCA MIDES Alcaldías Instituciones	Escasa cobertura de educación inicial en centros infantiles. Deficiencias en infraestructura, servicios básicos y dotación. Debilidad en lineamientos y estándares unificados a nivel nacional que guíen la prestación de servicios de educación inicial. Dualidad en las funciones de rectoría entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social sobre la atención de 0 a 3 años. Carencia de currículo oficial para guiar la atención de niños de 0 a 3 años en el ámbito familiar, comunitario e institucional. Inexistencia de un sistema de supervisión de contenidos curriculares y de estándares de calidad en los centros infantiles. Ausencia de presencia sistemática de otras disciplinas en la metodología de Atención en los centros (por ejemplo, psicomotricistas, nutricionistas, psicólogo infantil, etc.). Necesidad de formación del personal especializado que desempeña tareas en centros infantiles. La atención muchas veces cubre a niños de 4 y 5 años (en edad preescolar) con necesidades pedagógicas diferentes. Debilidad en la articulación con demás instituciones para favorecer el desarrollo integral (salud, nutrición, estimulación). Inexistencia de modalidad de acompañamiento familiar para reforzamiento de prácticas en el ámbito del hogar.	
		Centros infantiles privados	Agentes privados Iglesia ONG		
	Servicios complementarios	EIH, CEFACEI, CEIC	MEDUCA	La Atención cubre a niños entre 0 y 3 años que tienen otras necesidades de atención y aprendizaje. Debilidad en la capacitación a agentes comunitarios en la atención a niños entre 0 y 3 años.	
Educación preescolar	Servicios principales	Escuelas formales y no formales (CEFACEI, CEIC, EIH)	MEDUCA MIDES	- Brecha de cobertura de educación preescolar, especialmente en la población de 4 años. - Deficiencias en infraestructura, equipamiento y materiales de enseñanza en la modalidad no formal. - Necesidad de formación del personal que desempeña tareas de docencia en centros no formales. - Carencia de sistemas de articulación con otras instituciones para favorecer la atención integral. - Debilidad de los mecanismos de supervisión de contenidos curriculares y estándares de calidad en los centros operados por el MEDUCA y por agentes privados . - En los centros no formales, la Atención cubre a menores de 4 años, los cuales tienen necesidades pedagógicas y de atención diferentes. - Actualización de estándares de calidad .	
		Preescolares Privados	Agentes Privados		
	Servicios complementarios	COIF	MIDES	-Cobertura de niños de 4-5 años sin currículo de educación inicial. -Ausencia de sistemas de referencia y contrareferencia a centros de educación inicial.	
		Promotores comunitarios en el territorio 1	MIDES, MINSA	-Se desaprovecha un espacio cuando en el trabajo en hogares con niños/as mayores de 3 años, los promotores sociales: (i) no sensibilizan acerca de la importancia de la educación inicial; (ii) no derivan a centros.	

	Agenda futura
	-Definición de la población objetivo de los COIF. -Definición de protocolos para derivar a niños a partir de los 4 años a prestaciones del MEDUCA. - Elaboración de currículum de 0 a 3 años y guías de aplicación para centros y los ámbitos familiar y comunitarios, alineado al currículo de preescolar. - Definición y posterior aplicación de lineamientos y estándares de calidad nacionales para la educación inicial. -Adecuar el marco legal para establecer al Ministerio de Educación como el ente rector de la educación inicial. -Diseñar e implementar un programa de formación de personal especializado, y en lo posible, incorporar otras disciplinas en la metodología de Atención en los centros formales. - Formulación de un plan de mejoramiento de la atención institucional que incluye: i) un estudio de medición de la calidad de los COIF existentes; ii) la elaboración de un plan de mejoramiento de los COIF; iii) desarrollo de una herramienta para monitorear indicadores clave del funcionamiento de los COIF; iv) diseño de un mecanismo de supervisión de calidad. - Ampliación de cobertura por medio de: (i) diseñar e implementar un plan de extensión de cobertura de centros infantiles que priorice a los sectores sociales con mayores necesidades; (ii) aumento de la demanda al sensibilizar a la población acerca de la importancia de la Educación Inicial.
	- Inversión en la ampliación de cobertura a fin de universalizar la educación preescolar, incluyendo la contratación de recurso humano especializado. - Adecuación de currículo de preescolar con el de educación inicial. - Adecuación de estándares nacionales de calidad para incluir criterios de infraestructura, habilitación, seguridad y salubridad, ratio docente/niño, perfil del docente, participación familiar, frecuencia e intensidad, atención a la interculturalidad y planificación. -Fortalecer los sistemas de supervisión de calidad sobre todos los prestadores. -Diseñar e implementar un programa de formación de personal especializado. -Transición hacia una focalización en niños mayores de 4 años. Para esto, referencia de menores a centros de educación inicial.
	-Definición de la población objetivo de los COIF. -Definición de protocolos para derivar a niños con más de 4 años a prestaciones del MEDUCA.
	-Definición de contenidos de sensibilización acerca de la importancia de la educación inicial. Posterior capacitación a promotores. -Definición de protocolos para que promotores deriven a los niños mayores de 3 años que no asistan a centros de educación inicial.

iv) Servicios De las Atenciones de identidad

Los servicios de inscripción y cedulación son los que aseguran que todo niño y niña panameño cuente con una identidad jurídica. Ambos servicios son regidos por el Tribunal Electoral.

El servicio de inscripción de nacimiento es regentado por la Dirección Nacional del Registro Civil del Tribunal Electoral, que tiene por objeto la prueba de la existencia de las personas y de su estado civil, mediante la inscripción y certificación de los nacimientos, los matrimonios, las defunciones, las naturalizaciones y demás hechos y actos jurídicos relacionados con el estado Civil.

Con respecto a la inscripción de nacimiento, los difieren cuando se trata de un nacimiento con o sin asistencia médica. En el caso de los nacimientos en instalaciones de salud, el proceso de inscripción en el Registro Civil inicia mediante la presentación del parte clínico o certificación expedido de forma gratuita por el centro médico (público o privado) que atendió el parto. El Registro Civil recibe este parte clínico o certificación directamente del centro médico donde ocurrió el nacimiento y posteriormente la madre y el padre deben apersonarse a las oficinas del Registro Civil instaladas en el centro hospitalario a declarar el nacimiento de su hijo o hija. Además de la presencia de la madre y del padre, deben presentarse dos testigos mayores de edad, "que no sean familia de la persona que se va a inscribir", debiendo todos de poseer su cédula de identidad vigente o documento que lo identifique. Si no lo tuvieran deberán inscribirse previo a la inscripción del hijo o hija.

Desde el año 2009 se cuenta con un "parte clínico único", como certificación de "nacido vivo". Este parte tiene tres vías: una queda en poder del Centro de Salud, la segunda es para el Tribunal Electoral (con la que procede a asignar el número de identidad del niño o niña) y la tercera es para el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Este parte clínico es usado para todos los nacimientos con parto institucional. Asimismo, incluye información relevante para las estadísticas vitales elaboradas por el INEC. El análisis realizado en el marco de la elaboración de la RAIPI destaca que la presentación de dos testigos es innecesaria, pues el parte clínico o certificación acredita la paternidad por lo que se propone eliminar este requisito para facilitar el registro. A fin de ampliar la cobertura de este servicio, la RAIPI también propone aumentar el número de triadas en los hospitales y centros de salud, especialmente en áreas de difícil acceso, para facilitar la expedición del registro civil antes de que el niño se retire de la instalación de salud.

En el caso de los nacimientos de partos no institucionalizados, es decir que ocurren fuera de un centro médico, el procedimiento es similar salvo que no se cuenta con el parte clínico, el que es sustituido por la Declaración Testimonial, la que consiste en tomar declaración de los dos testigos, quienes deben conocer "todos los detalles sobre el nacimiento". Los usuarios en las áreas de difícil acceso tienen dificultades para acceder a este servicio por lo que los niños, muchas veces, permanecen sin registrar, afectando la concreción de esta Atención y vulnerando sus derechos. Para enfrentar el desafío que plantea este subregistro sobre todo en las áreas de difícil acceso, la RAIPI propone aumentar la presencia de los registradores auxiliares. Se propone, adicionalmente, mejorar la articulación con otros programas y tener protocolos de referencia y contrareferencia para bajar los guarismos de subregistros en las mencionadas zonas.

A su vez, el servicio de cedulación consiste en la expedición de la cédula de identidad, la cual constituye el documento autentico respecto a la identidad personal de su dueño. En el marco de la RAIPI, el servicio de cedulación consiste en la cedulación de la madre que lo requiriera, y de la expedición cédula juvenil para los niños y niñas menores de 18 años. Este proceso es

llevado adelante por la Dirección Nacional de Cedulación del Tribunal Electoral.

La cédula juvenil no es un requisito legal y su expedición conlleva un costo de $2.00 por niño lo que ha limitado su masificación entre la población objetivo. A nivel normativo, la RAIPI propone establecer por ley la obligatoriedad y gratuidad de la cédula juvenil. En materia de procesos, se recomienda modificar el protocolo actual de cedulación, para que este proceso suceda al mismo tiempo –y en el mismo espacio- que el registro.

Con respecto a la cedulación de las madres gestantes, no se han identificado protocolos de identificación y derivación de estos al Tribunal Electoral (TE), lo que constituye una barrera a la agilización de los trámites para la inscripción del niño.

Teniendo en cuenta el alto grado de registro civil de niños y niñas, la RAIPI recomienda que la cedulación se emita de manera automática tras el proceso de registro del recién nacido; que sea de carácter obligatoria y gratuita y que su uso sea obligante para el resto de las instituciones que requieren la identificación del individuo.

La RAIPI también recomienda que se diseñen e implementen protocolos de detección y derivación al TE de niños y niñas menores sin cédula de identidad en todos los servicios, para que este la expida. Al mismo tiempo se recomienda realizar los ajustes normativos necesarios para incrementar el valor de la cedulación como medio suficiente de verificación de identidad en todos los servicios de Atención. La RAIPI también recomienda que el Tribunal Electoral facilite el acceso de las diferentes instituciones a sus bases de datos lo cual requiere el diseño de protocolos de intercambio de información y mecanismos establecidos.

A continuación se presenta un cuadro que describe los servicios relacionados a la atención de identidad, los problemas actuales que se identificación en su prestación y la agenda futura de trabajo para lograr la implementación de la Ruta.

Cuadro 12.
Instituciones responsables, situación del Servicio y agenda futura

Atención	Servicios, prestación o programa		Entidad	Problema actual	
Cedulación de la madre durante el embarazo	Servicios principales	Expedición de cédula	Tribunal Electoral	Ausencia de protocolos para la cedulación a embarazadas.	
	Servicios complementarios	Clases de preparación al parto y controles de salud de la embarazada	MINSA (red fija e itinerante)	-Los prestadores no verifican la cedulación de la madre ni sensibilizan acerca de la importancia de la identidad. - Hay una carencia de protocolos de derivación de mujeres embarazadas a servicios del Tribunal Electoral.	
			Red fija CSS		
			Prestadores privados		
		Promotores familiares en el territorio 1	MIDES, MINSA (red fija e itinerante)	-Promotores sociales carecen de formación y protocolos para apoyar la sensibilización a favor del derecho de la identidad. -Promotores sin instrumentos de referenciación de embarazadas indocumentadas hacia el Tribunal Electoral.	
Identidad del niño	Servicios principales	Expedición de certificado de nacimiento	Hospitales del MINSA, CSS, prestadores privados	En el caso de nacimiento fuera de la red de salud, sobre todo en áreas de difícil acceso, los usuarios tienen dificultades para acceder a este servicio por lo que los niños permanecen sin registrar.	
		Expedición de registro civil	Tribunal Electoral	-En el caso de nacimiento con profesional médico, la presentación de dos testigos parece innecesaria, pues el parte clínico o certificación acredita la paternidad.	
		Expedición de cédula de ciudadanía	Tribunal Electoral	-Carencias de cobertura - El protocolo de cedulación sucede en las instalaciones del Tribunal Electoral, después de que el niño ha sido registrado. Esto lleva a que un gran número de niños se registren, pero no se cedulen.	
	Servicios complementarios	Hospitales	Hospitales del MINSA, CSS, prestadores privados	-Carencias de protocolos de actuación que faciliten el Registro Civil previo al alta hospitalaria.	
		Promotores comunitarios en el territorio 1	MIDES, MINSA (red fija e itinerante)	-Carencia de protocolos de sensibilización acerca de la importancia de la identificación. -Carencia de protocolos de derivación para niños que no presenten documentos completos para su edad.	
		Servicios de estimulación temprana	MIDES, agentes privados		
		Servicios de educación inicial	MEDUCA, agentes privados		
		Servicios de salud al niño/a	MINSA, CSS, prestadores privados		

	Agenda futura
	-Incorporar protocolo de cedulación a embarazadas en los servicios prestados por el Tribunal Electoral en las instalaciones del MINSA.
	-Incorporación de la verificación de documentación y de la sensibilización acerca del tema, como parte de los controles de salud y la clase de preparación al parto - Diseño e implementación de protocolos de derivación para aquellas madres que asistan a las clases y a los controles de salud, pero se encuentren indocumentadas.
	-Diseño de contenidos de formación a promotores acerca del derecho a la identidad y la importancia de la cedulación de madres gestantes.
	Establecer estrategia nacional para aumentar la presencia de registradores auxiliares en áreas de difícil acceso.
	-Facilitar la expedición de registro civil en el caso de nacimientos con asistencia médica, al eliminar el requisito de asistencia de dos testigos. - Aumentar el número de triadas en los hospitales y centros de salud, especialmente en áreas de difícil acceso, para facilitar la expedición del registro civil antes de que el niño se retire de la instalación de salud.
	-Diseño e implementación del plan de aumento de cobertura en la cedulación de recién nacidos. -Modificar el protocolo de cedulación, para que este proceso suceda al mismo tiempo –y en el mismo espacio- que el registro. - Establecer, por ley, la obligatoriedad y gratuidad de la cédula juvenil.
	-Incorporar protocolo en los servicios de salud donde nacen los niños y niñas.
	-Diseño de contenidos de sensibilización acerca de la importancia de la identificación en cada ámbito de contacto con las familias -Diseño e implementación de protocolos de derivación al Tribunal Electoral, en casos en que los beneficiarios no presenten documentación completa para su edad.

Capítulo III.
¿Cómo se implementaría la Ruta de Atención Integral de la Primera Infancia en Panamá?

La implementación de la RAIPI requiere de: un plan de acción consensuado para la implementación de la Ruta, que incluya: (i) el establecimiento de un marco institucional propicio para la atención intersectorial; (ii) la implementación de acciones sectoriales e intersectoriales priorizadas en función de la materialización de los servicios en cantidad y calidad para la concreción de las Atenciones; y (iii) el seguimiento de las acciones en términos de resultados para la población de la primera infancia.

A. El marco institucional para la RAIPI

Un marco institucional para la implementación de la Ruta debe considerar tres niveles de acción. El primer nivel corresponde a la gobernanza de la Ruta de Atención, es decir, la institucionalidad donde estará ubicado el nivel superior de toma de decisiones y que tendrá capacidad de macro-regulación. Para este nivel se plantea la creación de un Consejo Rector, que a su vez esté apoyado en una Secretaría Técnica que le proporcione los recursos técnicos, profesionales y tecnológicos necesarios para su buen funcionamiento.

El segundo nivel corresponde a la institucionalidad responsable de la implementación de las atenciones previstas para cada Derecho. La propuesta institucional para impulsar la puesta en marcha de cada uno de los Derechos consiste en la creación de Comisiones para la Promoción y Monitoreo (CPM). Se propone crear una CPM por cada Derecho. Cada CPM estará constituida por la institución rectora responsable del Derecho, identificada en la Ruta (quien actuará como institución coordinadora) y por las otras instituciones que prestan, o deben prestar, atenciones en el marco de ese Derecho.

Por último, el tercer nivel estará a cargo de aquellas instituciones que cuentan con agentes que desempeñan roles como facilitadores, promotores o referentes sociales en los diferentes territorios en materia de primera infancia. Es decir, agentes que aún sin prestar servicios de forma directa, servirán como nexo entre las instituciones proveedoras de prestaciones directas a la primera infancia en ese territorio y los usuarios/ciudadanos.

Cuadro 13:
Niveles funcionales y esquema institucional

Mandato / Cometido / Misión	Institucionalidad	Ámbito
Gobernanza y rectoría de la Ruta de Atención	Consejo Rector Secretaría Técnica del Consejo Rector	Toda la Ruta a nivel nacional
Implementación de las atenciones	Comisión de Promoción y Supervisión de los Derechos (1 comisión por derecho)	Cada Derecho Atenciones y servicios articulados
Articulación territorial	Promotores sociales	Aplicación de la Ruta en territorios específicos (comarcas, barrios, áreas rurales, etc.)

i) Primer nivel: la gobernanza institucional de la Ruta de Atención

Para una adecuada implementación de la RAIPI y su posterior funcionamiento se requiere de una arquitectura institucional con capacidad de conducción, regulación y supervisión de todo el sistema institucional involucrado en el desarrollo de la Ruta.

Como se ve en el Cuadro xx, en el marco de la Ruta de Atención diseñada pueden identificarse hasta cinco instituciones con alguna responsabilidad por la provisión de servicios y la ejecución de diversos programas. Excepto el Despacho de la Primera Dama, que ejerce una función predominantemente dinamizadora de la política de atención integral a la infancia a través del CAPI, y la Caja del Seguro Social, que tiene capacidad regulatoria limitada a los aspectos de provisión de servicios y las prestaciones contributivas, en los casos del MEDUCA, MINSA, MIDES, y Tribunal Electoral, las funciones incluyen (i) rectoría completa en el sector que les corresponde (educación temprana, salud, política social, identificación, respectivamente); (ii) formulación de políticas generales sectoriales, incluyendo la responsabilidad de la definición y coordinación de las políticas sociales por parte del MIDES; y (iii) prestación de servicios para la población y atenciones para los individuos, y obviamente entre ellos la población infantil es uno de sus focos principales. El Cuadro 13 presenta las instituciones que intervienen en la RAIPI y sus principales programas.

Cuadro 13.
Principales instituciones intervinientes en la Ruta de Atención y programas asociados

Institución/ Función	Agencia/Dirección principal	Programas
Ministerio de Salud (MINSA) • Rectoría sector salud (formulación de políticas nacionales) • Regulación del sector salud • Diseño y ejecución de políticas de salud (red MINSA) • Provisión de servicios de salud (red MINSA)	Dirección General de Salud Pública Dirección General de Promoción de la Salud Dirección General de Planificación	Programa Materno Infantil - Programa Salud Sexual y Reproductiva PAISS+N (Estrategia de Extensión de Cobertura) Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo Programa de Niñez y Adolescencia Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Programa de Alimentación Complementaria (PAC) Atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C) CONFOLACMA Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Caja del Seguro Social (CSS) - Provisión de servicios de salud (red CCS)	Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud	Programa Materno-Infantil Programa de Alto Riesgo Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
Ministerio de Educación (MEDUCA) • Rectoría sector educación (formulación de políticas nacionales) • Regulación del sector educación • Diseño y ejecución de políticas de educación • Provisión de servicios de educación formal y no formal	Dirección Nacional de Educación Infantil IPHE	Centros de Educación Inicial Comunitarios (CEIC) Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial (CEFACEI) Educación Inicial en el Hogar (EIH) (Madres animadoras)
Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) • Rectoría de las políticas sociales (formulación de políticas nacionales) • Diseño y ejecución de políticas sociales (fundamentalmente transversales y relacionadas con estrategias contra la pobreza) • Regulación de servicios prestados por sector no público • Provisión de servicios sociales (COIF, albergues, etc.)	Dirección de Servicios de Protección Social SENNIAF SENAPAN (a partir de 2013) SENADIS	COIF COAI Red de Oportunidades
Tribunal Electoral Rectoría en registro civil e identificación Previsión de servicios de registro civil e identificación	Dirección del Registro civil Dirección de cedulación	Programa de Registro civil Programa de Inscripción tardía Programa de Registradores Auxiliares Programa de Cedulación Juvenil

Ahora bien, la cuestión que se plantea es cómo a partir de una institucionalidad colegiada con tradición de trabajo sectorial se puede realizar una conducción y un monitoreo de la aplicación de los objetivos y metas fijados para la Ruta de Atención. Para abordar esta cuestión conviene diferenciar dos ámbitos institucionales distintos:

i. El primer ámbito está relacionado con el diseño y la formulación de lineamientos de política, su seguimiento y evaluación de los resultados.

ii. El segundo ámbito está relacionado con la gestión técnica de la implementación y funcionamiento regular de la Ruta – principalmente vinculado a los Derechos y las Atenciones - en la línea de lo que el actual Comité Técnico del CAPI está realizando.

Para el primer ámbito se propone primero institucionalizar la Ruta manteniendo la actual figura del CAPI para luego pasar hacia la formalización de una institucionalidad mayor a través de un Consejo Rector y Secretaria Técnica. Este Consejo Rector deberá tener atribuciones y capacidad decisoria en materia de regulación o rectoría, y supervisión a nivel macro de la Ruta. Este Consejo sería un espacio público de decisión conformado por Presidencia, MIDES, MEDUCA, CSSS, MINSA y TE. La tarea adelante es hallar la mezcla adecuada de competencias que, por un lado, otorgue a este Consejo la capacidad suficiente para la toma de decisiones vinculantes, y por otro lado conceda a cada institución la necesaria autonomía para impulsar iniciativas propias para implementar los servicios en cobertura y calidad en el marco de sus políticas sectoriales.62

A su vez, el Consejo Rector tendría un Consejo Asesor integrado por el Despacho de la Primera Dama, entidades públicas implicadas, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales de la infancia, al que se consultarían las principales decisiones de política de primera infancia y podría dictaminar sobre las mismas y que deseablemente estuviera incorporado en el texto legal de respaldo a la PAIPI.

Dentro de la propia institucionalidad panameña existen experiencias de iniciativas de coordinación interinstitucional de gran calado, pero que posteriormente adolecen de importantes falencias que limitan su efectividad63 Una forma posible de fortalecer el rol de la institución rectora es elevar la política de atención a la primera infancia al rango de compromiso de Estado mediante una ley que dé soporte a la Ruta de Atención (RAIPI), para lo cual se precisaría de un amplio acuerdo social y parlamentario que la refrende y la dé continuidad. Dentro de esta ley sería deseable que se inserte este mecanismo de coordinación.

La consecución de los objetivos fijados para la Ruta de Atención, en especial los referidos a la verificación de los hitos de Atención, requieren de una labor de carácter técnico, especialmente cuando hay que dar los primeros pasos en la implementación de las diferentes etapas. Se propone la creación de una Secretaría Técnica adscrita al Consejo que ejerza de alto referente técnico de la ruta dotada con adecuados recursos técnicos y personales, y formada con personal externo con dedicación exclusiva contratado mediante procesos meritorios de selección.

62 El diseño del esquema de gobernanza, y las competencias asociadas, deberá ser objeto de los trabajos a encomendar a corto plazo en el marco del plan de acción, y un aspecto fundamental del proyecto de ley.

63 El Gabinete Social es un ejemplo de mecanismo de coordinación de alto nivel cuyo funcionamiento presenta deficiencias. En el caso de la Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna (CONFOLACMA) se está tratando en la actualidad de darle un nuevo impulso.

La labor de esta Secretaría Técnica consistirá básicamente en formular lineamientos de carácter técnico sobre los distintos parámetros de la Ruta (hitos de Atención, estándares, prestaciones, instrumentos, mecanismos de seguimiento, etc.) que permitan implementar los acuerdos del Consejo y den soporte y apoyo a las instituciones rectoras y proveedoras que conforman las respectivas CPM. Estas definiciones vinculadas a la implementación de la Ruta en el corto y mediano plazo servirán de insumos para la posterior toma de decisiones por parte del Consejo Rector. Sin pretender relegar a otros aspectos de su eventual carácter de prioritarios, es posible identificar siete grandes temas de agenda sobre los que habrá que buscar propuestas técnicas por parte de este comité o secretaría técnica:

Cuadro 14
Principales funciones de la Secretaría Técnica

Área funcional	Procesos
Estandarización y normalización de las atenciones y prestaciones	Definición de los estándares de calidad de las atenciones y prestaciones (formulación, revisión y propuesta de estándares, en coordinación con las comisiones de promoción y monitoreo, apoyo metodológico a las CPM)
Verificación de cumplimiento de las atenciones	Diseño del instrumento personal de identificación y seguimiento del usuario infantil
Supervisión	Diseño de los protocolos de supervisión de los hitos de Atención de la Ruta y de las prestaciones (con consulta a las unidades de supervisión de las instituciones sectoriales y a las comisiones de promoción y monitoreo) Diseño de mecanismos de acompañamiento y supervisión Metasupervisión (supervisión de las supervisiones)
Tecnología	Definición de estándares tecnológicos de las bases de datos y sistemas institucionales(con consulta a los servicios tecnológicos de las instituciones) Definición de protocolos para el intercambio de la información de sistemas institucionales
Sistema de información de la Ruta	Diseño del sistema de indicadores de gestión de la Ruta Administración del sistema de información
Monitoreo y evaluación	Definición de mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación Realización de evaluaciones de resultados e impactos (con apoyos externos)
Capacitación	Diseño de políticas de capacitación Promoción de un modelo de certificación de competencias

Para lograr buena implementación de la Ruta de Atención, es importante que la Secretaría Técnica tenga una relación fluida con las CPM. Como se observará más adelante, el rol de las CPM es crucial como estructuras de coordinación interinstitucional con la misión de impulsar la implementación de la Ruta en los hitos de Atención de acuerdo con los criterios de política y de prestaciones que se fijen. Estas CPM requerirán de soporte técnico de la Secretaría Técnica en muchos aspectos de su actividad (estándares, protocolos, información, etc.).

ii) Segundo nivel. Trabajo intersectorial en clave de Derecho: Las CPM

En el marco de la construcción de una institucionalidad propia de la Ruta de Atención, la conducción de las acciones relacionadas con cada Derecho recae en las denominadas Comisiones de Promoción y Monitoreo (CPM). Se propone una estructura de cuatro comisiones que deberían trabajar en el impulso y en la implementación de las políticas vinculadas con el Derecho correspondiente.

Siguiendo la experiencia exitosa de coordinación del CONFOLACMA, se propone que las diferentes CPM estén compuestas por las instituciones con involucramiento más directo en cada uno de los Derechos. Así: la representación institucional en las CPM debería recaer fundamentalmente en las direcciones generales o las unidades que tienen, o tendrán en el marco de la Ruta de Atención, las prestaciones bajo su responsabilidad directa. Dentro de cada CPM habría una institución que adoptaría el rol de rectoría (según se establece en la Ruta diseñada), ya que resulta ser la institución que fue identificada como la de mayor peso relativo en el Derecho. Es por esta razón que, en caso de la realización de Crianza Adecuada, dado el fuerte peso que se le quiere otorgar al trabajo con las familias, la función rectora del Derecho debe recaer en el MIDES, Salud y Nutrición en el MINSA, Educación Temprana en el MEDUCA e Identidad en el TE.

La composición en cuanto a los miembros que participarían en las cuatro comisiones de promoción y monitoreo es la siguiente:64

Recuadro 2: El caso exitoso de coordinación interinstitucional de CONFOLACMA

La Comisión Nacional para el Fomento de la Lactancia Materna (CONFOLACMA) es un mecanismo de coordinación interinstitucional de la política pública orientada a la lactancia materna. Bajo la rectoría del MINSA, esta comisión está conformada por MEDUCA, MINTRA, CSS, Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, Cámara de Comercio, Industrias y Agricultura de Panamá, Sociedad Panameña de Pediatría, Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá, Sociedad de Medicina Perinatal, y Sociedad Panameña de Medicina General.

CONFOLACMA ha ganado un rol crítico en lactancia materna. Entre otros: (i) elabora y monitorea planes anuales de acción y planes especiales relacionados con la lactancia; (ii) realiza actividades de capacitación, de difusión y de diseminación de la lactancia materna; (iii) promueve acuerdos interinstitucionales que incluyen al sector privado; y (iv) evalúa las prácticas de los agentes de salud, de las empresas fabricantes y las distribuidoras en relación con el cumplimiento de la normativa en materia de lactancia.

A los efectos de la institucionalidad de la Ruta de Atención, lo que es importante destacar de la experiencia de la CONFOLACMA es su utilidad como referencia como mecanismo de coordinación interinstitucional e impulsor de políticas. Un ejemplo de ello es la reciente aprobación del Reglamento de la Ley 50, que protege y fomenta la lactancia materna.

64 En el cuadro se identifican provisoriamente los programas o direcciones de cada institución que deberían estar integrados en la CPM. La razón para ello es que estos programas y direcciones identificados puedan cambiar en los próximos años, o que aparezcan nuevos más ajustados a las realizaciones previstas. Por ejemplo, una extensión de la educación infantil a edades inferiores a 4 años modificaría muy probablemente el rol del programas como EIH del MEDUCA.

Cuadro 15
Composición de las comisiones de promoción y monitoreo (CPM)

CPM	Miembros (institución rectora)
CPM Crianza adecuada	MIDES SENNIAF SENADIS INAMU SENAPAN MEDUCA IPHE ONGs
CPM Atención de la salud	MINSA (Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Programa de niñez) MINSA (Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud) CCS MEDUCA (Dirección de Educación Inicial y IPHE) MIDES –Dirección de Protección Social (COIF) MIDES – SENAPAN y RdO
CPM Educación inicial	MEDUCA (Dirección de Educación Inicial) Universidad de Panamá UDELAS MEDUCA (Dirección de Educación Inicial y IPHE) MIDES –Dirección de Protección Social (COIF) MIDES – SENAPAN y RdO Alcaldía de Panamá
CPM Identidad	Tribunal Electoral MINSA (Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud) CSS MEDUCA (Dirección de Educación Inicial y IPHE) MIDES (Dirección de Protección Social – COIF)

Es importante señalar que la composición de estas comisiones debería considerarse con una cierta flexibilidad, dado que en algunos casos cabría pensar en la posibilidad de integrar a prestadores privados u otro tipo de entidades si sus condiciones de institucionalidad así lo aconsejan. En cualquier caso, el aspecto decisivo para el buen funcionamiento de las CPM es que las instituciones que estén representadas, a través de sus direcciones, programas o unidades administrativas, tengan un fuerte liderazgo en su sector. Las funciones principales de la CPM se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 15
Principales funciones de las comisiones de promoción y monitoreo (CPM)

Área funcional	Procesos
Estandarización y normalización de las atenciones y prestaciones	Elaboración de propuesta de estándares de calidad para su aprobación por el Consejo Rector (con apoyos técnico de la Secretaría Técnica)
Formación y Capacitación	Elaboración y seguimiento de los Planes de Formación y Capacitación de los agentes vinculados a las diferentes prestaciones.
Verificación de cumplimiento de las prestaciones	Elaboración de los planes de trabajo anuales para la implementación de la Atención en los prestadores Formulación de los indicadores de gestión y resultados
Monitoreo	Monitoreo de la evolución de los indicadores asociados a los hitos de Atención Seguimiento del cumplimiento de las pautas de calidad de las prestaciones
Evaluación	Realización de evaluaciones de resultados (con apoyos de la Secretaría Técnica)

iii) Tercer nivel: Propuesta de institucionalidad de intervención en el territorio de la RAIPI

Uno de los problemas habituales con los que se tiene que enfrentar toda política social está relacionado con la forma de articular las acciones, que desde una perspectiva sectorial, se realizan en el territorio. En relación con la Ruta de Atención, el objetivo deseable sería que todas las instancias del sector público que intervienen en el territorio y que forman parte de la Ruta de Atención pudieran articularse de tal manera que cada uno de los actores institucionales desempeñar un rol preciso en ejecución de servicios que apunte al logro de la Atención que los convoca.

La implementación de una política de articulación territorial de los programas sociales es una tarea de largo plazo. El informe propone un acompañamiento cercano a las familias, a través de agentes comunitarios que aproximen la oferta social a la primera infancia. Así, por ejemplo, en las áreas donde el programa Red de Oportunidades tiene desplegados sus promotores, la Ruta de Atención incluye una función nueva para estos agentes, ligada a las Atenciones de la pautas de Crianza y a la función de referentes con las familias de las distintas intervenciones de las instituciones públicas (MIDES, MINSA, Tribunal Electoral, etc.) involucradas con la primera infancia. Esto requerirá de una reingeniería de este programa y capacitaciones específicas para ello. 65

65 En los términos de referencia de los promotores sociales ya se enfatiza la preferencia en su perfil profesional de que tengan estudios terciarios en áreas sociales.

Para las áreas urbano-marginales será necesario diseñar mecanismos específicos de acción en el territorio. La razón para darles a estas áreas un tratamiento diferenciado es que, mientras que en las zonas rurales e indígenas existen ya estructuras locales que están operando desde hace tiempo (madres animadores, monitoras de salud, promotores sociales, por ejemplo), en las zonas urbanas marginales no se tiene constancia de acciones ni programas sociales de iniciativa pública que de forma sistemática estén dialogando con actores locales. Tampoco se han observado agentes sociales, tipo promotores sociales, que tengan contacto en el terreno con las familias y que estén realizando un trabajo social.66

66 Como se ha mencionado anteriormente, el programa Redes Territoriales del MIDES es el único que incide en estas áreas urbanas, pero de forma muy limitada.

Bibliografía:

Adu-Afarwuah, S., A. Lartey, et al. (2007). "Randomized comparison of 3 types of micronutrient supplements for home fortification of complementary foods in Ghana: effects on growth and motor development." Am J Clin Nutr 86(2): 412-20.

Adu-Afarwuah, S., A. Lartey, et al. (2008). "Home fortification of complementary foods with micronutrient supplements is well accepted and has positive effects on infant iron status in Ghana." Am J Clin Nutr 87(4): 929-38.

Aburto, N.J., Ramiez-Zea, M., Neufeld L.M.,et al. "The effect of nutritional supplementation on physical activity and exploratory behavior of Mexican infants aged 8-12 months". Eur J Clin Nutr. 2010; 64(6):644-651.

Atalah E, Caballero E, Sinisterra O, Lagrutta F. Evaluación del impacto del programa de alimentación complementaria del ministerio de salud. Ministerio de Salud de Panamá, UNICEF. 2001.

Campbell, O. M., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet , 1284–99.

Díaz, J.J. & Jaramillo M., 2009. "El impacto de PARSalud sobre la calidad de la atención de salud materna entre la población indígena," IDB Publications 8396, Inter-American Development Bank.

Dewey, K., Z. Yang, et al. (2009). "Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods." Matern Child Nutr.

García-Guerra, A., Rivera-Dommarco, J., Neufeld, L.M., et al. "Effect of three supplements with equal micronutrient content on serum zinc concentrations in Mexican children". FASEB J. 2009 23:917.13.

Imdad, A., Sadiq, K., Bhutta, Z.A. "Evidence-based prevention of childhood malnutrition". Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2011 May;14(3):276-85.

Kimani-Murage ,E. W; Kahn K.; Pettifor J. M.; Tollman S. M.; Dunger, D. B. Gómez-Olivé X. F. and Norris S. A. "The prevalence of stunting, overweight and obesity, and metabolic disease risk in rural South African children". BMC Public Health 2010, 10:158

Maurer, J. "Height, education and later-life cognition in Latin America and the Caribbean". Economics & Human Biology. Volume 8, Issue 2, July 2010, Pages 168–176

Martorell, R., Melgar, P., Maluccio, J.A., et al. "The nutrition intervention improved adult human capital and economic productivity". J Nutr. 2010 Feb;140(2):411-4.

Ministerio de Salud de Panamá. Prácticas de cuidado y alimentación infantil en las Comarcas indígenas de Kuna Yala, Ngäbe Buglé, Emberá-Wounaan y en los Distritos de Cañazas y Las Palmas (Provincia de Veraguas). 2009.

Nikiema, B., Beninguisse, G., & Haggerty, J. L. (2009). Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: unmet educational needs in sub-Saharan Africa. Health Policy and Planning , 367–376.

OMS, OPS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: OPS, 2003.

Pagel C, Prost A, Nair N, Tripathy P, Costello AML, Utley M. Life Adjusted Display (VLAD) for rapid monitoring of mortality trends over time in low resource settings. WHO Bulletin. 2011;

Perez-Exposito, A. B. and B. P. Klein (2009). "Impact of fortified blended food aid products on nutritional status of infants and young children in developing countries." Nutr Rev 67(12): 706-18.

Phuka, J. C., K. Maleta, et al. (2008). "Complementary feeding with fortified spread and incidence of severe stunting in 6- to 18-month-old rural Malawians." Arch Pediatr Adolesc Med 162(7): 619-26.

Phuka, J. C., K. Maleta, et al. (2009). "Postintervention growth of Malawian children who received 12-mo dietary complementation with a lipid-based nutrient supplement or maize-soy flour." Am J Clin Nutr 89(1): 382-90.

Sagan, C., A. Dryuyan.1994. "Literacy - The Path to a More Prosperous. Less Dangerous America." Parade Magazine, 6 de marzo de 1994.

Uauy, R. and A. D. Dangour (2009). "Fat and fatty acid requirements and recommendations for infants of 0-2 years and children of 2-18 years." Ann Nutr Metab 55(1-3): 76-96.