



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“MEDICIÓN DE LAS CONDICIONES DE
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA
INFANCIA MEDIANTE UN
INSTRUMENTO DE RECOJO DE
INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE
DECISIONES INFORMADAS POR EL
COMITÉ DE GESTIÓN LOCAL DE
LA MUNICIPALIDAD DE MAZÁN, EN
04 COMITÉS VECINALES
DEL DISTRITO DE MAZÁN,
PROVINCIA DE MAYNAS, REGIÓN
LORETO”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

EMILY PATRICIA MORANTE OVALLE

LIMA - PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Alfonso Edgardo Nino Guerrero

Facultad de Salud Pública

JURADO EVALUADOR

Presidente: Dra. Laura Catherine Altobelli Meier

Vocal: Dra. Irma Esperanza Reyes Solari

Secretario (a): Dra. Ana Soledad Arana Sunohara

DEDICATORIA

A la población de Mazan, especialmente a la primera infancia y sus familias.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento especial al Dr. Alfonso Edgardo Nino Guerrero por todo lo aprendido, por su notable asesoramiento y monitoreo en la elaboración de la presente investigación.

A los docentes de la FASPA por sus enseñanzas magistrales durante los ciclos asistidos, especialmente a las Doctoras Laura Altobelli, Esperanza Reyes y Ana Arana, porque sin ellos la maestría no hubiera tomado la relevancia que tiene hoy en mi carrera laboral y profesional.

A la Municipalidad Distrital de Mazán, al alcalde Dr, Edward Reátegui Salas y a todo su equipo de gestión municipal ya que ellos han facilitado la ejecución del estudio y vienen dando sostenibilidad a la gestión municipal informada para la toma de decisiones en la atención integral a la primera infancia, motivo de la presente investigación.

Dedicado al Dios del Universo y a mi hermano Jesús porque son la luz de la esperanza en mi vida y porque en todo momento cuidan de mí y de mi familia, porque en ustedes todo lo puedo.

¡Gracias por estar siempre en nuestros corazones!

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

MEDICIÓN DE LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA MEDIANTE UN INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS POR EL COMITÉ DE GESTIÓN LOCAL DE LA MUNIC

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	proyectos.inei.gob.pe Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote Trabajo del estudiante	1%
3	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	1%
4	justiciajuvenilrestaurativa.org Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante	1%
7	www.scribd.com Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	7
II.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
II.2.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
III.	MARCO TEÓRICO.....	16
IV.	OBJETIVOS	41
IV.1.	OBJETIVO GENERAL:.....	41
IV.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	41
V.	HIPÓTESIS.....	42
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	43
VII.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	53
VII.4.1.	Técnicas:	53
VII.4.2.	Procedimientos	57
VIII.	RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	81
IX.	CONCLUSIONES	112
X.	RECOMENDACIONES.....	121
XI.	REFERENCIAS.....	124

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo la evaluación de la efectividad de una intervención de gestión municipal informada para mejorar la atención integral a la primera infancia en el distrito de Mazán, Maynas-Loreto.

La investigación es de tipo cuasi-experimental (pre y post, sin grupo control), prospectivo siendo la unidad de análisis 124 niñas y niños menores de 24 meses, por ser la población infantil de 4 comités vecinales que se encontraban dentro de la capital del distrito de Mazán, con mayor acceso a los servicios. Su desarrollo fue de octubre 2015 a setiembre 2016.

Al finalizar el presente estudio se encontraron mejoras en las condiciones de Atención Integral a la primera infancia, como un conjunto de intervenciones coordinadas y articuladas entre sí, que garantizan el acceso, uso a servicios de salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y protección, así como prácticas adecuadas de cuidado y crianza por las familias, lo cual significa que el instrumento permitió la adecuada medición de dichas condiciones para la toma de decisiones informadas, a través de desarrollo de actividades que generaron resultados en las condiciones de salud, nutrición, educación, recreación y protección, logrando los impactos finales previstos.

Estas decisiones se canalizaron a través del Comité de Gestión Municipal, liderado por el Alcalde, quienes se organizaron para realizar una gestión que genere información y proponer acciones que respondan a la situación encontrada a través de la implementación y cumplimiento de un Plan de Desarrollo Local en primera infancia.

El Comité de Gestión Municipal (CGM) manifestó que perciben al instrumento

como una herramienta de gestión, que recoge información útil y necesaria, a nivel local permitiendo la toma de decisiones informadas y que lo recomendarían a otras municipalidades que estén interesadas en invertir por la primera infancia.

PALABRAS CLAVES: Comité de Gestión Local, Atención Integral, medición, recojo de información, primera infancia y decisiones informadas.

ABSTRACT

This study aims to assess the effectiveness of an informed municipal management intervention to improve comprehensive early childhood care in the district of Mazán, Maynas-Loreto.

The research is quasi-experimental (pre and post, without control group), prospective being the unit of analysis 124 girls and boys under 24 months, as the child population of 4 neighborhood committees that were concentrated within the capital of the Mazán district, with greater access to services. Its development was from October 2015 to September 2016.

At the end of this study, improvements were found in the conditions of Comprehensive Early Childhood Care, as a set of coordinated and articulated interventions that guarantee access, use to health services, nutrition, early childhood learning and protection, as well as appropriate care and parenting practices by families, which means that the instrument allowed the adequate measurement of these conditions for informed decision making, through the development of activities that generated results in health, nutrition, education, recreation and protection, achieving the expected final impacts.

These decisions were channeled through the Municipal Management Committee, led by the Mayor, who organized to carry out an informed management and propose actions that respond to the situation encountered through the implementation and fulfillment of a Local Development Plan in early childhood.

The Municipal Management Committee (CGM) stated that they perceive the instrument as a management tool, which collects useful and necessary information, at the local level allowing informed decision making and that they

would recommend it to other municipalities that are interested in investing in the first childhood.

KEY WORDS: Local Management Committee, Integral Attention, measurement, information gathering, early childhood and informed decisions.

GLOSARIO DE TERMINOS

Comité de Gestión Municipal (CGM) o Instancia de Coordinación y Articulación (IAC): Organización a nivel local (distrital y/o comunal) que comprende la coordinación estrecha entre el alcalde y operadores de servicios sociales para el diseño, monitoreo y evaluación del Plan de Desarrollo Local.

Atención Integral: Conjunto de intervenciones coordinadas y articuladas entre sí, que garantizan el acceso, uso a servicios y adecuadas prácticas de crianza y cuidado de la primera infancia.

Condiciones de Atención integral: Comprenden entornos adecuados en salud, nutrición, educación y protección en los que vive y se desarrolla la primera infancia dentro de su familia y comunidad.

Primera infancia: Comprende la etapa de vida que va desde la gestación hasta los primeros 24 meses de vida.

Toma de decisiones informadas: Son las decisiones que toman las autoridades nacionales, regionales y locales, frente a una situación determinada, contando para ello con información relevante, actualizada y propia del ámbito donde se va a intervenir.

Operadores de Servicios Sociales: Denominación que se les da a los profesionales que coordinan las acciones de salud (Establecimientos de Salud) y Programas Sociales (JUNTOS, Cuna más, Qaliwarma, etc.) a nivel local.

Comités vecinales: Es el órgano de representación ciudadana como unidad territorial, que divide a la población del distrito, con el objetivo de realizar una mejor planificación y administración de servicios desde la Municipalidad.

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú, los resultados de la Encuesta Nacional de Estadística e Informática (INEI) al 2018 nos muestran que la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años se encuentra en 12.2% y la anemia en 43.5%, ambos porcentajes con tendencia a disminuir en estos últimos 5 años: en 5.3 puntos porcentuales y 2.9 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, aun encontramos regiones con la más alta tasa de anemia como Puno (67,7%), Pasco (58,7%) y Loreto (57,4%.)⁽¹⁾. Estos resultados ponen en riesgo el adecuado crecimiento y desarrollo de la primera infancia y pueden dejar secuelas que aparecerán durante el resto de su vida, afectando su salud, su desempeño laboral, su economía, entre otros.

Frente a esta situación durante varios años en el país se han dado una serie de medidas para disminuir la desnutrición crónica y la anemia.

La intervención se ha enfocado en el cuidado de la niña o el niño desde la gestación hasta los primeros 5 años de edad, enfatizando que en los primeros 24 meses o 1000 días de vida se da el desarrollo de las ventanas de oportunidades y un retraso en crecimiento anterior a esta edad es un factor predictivo de peores resultados cognitivos y educativos en la etapa posterior de la infancia y la adolescencia y es el momento oportuno de actuar⁽³⁶⁾. En este actuar se ha diseñado e implementado planes y programas a través de diversos sectores acompañados por la asistencia técnica de los diversos organismos internacionales.

En este esfuerzo se empezó a trabajar a nivel de los gobiernos locales, con el fin que encaminaran sus proyectos a favor de la primera infancia, desarrollando experiencias como los “Municipios Amigos de los Niños” impulsada por UNICEF desde 1990, donde se apostaba por los derechos y los niños y la convención por la primera infancia desarrollados en América latina y el Caribe, sirviendo como modelo para plantear intervenciones a nivel distrital y comunal.

Por otra parte, los diversos sectores, como el Ministerio de Economía y Finanzas desde el 2007 empieza a establecer la entrega de Presupuesto por Resultados (PpR) y el Programa de Incentivos a los Gobiernos Locales bajo el cumplimiento de metas de atención a la primera infancia formuladas por los sectores a nivel regional, lo cual requería un trabajo articulado con las municipalidades ⁽²⁾. A ello se suma el Plan Nacional de Acción por la infancia y la Adolescencia liderado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social ⁽³⁾, en cual también planteaba indicadores en salud, nutrición y educación, para un desarrollo integral y participativo en el entorno familiar, escolar y comunitario.

El Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), en el 2008 desarrolló un instrumento dentro de la Tecnología de Decisiones Informadas para la gestión informada al ser aplicado por las Municipalidades Provinciales y distritales, el cual recoge información en el componente nutricional de las niñas y niños menores de 5 años, constituyendo el primer instrumento que a manera de piloto se aplicaba a nivel distrital y comunal, su uso se ha dado por algunas municipalidades provinciales hasta el 2016 ⁽⁴⁾.

Con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en agosto del 2011, con la estrategia nacional “Incluir para Crecer” enmarcan a los Programas Sociales para niñas y niños menores de 5 años en dos Ejes Estratégicos:

1. Nutrición infantil, para garantizar la supervivencia, el desarrollo y la protección del niño, asegurando una adecuada nutrición, especialmente en aquellos menores de tres años, no solo por los problemas de salud que conlleva, sino como limitante para el desarrollo del país. Dentro de este eje se trabajan las adecuadas prácticas de alimentación y nutrición en el hogar, como prácticas en higiene (lavado de manos) y en alimentación (lactancia materna exclusiva para menores de 6 meses, alimentación complementaria para niñas y niños entre 6 y 36 meses, repartición intrafamiliar óptima de los alimentos, diversificación de alimentos, consumo de micronutrientes principalmente hierro, vitamina A, zinc 14), educar a la madre en salud y nutrición, considerando que el hecho de ser iletradas aumentan cuatro y dos veces más el riesgo de desnutrición y garantizar la seguridad alimentaria en el hogar, para contar con producción y/o disponibilidad de alimentos inocuos y nutritivos para su ingesta.
2. Desarrollo Infantil Temprano: Si bien los ejes de nutrición infantil y desarrollo infantil temprano están estrechamente vinculados, se ha decidido mantenerlos estratégicamente separados, debido a que el DIT está directamente vinculado al derecho de las niñas y los niños a un “buen comienzo de vida” (ser físicamente saludables, estar mentalmente alertas, ser emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de

aprender). Los servicios de cuidado y desarrollo infantil y el acceso a educación preescolar, son aspectos fundamentales que el eje DIT busca enfatizar.

Ambos ejes se vienen desarrollando mediante la puesta en común de los sectores vinculados con la niñez, creando en el 2014 el Fondo de Estímulos al Desempeño y Logros de Resultados Sociales (FED) otorgado a los Gobiernos Locales con el fin de mejorar la entrega de servicios a la primera infancia ⁽⁵⁾.

Por otra parte aunque existen estos ejes estratégicos y el FED, los Gobiernos Locales dentro de sus instrumentos o herramientas de gestión, demandan formatos que les ayude a recoger información detallada y precisa sobre la situación de la nutrición y desarrollo infantil temprano (acceso de la primera infancia a salud, nutrición, saneamiento básico, salas de aprendizaje infantil temprano) a nivel distrital, debido a que la información que existe en el ENDES se da a nivel regional y provincial, y no se ajusta a la realidad de un determinado distrito, además no se precisa información sobre acceso y uso de servicios y prácticas de cuidado infantil por los padres o cuidadores. Aun no se han considerado desde las diversas estrategias a favor de la primera infancia indicadores sencillos de entender y recoger que faciliten conocer la situación de los ejes estratégicos propuestos por el MIDIS, la sola existencia de esta información en el nivel distrital y local permitiría recogerla en forma periódica, analizarla y organizarse para tomar decisiones, así como planificar sobre metas establecidas por municipalidad en coordinación con la comunidad, a favor de la primera infancia ⁽⁶⁾.

Este estudio tiene como objetivo: la evaluación de la efectividad de una intervención de gestión municipal informada para mejorar la atención integral a la primera infancia. La gestión municipal informada estará a cargo del Alcalde distrital, funcionarios y operadores de servicio, quienes conformaban el Comité de Gestión Municipal. En esta investigación se considera como operadores de servicio a las personas naturales o jurídicas que contratan con el Estado para brindar sus servicios en alguno de los componentes de la atención integral a la primera infancia ⁽⁷⁾, en 04 comités vecinales del distrito de Mazán -Provincia Maynas, Región Loreto.

En el planteamiento de la investigación propone la siguiente pregunta ¿Es posible mejorar las condiciones de Atención Integral de la primera infancia a través de la gestión municipal informada en la Municipalidad Distrital de Mazán?

Por ello el marco teórico describe qué es la primera infancia, condiciones que garantizan la atención integral para el desarrollo infantil e instrumentos que miden las condiciones de atención integral de la primera infancia desde experiencias nacionales e internacionales.

Se espera que el presente estudio ponga a disposición un instrumento de fácil aplicación e interpretación para la gestión informada a nivel local desde los funcionarios municipales, operadores de servicio y actores comunales con el fin de mejorar las Condiciones de Atención Integral de niñas y niños menores de 24 meses.

La presente investigación se desarrolla en cinco capítulos:

El Capítulo I, que comprende el planteamiento del problema, marco teórico, justificación de la investigación y objetivos. En el planteamiento de la investigación se expone la forma de como se hace mención al problema haciendo alusión al siguiente cuestionamiento ¿Una gestión municipal que genera información para tomar decisiones hace posible mejorar las condiciones de Atención Integral de la primera infancia en el distrito de Mazán?

El Capítulo II, que desarrolla la metodología de investigación de diseño cuasi-experimental, considerando que no hubo un grupo experimental o control y de cohorte prospectivo; siendo la unidad de análisis 124 niñas y niños menores de 24 meses de 4 comités vecinales del distrito de Mazán, provincia de Maynas, Región Loreto.

El Capítulo III, que presenta los Resultados y Discusiones.

Y finalmente el **Capítulo IV**, que presenta las Conclusiones y **Capítulo V**, las Recomendaciones.

El estudio ha permitido mejoras en las condiciones de atención Integral en las niñas y de los niños menores de 24 meses, además de ello se incidió en el Comité de Gestión Local para expandir la intervención en todo el distrito.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien el INEI al 2018 nos muestra que en el Perú la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años viene disminuyendo en los últimos dos años, encontrándose en 12.2%, sin embargo, con respecto a la anemia no tenemos la misma tendencia encontrando que se encuentra en 43.5%, lo cual representa una situación alarmante para las niñas y niños, y además en las regiones como Puno (67,7%), Pasco (58,7%) y Loreto (57,4%) presentan la más alta tasa a nivel nacional ⁽¹⁾.

Para hacer frente a esta situación en los tres últimos gobiernos se han implementado políticas, estrategias y programas dirigidos a cambiar esta situación. Los sectores que velan por el bienestar de la primera infancia han formulado algunas propuestas que se vienen implementando a nivel nacional, por ejemplo el Ministerio de Economía y Finanzas a través del Presupuesto Por Resultados (PpR) ⁽²⁾, vigente desde el 2007 como una estrategia de gestión pública asigna recursos a resultados alcanzados en beneficio de la población y el establecimiento de mecanismos para generar información para la toma de decisiones de asignación presupuestaria de manera transparente frente a las instituciones y la ciudadanía, con el fin de alcanzar a los más vulnerables: gestantes y niños menores de 5 años, con énfasis en programas que inviertan en Nutrición y Salud Materno-Infantil.

Asimismo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) viene implementado el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) desde el 2014, otorgando recursos para los Gobiernos Regionales

y Locales, para las intervenciones en Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Para acceder al FED los funcionarios ediles deben asumir compromisos en la provisión de paquetes de servicios a las gestantes, niños menores de 24 meses y desde los 3 a 5 años, actualmente este fondo está en proceso de expansión en el país. El FED ha permitido la coordinación y articulación de los diversos sectores que trabajan por la primera infancia ⁽⁵⁾. Pero en la búsqueda bibliográfica de instrumentos de gestión que ayuden al recojo de información dentro de planteamiento FED, aún no se han definido guías e instrumentos que facilite el recojo y análisis de información en forma periódica de los paquetes que se implementan a nivel provincial, distrital y/o comunal, que facilite la toma de decisiones por los funcionarios ediles y operadores de servicio.

Por otra parte el Ministerio de Salud, en el año 2007 a través del Centro de Alimentación y Nutrición (CENAN), en la Estrategia “Tecnología de Decisiones Informadas” (TDI) propone un instrumento de monitoreo distrital para disminuir la Desnutrición Infantil, el cual se viene aplicando en los distritos donde los alcaldes designen un presupuesto para la primera infancia. El instrumento es de fácil aplicación, procesamiento y análisis, basado en el uso de colores que permiten identificar los aspectos que se deben priorizar o mejorar. Sin embargo, su uso solo se restringe a la toma de decisiones en el componente nutricional del niño menor de 5 años, más no considera otros aspectos de la atención integral y del desarrollo infantil temprano ⁽⁴⁾.

La estrategia TDI plantea habilidades de gestión que los funcionarios ediles deberían desarrollar ⁽⁴⁾, aquí se mencionan las más relevantes:

- Ejecutar la programación estratégica e identificar los indicadores de desempeño de estos programas.
- Fomentar la planificación y toma de decisiones oportunas basada en información objetiva y actual.
- Puesta en común de un sistema presupuestario y la planificación local a nivel regional.
- Facilitar el monitoreo basado en resultados objetivos.
- Facilitar la evaluación del impacto al final de la gestión.

Sin embargo en la práctica los gobiernos regionales y locales hacen reversión de sus presupuestos anuales porque los alcaldes regionales y locales, que se renuevan cada 4 años, no cuentan con instrumentos de gestión para el desarrollo de proyectos en primera infancia mostrando poca capacidad de gasto ^(8, 9).

Además en la revisión bibliográfica de las estrategias y lineamientos técnicos de los sectores y organismos que trabajan por la primera infancia a nivel nacional e internacional se han identificado instrumentos de gestión para el monitoreo y evaluación a nivel nacional o regional pero aún está pendiente el diseño de instrumentos que puedan ser utilizados desde la gestión municipal para la toma de decisiones informadas a nivel distrital, que faciliten el seguimiento de las condiciones e indicadores de atención integral y de los servicios ofertados primera infancia.

Por otra parte encontramos que a nivel rural, esta situación se hace más crítica, especialmente en distritos amazónicos, por contar con población dispersa y de difícil acceso, como en el caso de distrito de Mazán, lugar donde desarrolló la

investigación el cual se ubica en la Provincia de Maynas, Región Loreto, con una población infantil de 1671 niñas y niños menores de 5 años (0-59 meses), de los cuáles el 24% presenta desnutrición crónica, no cuentan con oferta de programas del Estado como Juntos o Cuna Más, viven en inadecuadas condiciones de habitabilidad, con carencia de servicios básicos, y con padres, madres o cuidadores que realizan prácticas de alimentación y cuidado inadecuadas.

Es así, que teniendo en cuenta esta situación se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Una gestión municipal articulada e interdisciplinaria que genera información para tomar decisiones, planificar e implementar estrategias hace posible mejorar las condiciones de Atención Integral de la primera infancia en el distrito de Mazán?

2.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El país desde hace dos décadas viene ejecutando constantes cambios para mejorar y modernizar la económica, sin embargo, a nivel regional y local aún existen grandes brechas socioeconómicas, especialmente en los espacios rural y urbano, los cuáles afectan a las poblaciones con bajo nivel de salud, educación, nutrición y con inadecuado acceso a servicios de agua, desagüe y una vivienda adecuada ⁽³⁾.

Según el resultado del INEI al 2018, nos muestran que la desnutrición crónica infantil como la desnutrición que en menores de 5 años se encuentra en 12.2% con una baja tendencia a disminuir en los últimos dos años y especialmente la anemia que se encuentra en 43.5% la cual se ha venido incrementado en 0.9 puntos porcentuales, encontrándose regiones con la más alta tasa como Puno (67,7%), Pasco (58,7%) y Loreto (57,4%.) ⁽¹⁾.

Frente a esta situación en el país se han establecido estrategias, programas y proyectos desde los diferentes sectores que ayuden a las municipalidades regionales y locales a fortalecer su gestión y orientar recursos para la primera infancia, bajo la modalidad de otorgar Presupuestos por Resultados propuesto desde el MEF ⁽²⁾, la Tecnología de Decisiones Informadas por el MINSA (CENAN) ⁽⁴⁾ y el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) impulsado por el MIDIS-MEF ⁽⁵⁾, todas estas propuestas tienen como objetivo el cumplimiento de metas y resultados en disminuir la Desnutrición Crónica y la Anemia, es decir los lineamientos se construyen desde la necesidad o sobrevivencia y no desde la mirada del cumplimiento de sus Derechos ⁽¹⁰⁾. La misma situación se presenta en América Latina, con estrategias que recogen información de nutrición y salud, o

evalúan hitos de desarrollo infantil pero no se recoge información sobre acceso a servicios y/o mejoras en las condiciones de atención integral.

Además desde el año 2004, la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) anualmente emite información en el marco del Presupuesto por Resultado, sobre los indicadores identificados en los Programas Estratégicos a nivel departamental, como el Programa Presupuestal Articulado Nutricional: Desnutrición Crónica infantil, lactancia exclusiva, anemia, entre otros, sin embargo esta información representa una muestra de capitales de departamento y distritos de Lima Metropolitana ⁽¹¹⁾, es decir que no abarca el nivel distrital y/o comunal.

Por otra parte desde el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a través de la Estrategia Incluir para Crecer se han elaborado Lineamientos orientados a reducir la desnutrición crónica infantil promoviendo una gestión intersectorial e intergubernamental articulada, a través del ejercicio del planeamiento, programación, monitoreo, evaluación y supervisión de la Atención Integral que se oferta a nivel local, para lograrlo las Municipalidades locales mediante sus Comités de Gestión Local, conformado por el Alcalde y operadores de servicios sociales, deben poner en práctica políticas locales de salud incorporando actividades en beneficio de la primera infancia dentro del Plan de Desarrollo Local⁽¹²⁾.

La investigación se desarrolló en el distrito amazónico de Mazan, ubicado en la provincia de Maynas, Región Loreto, que no cuenta con intervención de programas sociales desde el Gobierno Nacional y concentra una población infantil de 1671 niñas y niños menores de 5 años, los mismos que presentan una alta tasa

de desnutrición crónica (24%) al 2013, con cuidadores que realizan prácticas de crianza inadecuadas y con carencias en las condiciones de habitabilidad y de servicios básicos con agua potable y desagüe.

Además, el estudio permitirá aportar al fortalecimiento de la organización o comité local existente en el distrito que gestione acciones a favor de la primera infancia, al cual en la investigación se le denominará Comité de Gestión Municipal (CGM) en primera infancia. El CGM realizará la toma de decisiones informadas con los resultados que se obtenga de la aplicación del instrumento, proponiendo estrategias que respondan a la información recogida, visualizando cambios favorables en las Atención Integral de las niñas y niños menores de 24 meses.

La investigación se desarrollará en el distrito amazónico de Mazan, ubicado en la provincia de Maynas, Región Loreto, el cual cuenta con una población 13, 844 habitantes, según el INEI 2014, conformada territorialmente a través de 71 Comités Vecinales, como órgano de representación ciudadana y unidad territorial, también llamadas comunidades o centros poblados, que no contaban con intervención de programas sociales desde el Gobierno Nacional y concentra una población infantil de

1671 niñas y niños menores de 4 años (0-48 meses), los mismos que presentan una alta tasa de desnutrición crónica (24%) al 2013 (no se encontraron cifras de 0 a 24 meses), con cuidadores que realizan prácticas de crianza inadecuadas y con carencias en las condiciones de habitabilidad y de servicios básicos con agua potable y desagüe. Sin embargo, existe disposición y participación del Alcalde de la Municipalidad de Mazán quién finalizaba su primer periodo de alcaldía con alta

proyección de reelección, muy comprometido con la primera infancia, otorgando un presupuesto protegido (5% del presupuesto municipal), dentro de este presupuesto se priorizaron a los menores de 24 meses, considerando que era la etapa de vida donde se generaban grandes cambios en el desarrollo del cerebro y el crecimiento de la niña y el niño, siendo el momento oportuno para actuar, estos argumentos convencieron al Alcalde en invertir inicialmente en este grupo etareo, considerando que por el crecimiento exponencial en esta edad, también se iban a evidenciar resultados a corto plazo, tiempo relevante para sustentar la inversión realizada con resultados exitosos.

Además, el estudio puede aportar a al fortalecimiento de la organización o comité local existente en el distrito con el fin que gestione acciones a favor de la primera infancia, al cual en la investigación se le denominará Comité de Gestión Municipal (CGM) en primera infancia. El CGM realizará la toma de decisiones informadas con los resultados que se obtenga de la aplicación del instrumento, proponiendo estrategias que respondan a la información recogida, visualizando cambios favorables en las Atención Integral de las niñas y niños menores de 24 meses.

2.2.1 Limitación de la investigación

Una limitación fue el no poder contar con grupo control para comparar resultados, en vista que existía interés político por abarcar la intervención en los distritos geográficamente más cercanos a la Municipalidad de Mazán y la presión de la financiera de cumplir con el presupuesto en el año de intervención. Por otra parte

no se contaba con presupuesto para buscar una comunidad más alejada como grupo control, en vista que la más cercana estaba a dos horas de distancia en deslizador.

Otra limitación fue la disponibilidad de tiempo de las autoridades para participar en las reuniones de coordinación y de planificación de actividades, coincidir en fechas para convocar a todos los integrantes del Comité de Gestión, fue complicado, especialmente el Gerente de Centro de Salud que por su cargo viajaba frecuentemente a Loreto y Lima.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

Para la elaboración de los antecedentes se consideraron las experiencias nacionales e internacionales, donde existiera el diseño de algún instrumento de medición, así como indicadores establecidos por programas, proyectos o planes dirigidos a mejorar la Atención Integral de la primera infancia, desde un enfoque integral de intervención en salud, nutrición, educación, recreación y protección. Se hizo especial énfasis en las experiencias exitosas a nivel de América latina donde existieran instrumentos o herramientas de aplicación local o distrital, sin embargo, la mayoría de las experiencias cuenta con el recojo de información a través de fuentes estadísticas nacionales, con reportes que llegan hasta el nivel regional, excepto Perú en la experiencia del MINSA-CENAN que recoge información a nivel distrital.

En las experiencias se evidenció que el recojo de información estaba enfocado en aspectos de salud y nutrición o indicadores de aprendizaje infantil, debido a que respondían a metas propuestas por los gobiernos para reducir la desnutrición crónica infantil o generar logros de aprendizaje, sin embargo, no se encontró un instrumento a nivel nacional o internacional que tuviera una mirada integral de la intervención en la primera infancia.

Los indicadores propuestos en cada experiencia para medir las condiciones de salud, nutrición, educación y/o protección, fueron seleccionados de acuerdo con la claridad de la redacción del indicador y organizados según la posibilidad del

recojo a nivel local (distrital o comunal) en el instrumento de recojo de información.

3.1.1 Nacionales

A continuación, se presentan experiencias nacionales del diseño de diversos tipos de instrumentos que recogen información sobre la primera infancia, los mismos que han sido construidos en el marco de diversos programas o estrategias que han tenido como objetivo el desarrollo infantil o la mejora en las condiciones de la Atención Integral de primera infancia en sus componentes: salud, nutrición, educación, recreación o protección.

Cuadro N°01: Experiencia Nacional Ministerio de Salud – Perú

Ministerio de Salud (2008)	Programa y/o proyecto:	CENAN: Tecnología “Decisiones Informadas”, TDI “Una Herramienta para la Gestión Local” ⁽⁴⁾ .
	Nombre del instrumento	Instrumento de medición para el monitoreo de indicadores nutricionales y determinantes.
	Público objetivo	Gestantes y niñas y niños de 0 a 35 meses.
	Información que recoge:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medición de indicadores nutricionales y determinantes. 2. Listado de acciones de priorizadas. 3. Monitoreo del avance en el logro de las metas planeadas mediante mediciones continuas o periódicas de las condiciones e indicadores nutricionales.
	Responsables de recoger la información:	La Municipalidad designa recursos para contratar a un encuestador
	Tiempo de aplicación:	Cada 6 o 12 meses.

Cuadro N°02: Experiencia Nacional Ministerio de Educación – Perú

Ministerio de Educación (2006)	Programa y/o proyecto:	Guía de evaluación de educación inicial ⁽²⁶⁾ .
	Nombre del instrumento	Logros de Aprendizaje (Indicadores de evaluación)
	Público objetivo	De 3 a 5 años
	Información que recoge:	Permite al docente observar en sus alumnos los logros y dificultades en el aprendizaje y el desarrollo de sus capacidades y actitudes mediante actividades de enseñanza –aprendizaje.
	Responsables de recoger la información:	Docentes del nivel inicial
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°03: Experiencia Nacional Ministerio de Desarrollo e inclusión social (MIDIS) – Perú

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2016)	Programa y/o proyecto:	Lineamientos para la Gestión Articulada e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia” ⁽²⁷⁾ .
	Nombre del instrumento	Indicadores de resultados priorizados en desarrollo infantil.
	Público objetivo	Niñas y niños menores de 5 años.
	Información que recoge:	Los lineamientos integran indicadores que responden a los resultados propuestos y facilitar la medición de logros en el Desarrollo Infantil Temprano.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica

Cuadro N°04: Experiencia Nacional Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMPV) – Perú

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012)	Programa y/o proyecto:	Plan Nacional por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 ⁽³⁾ .
	Nombre del instrumento	Matriz de monitoreo del PNAIA 2021
	Público objetivo	De 0 a 5 años
	Información que recoge:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas. ✓ Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud. ✓ Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.
	Responsables de recoger la información:	Toman como fuente el INEI.
	Tiempo de aplicación:	No especifica

Cuadro N°05: Experiencia Nacional ENDES-INEI– Perú

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2017)	Programa y/o proyecto:	Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ⁽¹⁾ .
	Nombre del instrumento	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
	Público objetivo	Gestantes y niños de 0 a 5 años
	Información que recoge:	<p>Articulado Nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición crónica - Lactancia exclusiva - Prevalencia de anemia - Infección Respiratoria Aguda (IRA) - Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) - Bajo peso al nacer - Inmunización - Control de crecimiento y desarrollo (CRED) - Niños que recibieron suplemento de hierro - Acceso a agua segura - Servicio de saneamiento básico - Gestantes que recibieron suplemento de hierro <p>Salud Materno Neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad neonatal - Tasa global de fecundidad - Mujeres en unión con uso de métodos modernos de planificación familiar - Parto institucional - Cesáreas - Bajo peso al nacer - Mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar - Gestantes con por lo menos un control prenatal - Gestantes con seis atenciones prenatales <p>Acceso de la Población a la Identidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niñas y Niños que no están inscritos en la municipalidad / Of. registral del RENIEC
	Responsables de recoger información:	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Tiempo de aplicación:	Semestral	

3.1.2 Internacionales

En los siguientes cuadros se presentan las experiencias internacionales en los cuales se aplicaron herramientas de gestión para identificar la situación de la Atención Integral primera infancia en algún componente de salud, nutrición, educación, recreación o protección.

Experiencias Internacionales:

Cuadro N°06: Experiencia Internacional - Chile

Chile Crece Contigo (2014)	Programa y/o proyecto:	Chile Crece Contigo (ChCC): El Desafío de la protección social a la infancia ⁽²⁸⁾ .
	Nombre del instrumento	Indicadores PADB (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial)
	Público objetivo	De 0 a 4 años.
	Información que recoge:	El programa acompaña el desarrollo de la primera infancia que recibe atención en los establecimientos de salud. La información para la medición de los indicadores del programa se extrae de registros mensuales que se encuentran en el intranet del Ministerio de Salud.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°07: Experiencia Internacional - Chile

Proyecto Encuesta Nacional de Primera Infancia ENPI (2010)	Programa y/o proyecto:	Proyecto Encuesta Nacional de Primera Infancia ENPI 2010 ⁽²⁹⁾
	Nombre del instrumento	Encuesta Nacional de Primera Infancia (ENPI)
	Público objetivo	De 0 a 5 años 11 meses
	Información que recoge:	La ENPI 2010, promocionado por la Junta Nacional de Jardines (JUNJI), UNICEF y UNESCO, como un medio que brinda información especializada sobre la situación en primera infancia chilena.
	Responsables de	Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).

	recoger la información:	
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°08: Experiencia Internacional - Brasil

“Primera Infancia Mejor” (PIM) Brasil (2011)	Programa y/o proyecto:	“Primera Infancia Mejor” (PIM) en Brasil 2011 ⁽³⁰⁾ .
	Nombre del instrumento	No especifica.
	Público objetivo	Desde la gestación hasta los 6 años
	Información que recoge:	Esta experiencia está dirigida a las familias con mujeres gestantes, niñas y niños de 0 a años en situación de vulnerabilidad.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°09: Experiencia Internacional - Colombia

Estrategia de atención integral. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de cero a siempre. Colombia (2013)	Programa y/o proyecto:	Estrategia de atención integral. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de cero a siempre. Colombia ⁽¹⁹⁾ .
	Nombre del instrumento	Ruta Integral de las Atenciones
	Público objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Preconcepción. • Gestación. • Nacimiento a primer mes. • 1er mes hasta los 36 meses. • Desde los 3 años a los 6 años.
	Información que recoge:	Cuenta con un instrumento que orienta la gestión en atención integral según las características y contexto en la que vive la primera infancia. El mismo que puede ser aplicado en cualquier momento.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°10: Experiencia Internacional - Banco Interamericano de Desarrollo BID

Programa Regional de indicadores de desarrollo infantil (2011)	Programa y/o proyecto:	Programa Regional de indicadores de desarrollo infantil (PRIDI BID) ⁽³¹⁾ .
	Nombre del instrumento	Indicadores de bienestar infantil en los países que integran el programa.
	Público objetivo	Menores de 5 años
	Información que recoge:	Indicadores que miden la situación nutricional, vacunación y mortalidad infantil, entre otros.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

Cuadro N°11: Experiencia Internacional – OMS/OPS

Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0 a 6 años) en el contexto AIEPI (2011)	Programa y/o proyecto:	Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0 a 6 años) en el contexto AIEPI 2011 ⁽³²⁾ .
	Nombre del instrumento	Ficha de evaluación
	Público objetivo	De 0 a 6 años
	Información que recoge:	Cuenta con una herramienta para realizar la vigilancia del desarrollo infantil, como el perímetro cefálico, factores de riesgo y lo que opinan los cuidadores sobre el desarrollo de la niña o niño.
	Responsables de recoger la información:	No especifica.
	Tiempo de aplicación:	No especifica.

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Primera infancia:

Considerada como la etapa de la vida que comprende a las niñas y niños hasta los 5 años, integrando el periodo de gestación ⁽¹³⁾.

Además, se considera que los 36 primeros meses de vida son altamente significativos para el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, debido a que consolidan los aspectos: biológico, social y cognitivo. En este período se da un desarrollo acelerado, especialmente se termina de formar el cerebro. También se determina el potencial para que puedan lograr en la adultez el ser ciudadanos sanos, responsables y productivos en beneficio de su familia y el país ⁽¹⁴⁾.

3.2.2 Atención Integral a la primera infancia

Es definida desde los ministerios y programas del Perú como:

MIMPV

Promueve, organiza e implementa acciones de atención integral a los peruanos que sufren de violencia familiar o sexual ⁽¹⁵⁾.

MINSA

A través del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) la define como políticas, procesos e instrumentos que garanticen la atención a la persona, familia y comunidad respondiendo a las necesidades. Comprende una serie de actividades y servicios enfocados en mejorar la salud de los peruanos ⁽¹⁶⁾.

MIDIS

A través del Programa Nacional Cuna Más viene focalizando la atención integral en el grupo infantil menor de 3 años, con el fin de mejorar su desarrollo infantil en los aspectos cognitivo, social, emocional y físico a través de un conjunto de acciones que favorezcan una adecuada nutrición, salud, juego y aprendizaje ⁽¹⁷⁾.

MINEDU

Según la Ley N° 30061 menciona que la Atención Integral de Salud se debe brindar a todos los escolares, con énfasis en los colegios estatales que se ubiquen bajo la jurisdicción del Programa Qali Warma ⁽¹⁸⁾.

En la revisión bibliográfica no se encontró una definición única de lo que es la Atención Integral, sin embargo, se menciona dentro de las estrategias de intervención como un elemento fundamental.

En las experiencias internacionales encontramos:

ESTRATEGIA DE CERO A SIEMPRE - COLOMBIA

La Atención Integral es considerada como una corresponsabilidad entre los ministerios del Estado, las familias y la comunidad, con el fin de desarrollar un trabajo en conjunto a favor del desarrollo de la niñez ⁽¹⁹⁾.

UNESCO

La Atención Integral es definida por la UNESCO como el conjunto de intervenciones que en forma coordinada buscan responder a las necesidades vitales y que tienen vinculación con el desarrollo integral y el aprendizaje, que vayan acordes a las características e intereses de la primera infancia ⁽²⁰⁾.

3.2.3 Condiciones de la Atención Integral a la primera infancia.

UNICEF (1990) propone el modelo conceptual donde se define las **condiciones** que se le deben dar a la primera infancia para garantizar una adecuada atención.

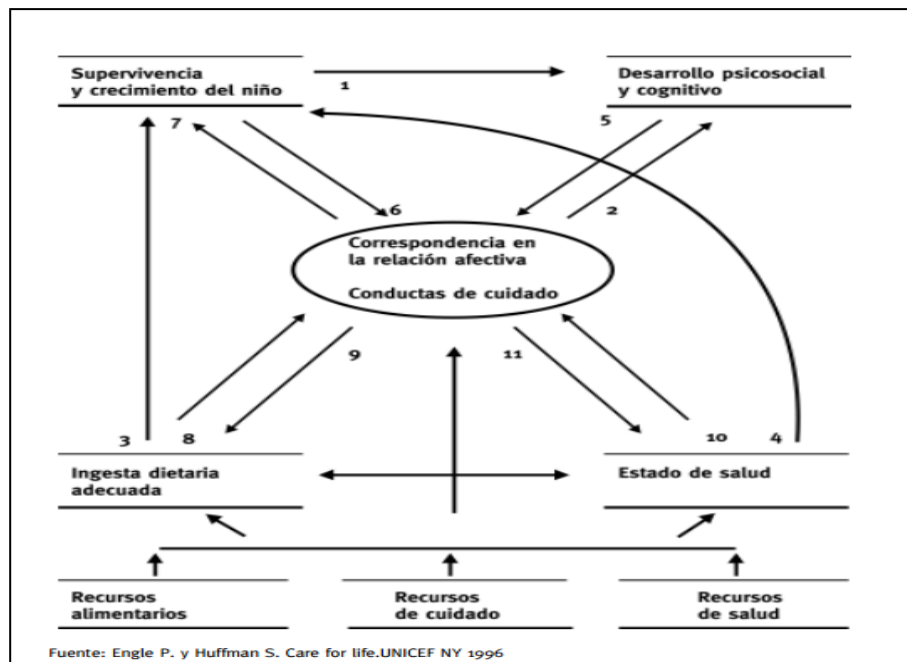
El modelo que se presenta se muestran los diferentes caminos considerando la relación afectiva del niño y su cuidador y los resultados de acuerdo al cuidado recibido por la niña y niño, y su influencia en su crecimiento y desarrollo integral, situación de salud y nutrición ⁽²¹⁾.

El modelo considera:

1. La relación entre el crecimiento y el desarrollo de aprendizajes, por ejemplo, cuando se da el consumo de micronutrientes.
2. La relación entre el cuidador y el niño la cual influye sobre el desarrollo de aprendizajes y psicosocial.
3. La correspondencia entre el crecimiento de los niños y niñas y el adecuado consumo de alimentos.
4. La relación entre la enfermedad y su repercusión en el crecimiento.
5. La relación entre el desarrollo de habilidades cognitivas con la relación de afecto que le brinda del cuidador.
6. La relación afectiva entre el cuidador y la niña o niño, pueden afectar el crecimiento.
7. La actitud de cuidado de la persona que cuida permite percibir cambios favorables o no en el crecimiento de la niña o niño.
8. El cuidador asume un rol protagónico en garantizar que la niña o niño consuma los alimentos en la cantidad que necesita de acuerdo a la edad. Haciendo de esta actividad un momento agradable a través del juego.
9. La salud de la niña o niño también influye en la relación afectiva con el cuidador.

10. La relación entre el cuidador y la niña o niño influye en la situación de salud-enfermedad.

Grafica N° 01 Modelo Conceptual de UNICEF
Modelo de Atención



Según Schore (2001), no es posible considerar el adecuado desarrollo de la niñez sin considerar cómo fue la gestación y cómo vivió los primeros 36 meses de vida. Considerando como aspectos muy importantes la alimentación y salud de la madre durante el embarazo y la lactancia, así como el cuidado durante los primeros años, garantizando que desarrollen en espacios que faciliten protección, confianza y el desarrollo de aprendizajes, donde se sientan queridos, respetados y con la capacidad de alcanzar un óptimo desarrollo integral ⁽²²⁾.

Otros aspectos que menciona van desde las condiciones socioeconómicas de la familia hasta el tipo de clima, crecimiento poblacional, entre otros, así como el tipo de comunidad que alberga a la niña o el niño, además que

fundamental para lograr el desarrollo integral de la niñez es garantizar el cumplimiento de sus derechos: al nombre, a la igualdad al acceso de servicios de nutrición, salud, educación y desarrollarse en un entorno protegido y saludable. Sus derechos deben ser cumplidos por las familias, sociedad y el Estado ⁽²²⁾.

De acuerdo Bronfenbrenner (1989), menciona el contexto donde vive y se desarrolla la niña o niño, definiéndolo como un medio cambiante, su relación con las personas, y la capacidad de descubrirlo y modificarlo. Esta definición considera al niño y su interacción con la familia y/o guardería (microsistema) y la comunidad (mesosistema), las instituciones que brindan servicios a la niñez (salud, educación, programas sociales) municipalidad y organizaciones comunales (exosistema) y aspectos políticos social, demográfica y geográfica en el cual están inmersos los demás niveles del ambiente (macrosistema). Estos niveles y su interacción pueden repercutir en forma positiva o negativa en el bienestar y desarrollo de la niñez ⁽²²⁾.

Según la **OPS** el modelo permite el desarrollo en los primeros años de vida, relacionándolo con los aspectos: biológico, cognitivo, afectivo, ambientales, socioeconómico y culturales, y como se articulan entre sí, logrando que las personas adquieran el potencial para pensar, moverse, sentir y relacionarse con otras personas y el entorno en donde vive ⁽²¹⁾.

Este modelo se fundamenta en tres **condiciones**:

1. Cuidado: se refiere a la nutrición, higiene, previniendo y brindando tratamiento a situaciones que afectan la salud, garantizando un ambiente seguro.
2. Afecto: se refiere a los lazos afectivos que se dan entre las niñas, niños y sus cuidadores.
3. Protección: se refiere a la protección y cuidados que la niñez debe recibir de su familia, comunidad, sociedad y Estado.

Además, para que las niñas y niños logren la estatura y peso acorde a su edad, deben estar protegidos contra enfermedades propias de la edad como las diarreas y enfermedades respiratorias, y sean saludables se debe asegurar una buena alimentación-nutrición en los primeros años de vida ⁽²³⁾. Así como brindar las condiciones, servicios de calidad y los cuidados adecuados que garanticen un adecuado crecimiento y desarrollo integral.

Según la estrategia colombiana de “Cero a Siempre”, la atención se debe brindar a todos las niñas y niños para lograr su desarrollo y bienestar, la misma que se focaliza en cinco aspectos:

1. Crianza y cuidado
2. Salud, nutrición y alimentación
3. Educación
4. Recreación
5. Ejercicio de la participación y ciudadanía.

Es necesario que estos componentes se hagan realidad gracias a la gestión de los actores que trabajan a favor de la protección y atención primera

infancia, teniendo en cuenta las condiciones en la cual vive y se desarrolla en forma cotidiana ⁽¹⁹⁾.

Actualmente **UNICEF** y **OMS** (2018) han propuesto el Cuidado Cariñoso y Sensible para el desarrollo en la primera infancia, como marco mundial para responder a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que pone énfasis en el desarrollo de los niños para catalizar la transformación que el mundo en los próximos 15 años, ofreciendo una hoja de ruta para la acción que se centra en los primeros 1000 días de las niñas y niños, desde la concepción hasta el fin del segundo año, cuando el cerebro del niño se desarrolla rápidamente.

El cuidado cariñoso y sensible es el conjunto de condiciones que permiten la atención óptima de las niñas y niños pequeños, garantizando un entorno estable creado por los padres y otros cuidadores, con el apoyo de los diversos sectores que aseguren la salud y nutrición adecuadas de los niños, los protegen de los riesgos y les brinda oportunidades para el aprendizaje temprano.

Las niñas y niños que no experimentan el cuidado cariñoso y sensible necesario para que sus capacidades prosperen son menos sanos, crecen mal, aprenden menos y completan menos grados en la escuela; es más probable que les resulte difícil relacionarse con confianza con los demás y perciben menos ingresos en la vida adulta.

Este cuidado cariñoso y sensible consta de cinco componentes interrelacionados:

1. Salud
2. Nutrición
3. Seguridad y protección
4. Aprendizaje temprano y
5. Atención receptiva.

Se necesitan contar con los cinco componentes para desplegar en las niñas y niños su potencial de desarrollo, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

Los componentes salud, nutrición y aprendizaje temprano se vienen desarrollando dentro de la propuesta de atención integral a la primera infancia en diversas estrategias y programas a nivel internacional y nacional.



Dentro de este marco encontramos como aspectos novedosos a la Atención Responsiva que permite al lactante pueda interactuar con los padres o cuidadores, desempeñando su propio papel, esta atención se va a lograr si los padres o cuidadores son más sensibles a darse cuenta de lo que la niña o el niño está sintiendo o tratando de decir a través de expresiones faciales, gestos, movimientos corporales y vocalizaciones y también son capaces de responder, ayudando al pequeño a lograr lo que desea, fortaleciendo sus sentimientos

y el Cuidado de la Salud Mental de los padres o cuidadores, considerando que para brindar una atención receptiva a las niñas y niños los padres y cuidadores deben estar libres de problemas de salud mental, que puedan perturbar en la crianza y la capacidad para brindar cuidados, como la depresión en mujeres embarazadas, especialmente las que no cuentan con apoyo de su pareja o familia ⁽³⁵⁾.

3.2.3.1 Indicadores de Atención Integral a la primera infancia

La definición de indicadores de Atención Integral constituye el punto de partida, siendo necesario que sea de carácter integral es decir que tome en cuenta todas las condiciones de las cuales depende el adecuado desarrollo de la primera infancia, que involucre a funcionarios y personas con experiencia en acciones enfocadas en niñez y la seriedad y cuidado técnico a través de declaraciones, convenciones, herramientas normativas y el recojo de evidencias de experiencias nacionales e internacionales. Los indicadores que se formulen para su medición deben responder a un enfoque de derechos de la niñez y no solo en aspectos de sobrevivencia o necesidad, con la finalidad de comprender su situación y monitorear y evaluar el rol y resultados de los programas-servicios y conocer en qué medida estos servicios ofertados desde la gestación hasta los 36 meses están logrando un cambio positivo en el desarrollo integral ⁽²⁴⁾.

Se debe hacer énfasis en los servicios que se enfoquen en mejorar la salud, nutrición-alimentación, educación y recreación, sin priorizar

una condición sobre la otra, respetando el enfoque de derechos. El proceso de levantamiento de información también debe considerar las prácticas de crianza brindadas por cada cuidador y/o familia.

Los resultados de estos indicadores se constituyen en un apoyo a la gestión, debido a que facilita el registro y procesamiento de información y es un instrumento de gestión municipal para la toma adecuada de decisiones ⁽¹⁹⁾, e identificar el costo-beneficio de intervenciones y de las consecuencias de no intervenir.

3.2.5 Gestión Municipal que genera información en primera infancia

Desde el MIDIS a través de la Estrategia Crecer para Incluir para ha propuesto lineamientos para promover la gestión municipal a favor de la primera infancia, con énfasis en la reducción de la desnutrición crónica infantil. Para ello se han propuesto una serie de intervenciones que deberían ser incorporadas por el alcalde en el Plan de Desarrollo Local ⁽²³⁾:

- Consejería para la promoción de la lactancia materna
- Consejería para la alimentación complementaria
- Suplemento de zinc para niños menores de 3 años
- Suplemento con multimicronutrientes para gestantes
- Práctica de lavado de manos
- Acceso a agua y saneamiento
- Intervenciones múltiples para la prevención de embarazo en adolescentes

- Suministro de suplementos de alimentos con suficientes calorías y proteínas para gestantes
- Alfabetización y educación primaria para mujeres
- Articulación de programas de transferencia condicionada con entrega de alimentos y consejería nutricional en áreas de inseguridad alimentaria
- Planes de desarrollo local para implementar las intervenciones efectivas
- Titulación de tierras de pequeños agricultores y proyectos de mejora de producción de alimentos para mejorar la seguridad alimentaria.

Para ello se promueve un modelo de gestión para la administración pública, que se centra en el cumplimiento de acciones clave y la evaluación de productos, resultados e impactos. En países de América Latina como Chile, Ecuador Bolivia se han desarrollado estos modelos de gestión a nivel local que realizan la medición de resultados para orientar el gasto público. En el Perú desde el 2007 a través del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2), se ha impulsado el financiamiento de acciones y servicios bajo la modalidad de Presupuesto por Resultados, mediante cinco Programas Estratégicos que incorporan las actividades prioritarias para el Estado:

1. Salud materna y neonatal
2. Articulado nutricional
3. Atención de EDAs e IRAs

4. Abastecimiento de agua segura
5. Derecho a la identidad logros de aprendizaje en la educación básica

La gestión informada también se define como un proceso por el cual una organización asegura sus productos y servicios que contribuyan al logro de resultados previamente definidos que apoya la toma de decisiones informadas proveen retroalimentación y ajustes continuos a los programas y proyectos que se implementan a nivel local. La toma de decisiones informadas es saber escoger la mejor opción teniendo todas las herramientas, información y datos necesarios confiables y actualizados. Esta información permite tomar decisiones oportunas, adecuadas, viables y de calidad a todos los niveles ⁽⁴⁾.

Es hacer participar a los principales actores involucrados en:

- La definición de resultados esperados y la selección de indicadores que permitan medir los progresos o retrocesos, así como metas realistas que estimulen su logro.
- El recojo de información confiable y oportuna para revisar los avances y comprarlos con el avance de metas
- Utilizar la información para la toma de decisiones oportunas y adecuadas para fines técnicos y financieros a través de instrumentos o herramientas de gestión.
- Ver la gestión por resultados como un proceso cíclico y permanente, que no tiene un inicio y un fin, sino que es proceso

de construcción y retroalimentación permanente hasta el logro de los resultados.

Según la “Teoría del Cambio” propuesta por UNICEF ⁽⁴¹⁾, los objetivos y las actividades de una intervención pueden identificarse y planificarse pormenorizadamente de antemano y la intervención se va adecuando a los nuevos problemas y a las decisiones de los responsables, autoridades e interesados.



Para empezar a desarrollar esta teoría es necesario conocer cuál es el problema sobre el que se va a intervenir, para ello se levanta información de la misma fuente, que en el caso de la investigación sería de la primera infancia, y frente a los resultados obtenidos identificar las causas y consecuencias. Pero esta actividad se debe realizar con los sectores o programas que trabajan en un mismo ámbito por la niñez, para articular acciones y producir sinergias, identificando qué resultados tienen en común y unificar recursos, a través de planes de trabajo conjuntos con resultados e impactos que después de un tiempo o plazo de intervención permita hacer un comparativo con la situación inicial y valorar si se ha logrado la situación deseada (resultados e impactos).

Para implementar la Gestión Informada a nivel local se han propuesto los siguientes requisitos:

- El alcalde o autoridad local debe estar comprometido con mejorar las condiciones de vida de la primera infancia y disminuir la pobreza en su localidad. Para ello debe conocer cuántas niñas y niños menores de tres años y gestantes existen, la situación de los niños y niñas menores de tres años y los factores determinantes que afectan su desarrollo en su distrito.
- Realizar la programación estratégica e identificar los indicadores de desempeño de estos programas.
- Contar con un Comité Gestión Local Multisectorial o Instancia de Articulación o el que haga sus veces que esté operativo integrados por los representantes de sectores y programas sociales.
- Liderar la implementación de la gestión orientada al logro de resultados en el nivel local.
- Articular el sistema presupuestario y la planificación local con el nivel regional.
- Transparentar el uso de los recursos, con adecuados sistemas de información a nivel local.
- Establecer sistemas de rendición de cuentas a nivel local.

3.2.5.1 Comité de Gestión Municipal (CGM) o Instancia de Articulación y Coordinación (IAC)

Está conformado por los sectores públicos, privados organizaciones y actores sociales que trabajan a favor de la primera infancia, liderados por su alcalde comparten una visión de futuro para mejorar la calidad

de vida de la primera infancia, impulsando el trabajo multisectorial a través del Plan de Desarrollo Local ^(33, 34) Su funcionamiento comprende las siguientes fases: Sensibilización, Organización, Planificación participativa, Ejecución y Monitoreo y evaluación participativa. Un aspecto vital es el contar con información relevante y actualizada en forma permanente para la toma de decisiones informadas para evaluar la evolución de los cambios y mejoras en la atención y desarrollo integral de la primera infancia, que permita modificar, mejorar o corregir el Plan de Desarrollo Local ⁽⁴⁾.

Dentro de la investigación se establecieron algunos criterios para medir si se había generado una “Gestión Informada” entre los representantes que conformaban el comité en el distrito:

1. Participación de todos sus integrantes del Comité de Gestión Municipal:
 - Asistencia puntual a las reuniones.
 - Involucramiento de sus integrantes en la toma de decisiones y planteamiento de propuestos.
 - a. Seguimiento de las acciones propuestas.
2. Articular el sistema presupuestario y la planificación local con el nivel regional, con el objetivo de identificar qué acciones se repiten en varios sectores, unificando presupuesto y optimizando recursos.
3. Identificar experiencias exitosas en primera infancia, con evidencia en contextos similares, que puedan ser replicadas y

lograr los mismos resultados.

4. Cumplimiento de las acciones, metas y cronograma establecido en el Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia.

5. Implementación de un sistema de recojo de información periódico en la atención integral de la primera infancia para la toma de decisiones informadas, asumido por la Municipalidad.

6. Búsqueda de fuentes de financiamiento

- Formulación de un proyecto de inversión pública en primera infancia aprobada por el SNIP –MEF.
- Búsqueda de recursos en el distrito (reuniones con empresas locales).
- Solicitud de recursos de la cooperación internacional.

3.2.5.2 Instrumentos o herramientas de gestión municipal para la toma de decisiones informadas en primera infancia.

Los instrumentos o herramientas de gestión para la toma de decisiones permiten orientar o reorientar a las autoridades locales y demás actores sobre las acciones que deben poner en marcha para garantizar la oferta de servicios de atención integral acordes a la primera infancia, con el fin de garantizar su pleno desarrollo, este instrumento debe constituirse en el plano operativo para ordenar la inversión garantizando que responda con las características de la población infantil en cada país, así como a sus contextos

socioculturales y que pueda aplicarse en cualquier época del año ⁽¹⁹⁾, que decidan las autoridades municipales, a diferencia de la información que reporta el INEI que no recoge información específica del nivel local por ser de carácter muestral con el riesgo de esconder grandes brechas en los porcentajes que presenta, además su frecuencia no se adecua a las necesidades de información semestral o mensual que demanda la gestión municipal para la elaboración, implementación y reorientación de los planes distritales a favor de la primera infancia.

La información que se debe recoger debe pasar por una evaluación de necesidades de información a distintos niveles: local, distrital, provincial, regional; destacando sola la que permita decidir en forma informada y la implementación de cambios que permitan alcanzar las metas y resultados del plan distrital en primera infancia ⁽²⁵⁾.

La información que se genere debe analizarse en espacios de reflexión y análisis con funcionarios, operadores de servicio y actores locales para proponer estrategias validadas por los diversos sectores y organismos internacionales en atención integral con el fin de lograr mejoras en la atención en la población infantil y crear la necesidad en las alcaldes y funcionarios la necesidad de una mejora permanente. Este instrumento puede ir experimentando cambios y ajustes según la demanda de información ⁽⁴⁾.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de una intervención de gestión municipal local que genera información, planifica e implementa estrategias validadas para mejorar la atención integral a la primera infancia en el distrito de Mazán, provincia de Maynas, Región Loreto, desde octubre 2015 a setiembre 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1 Elaborar un instrumento de medición de las condiciones de Atención Integral que comprenda indicadores de salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección aprobados a nivel nacional e internacional, que sean posibles de recoger a nivel local en el distrito de Mazán.
- 2 Identificar si la constitución de un Comité de Gestión Municipal (CGM), que trabaja de manera articulada, interdisciplinaria, tomando decisiones informadas para la formulación de Plan de Desarrollo Local mejoran la Atención Integral de la primera infancia en el distrito de Mazán.
- 3 Conocer la percepción del Comité de Gestión Municipal sobre la importancia del instrumento para generar información y facilitar la toma de decisiones informadas para mejorar intervenciones orientadas a la primera infancia a nivel local en el distrito de Mazán.

V. HIPÓTESIS

H1: Una intervención de gestión municipal local articulada e interdisciplinaria que genera información para la toma de decisiones, planifica e implementa estrategias validadas en primera infancia es efectiva para mejorar las condiciones de Atención Integral (cobertura-calidad de los servicios y/o prácticas de crianza en salud, nutrición, educación, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección) de las niñas y niños menores de 24 meses en el distrito de Mazán.

H0: Una intervención de gestión municipal local articulada e interdisciplinaria que genera información para la toma de decisiones, planifica e implementa estrategias validadas en primera infancia, NO es efectiva para mejorar las condiciones de Atención Integral (cobertura-calidad de los servicios y/o prácticas de crianza en salud, nutrición, educación, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección) de las niñas y niños menores de 24 meses en el distrito de Mazán.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Diseño del estudio

El estudio realizado es un diseño cuasi-experimental, considerando que no hubo un grupo experimental o control y de cohorte prospectivo, porque se hizo el seguimiento durante el año del desarrollo de investigación a la población de estudio.

La falta de grupo control se dio por la distancia de la capital del distrito a las comunidades, así como el presupuesto que implicaba el traslado en deslizador. Con respecto a los Comités Vecinales, solo se pudo intervenir por petición del Alcalde en los cuatro Comités Vecinales que se ubicaban dentro de la capital del distrito, considerando el acceso a la Municipalidad y al Centro de Salud, Cuna más, Sala de Estimulación Temprana, etc. debido a que era su segundo periodo de elección como Alcalde y quería demostrar resultados en un mayor número de niños y niñas y además la partida de presupuesto debía ejecutarse en el año de intervención.

6.2 Población de estudio

6.2.1 Descripción del distrito intervenido: Mazan

Mazán es un distrito amazónico, ubicado en la Provincia de Maynas, Región Loreto. La capital del distrito es la localidad de Mazán y está ubicado en la margen derecha del río Napo.

Tiene los siguientes límites:

- Por el norte: Distrito de Napo y putumayo
- Por el sur: Los distritos de Punchana e Indiana
- Por el este: Distrito de Las Amazonas

- Por el oeste: Distrito de Alto Nanay

Cuenta con una población de 13, 844 habitantes, con una densidad de 1.3 habitantes por km², habitantes según el INEI al 2014. La población tiene la característica de contar con una mayoría del género masculino (7373) que femenino (6471). La población esta territorialmente distribuida a través de Comités Vecinales, como órgano de representación ciudadana y como unidad territorial, que divide a la población del distrito, también se les denomina Centros Poblados o Comunidades. Cada Comité Vecinal está conformados por aproximadamente a 50 familias. En Mazán existen 71 Comités Vecinales.

El distrito, se caracteriza por tener una población dedicada principalmente a la agricultura y pesca. La producción agrícola en esta localidad es liderada por el plátano, seguido del arroz y la yuca. Un gran porcentaje de su producción está destinado al mercado. La pesca continúa siendo una actividad económica importante, al ser un producto destinado para la alimentación diaria de las familias y un porcentaje destinado al mercado local. La economía de la población se caracteriza por el desarrollo de actividades extractivas y de producción.

6.2.2 Elección del distrito de Mazán para la investigación

El distrito cuenta con una Municipalidad Distrital a cargo del Dr. Edgar Reátegui y su equipo de funcionarios, con apertura de desarrollar

proyectos a favor de la primera infancia, con interés político de ser reelegido en los próximos comicios municipales.

La intervención en su distrito se realiza gracias a la participación de la Municipalidad de Mazán por propia iniciativa en un concurso para acceder a un fondo semilla de 30,000 nuevos soles que promovía la Fundación Bernard Van Leer y la ONG Asociación Red Innova, donde el requisito fundamental era contar con un diagnóstico de la primera infancia actualizado y una contrapartida de la Municipalidad por 30,000 nuevos soles, un perfil de proyecto y plan operativo para 12 meses.

6.2.3 Situación de la primera infancia en Mazán antes de la intervención:

El distrito no contaba con el soporte de programas sociales, ni con el aporte técnico ni económico de instituciones u organizaciones públicas o privadas.

Su población infantil al 2011, según el censo realizado por la municipalidad es:

Grupo de edades	Hombre	Mujer	Total
De 0 a 5 años	1025	1049	1671
De 6 a 9 años	880	838	1250
De 10 a 14 años	993	924	2050
		Total	4971

La población infantil de 0 a 4 años correspondía al 34% de la población menor de 14 años, lo que significaba un tercio de esta población, sin embargo, a pesar de ser un porcentaje significativo, desde la Municipalidad, no se había priorizado intervenciones en este grupo

etareo, sumando a esta situación la inexistencia de programas sociales (Juntos y Cuna Más) en Mazan.

En el año 2014 de acuerdo a los datos brindados por la Municipalidad Distrital y el Centro de Salud de Mazan, las condiciones de salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección se encontraban en la siguiente situación:

Información obtenida de la Municipalidad y Centro de Salud de Mazán. Enero 2015, antes de la intervención.
Salud
<ul style="list-style-type: none"> • 76% de niñas y niños menores de 6 meses recibe LME. • 85% de la población no cuenta con el servicio de agua potable. • 65% de la población no cuenta con desagüe y/o letrina. • 66% de niñas y niños menores de 5 años están afiliados al SIS. • 24% de niñas y niños menores de 5 años tienen DNC. • 54% de niñas y niños menores de 3 años reciben sulfato ferroso según indicación médica.
Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> • 59% de niñas y niños mayores de 6 meses recibe alimentación complementaria más de 3 veces al día.
Aprendizaje Infantil Temprano y recreación
<ul style="list-style-type: none"> • No se reportaron datos de logros de aprendizaje en niñas y niños menores de 5 años. • No se reportaron datos de uso juegos o medios de recreación familiar o comunal en niñas y niños menores de 5 años.
Protección
<ul style="list-style-type: none"> • 40% de niños y niñas menores de 5 años eran cuidados por una persona mayor de edad.

6.2.4 Comités vecinales elegidos para la investigación:

Para la investigación fueron elegidos por conveniencia 124 niñas y niños menores de 24 meses ubicados en 04 Comités Vecinales del distrito de Mazán, Provincia de Maynas, Región Loreto, de octubre 2015 a setiembre 2016 (12 meses). Se menciona que fue por conveniencia porque estos Comité Vecinales estaban territorialmente ubicados en la capital del distrito, la distancia era de 1 hora a pie o 30 minutos en mototaxi, con el fin de garantizar que las familias y las niñas y niños menores de 24 meses tuvieron acceso al centro de salud, a la Sala de Estimulación Temprana y Centro de Vigilancia Nutricional Comunal, permitiendo mayor control de la investigación. Los demás Comité Vecinales estaban ubicados de 1 a 4 horas en deslizador y sus poblaciones se encontraban dispersas. Por otra parte la Municipalidad había designado un presupuesto de 60,000 nuevos soles el cual solo cubría la intervención en los Comités Vecinales seleccionados y la necesidad de contar con resultados que evidenciaran cambios favorables en la primera infancia, considerando que era el segundo periodo del Alcalde y contaba con la aprobación de su población para lanzarse como candidato para el Gobierno Regional de Loreto.

En estos Comités se identificaron al total de gestantes y de niñas y niños menores de 24 meses, siendo un estudio de cohorte prospectivo, con el objetivo de realizar el seguimiento a cada uno de ellos, durante el año en que se desarrolló la investigación.

Para la selección de los Comités se consideraron los siguientes aspectos:

- Cercanía a la capital del distrito (Centro de Salud y Municipalidad).
- Tiempo de desplazamiento menos de 1 hora a pie o en mototaxi.
- Presupuesto otorgado por la Municipalidad para 12 meses de intervención.

La distribución de las niñas, niños y gestantes por comité vecinal fue la siguiente:

Cuadro N° 11: Distribución de niñas y niños en los 04 Comités Vecinales

Comités vecinales	Gestantes	< 6 meses	>6meses a 24 meses
Santa Victoria	3	5	19
La producción	1	3	24
Campo verde	2	5	19
Arturo Ríos Arana	4	9	30
Total	10	22	92
Total general	124 niñas y niños menores de 24 meses		

6.2.5 Constitución del Comité de Gestión Municipal (CGM):

Como requisito para la intervención se pidió el fortalecimiento de la instancia o comité que ya existía en el distrito, el mismo que debía tener personería jurídica liderado por el Alcalde distrital. El Comité de Gestión Municipal estaba conformado por: el Alcalde del distrito de Mazán (Dr. Alfredo Reátegui Salas), Subgerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de Mazán, Médico jefe del Centro de Salud Mazan, Enfermera responsable del Control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones, Obstetra responsable del Control Prenatal, Operador de servicio del programa JUNTOS, Operador de servicio programa Cuna más, (los dos programas sociales estaban en coordinaciones con al Alcalde

para implementarse en el distrito) y representante de la RENIEC. La mirada multidisciplinaria del CGM permitiría tomar decisiones técnicas y presupuestales en la implementación de acciones a favor de la primera infancia, por otra parte impulsaría una forma de trabajo coordinado y articulado en el distrito.

6.3 Variables

Las variables en este presente estudio se definen de la siguiente manera:

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento de medición
<p>Variable Dependiente: Mejoras en la Atención Integral.</p>	<p>Variable dependiente primaria: Considera las mejoras en el acceso y calidad de servicios brindados a la primera infancia en salud, educación, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección, a nivel distrital.</p>	<p>1. Servicios de los salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección.</p>	<p>Servicios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe un Puesto de Salud, Centro de Salud u Hospital cercano a su hogar (menos de 30 minutos a pie o a deslizador). - Afiliado al SIS - Cuentan con red pública de agua apta para el consumo. - Cuentan con baño o letrina en buen estado. <p>Servicios de nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recibe suplemento de sulfato ferroso según esquema. - Recibe una sesión demostrativa de preparación de alimentos en los últimos 06 meses. - Produce alimentos o participa en actividades productivas. - Recibe dinero donado de algún programa social. - Reciben alimentos donados. <p>Servicios de aprendizaje infantil temprano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe un SET o algún centro de estimulación infantil cerca al hogar en funcionamiento. - Recibieron una sesión de estimulación temprana en los últimos 6 meses <p>Servicios de protección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con DNI. - Existe un lugar/persona a quien acudir en casos de maltrato o violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidado de la información.

	<p>Variable dependiente secundaria: Prácticas de crianza en el hogar.</p>	<p>2. Prácticas de crianza en salud, nutrición, recreación y protección.</p>	<p>% familias que mejoraron prácticas en de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acudió al CPN según esquema. - Llevó al niño al Control CRED según esquema - Tiene vacunas al día, según esquema - El niño tuvo tos en las últimas 2 semanas - El niño tuvo diarrea en las últimas 2 semanas - Consumen agua segura (hervida o clorada) - Se lavan las manos con agua y jabón. <p>% familias que mejoraron prácticas en de nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niño menor de 6 meses recibe LME. - Niño recibe 03 o más comidas espesas al día - Gestantes recibe 03 o más comidas espesas al día. - Da / toma el sulfato ferroso de acuerdo a indicación médica <p>% familias que mejoraron prácticas en aprendizaje infantil temprano y recreación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que juegan con el niño/a al día. - Cuentan con un espacio seguro dentro del hogar para jugar (lejos de elementos peligrosos, animales o basura). - El niño juega con juguetes o materiales inocuos y adecuados para su edad (no tóxicos, sin filos, piezas pequeñas, no despinten, no estén rotos). - Lleva regularmente a la Sala de Estimulación Temprana (SET) o algún centro de estimulación infantil. <p>% familias que mejoraron prácticas protección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere que ayer NO hubo peleas en el hogar - La persona que cuidó del niño/a ayer fue mayor de 18 años - Para corregir a sus hijos lo primero que hace es lo siguiente: 	
<p>Variable Independiente: Gestión municipal informada.</p>	<p>Es cuando el CGM cuenta con información actualizada, periódica y de fuente primaria para tomar decisiones, proponiendo estrategias que respondan a la información recogida, visualizando cambios</p>	<p>Pasos para una Gestión Municipal Informada.</p>	<p>1. Participación de todos sus integrantes del Comité de Gestión Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia puntual a las reuniones. - Involucramiento de sus integrantes en la toma de decisiones y planteamiento de propuestas. - Seguimiento de las acciones propuestas. <p>2. Diseño y cumplimiento de las acciones, metas y cronograma establecido en el Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia.</p> <p>3. Implementación de un sistema de recojo de información periódico en la atención integral de la primera infancia para la toma de decisiones informadas, asumido por la Municipalidad.</p> <p>4. Búsqueda de fuentes de financiamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de talleres de capacitación. • Lista de chequeo de cumplimiento de pasos de la gestión.

	favorables.		<ul style="list-style-type: none"> - Formulación de un proyecto de inversión pública en primera infancia aprobada por el SNIP –MEF. - Búsqueda de recursos en el distrito (reuniones con empresas locales). - Solicitud de recursos de la cooperación internacional. 	
		Instrumento de recojo de información.	<ul style="list-style-type: none"> • Recojo de información periódica a través de un instrumento (Ficha) de las condiciones de atención integral para la toma de decisiones y ajustes al PDL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de recojo de información
Primera Infancia	Niños y niñas menores de 24 meses de vida.	Desde los 9 meses de gestación hasta los 24 meses de vida.		<ul style="list-style-type: none"> • Padrón Nominal

VII. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

7.1 Técnicas:

a. **Construcción y validación de un Instrumento para la toma de decisiones informadas en atención integral de la primera infancia:**

Para su construcción se realizó:

1. Revisión y análisis de las experiencias nacionales e internacionales: las cuáles se muestran en la desarrollan con mayor detalle en el Marco Teórico, identificando resultados, objetivos e indicadores de los planes, programas y estrategias que proponían estas experiencias, especialmente en el Perú se tomó en cuenta las estrategias y lineamientos de los ministerios de salud, educación, economía y finanzas, desarrollo e inclusión social y de la mujer y poblaciones vulnerables. Los documentos que mayor significado han tenido para esta investigación ha sido: La Tecnología de Decisiones Informadas del MINSA-CENAN, el Plan Nacional de Acción por los Niños y la Adolescencia 2012-2021 a cargo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y la Estrategia Incluir para Crecer: Desarrollo Infantil Temprano y el Fondo de Estímulo al Desempeño del MIDIS.
2. La búsqueda tuvo como objetivo recopilar los componentes que se atribuían a la Atención Integral se identificaron los indicadores que permitían la medición de las condiciones de salud, nutrición, educación, recreación y protección. Los indicadores seleccionados recogían información sobre acceso a servicios brindados a nivel local y las prácticas de crianza realizadas por los padres o cuidadores. Una vez definido las condiciones de Atención Integral, se construyó una matriz de cruce de indicadores la cual se presenta en el Anexo N°1 y N° 2.

Finalmente se construyó un instrumento teniendo como modelo el instrumento construido por CENAN-MINSA el cual desarrolla indicadores de Salud y Nutrición, que permitían a los alcaldes distritales conocer la situación de desnutrición y anemia, mientras que el instrumento propuesto en la investigación, aporta al anterior instrumento recogiendo información desde una mirada integral para la atención a la primera infancia, concebido desde un enfoque de derechos, no solo de necesidades o supervivencia (reducción de muertes y/o enfermedades), sino que busca la atención integral para lograr el desarrollo infantil, por ello agrupa los indicadores a recoger en cuatro grandes condiciones: Salud, Nutrición, Aprendizaje Infantil, Recreación y Protección con sus respectivos indicadores, 32 indicadores en total (ver anexo 3). Los indicadores seleccionados y analizados fueron lo que median:

- Uso y acceso de servicios de salud, alimentación-nutrición, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección por las familias.
 - Prácticas de crianza por las familias vinculadas al cuidado de la salud, nutrición, educación, recreación y protección.
 - Si se podían recoger a nivel distrital y/o comunal y directamente de las familias y referentes locales.
3. Para cada indicador se tenían dos alternativas de respuesta: Si cumple el indicador, se colocaba “1” y No cumple el indicador, donde se colocaba “0”. El instrumento tomó la forma de una ficha en A4, para su fácil manipulación y llenado.

Para su validación se realizó:

La validez de contenido del instrumento se realizó mediante la ejecución de una mesa técnica de juicio de expertos. Definiéndose como la opinión de profesionales con reconocida experiencia en el tema, conocidos por otras personas y profesionales como expertos o referentes, calificados para dar evidencia, información, juicios y valoraciones sobre la investigación en cuestión. Para su elección se consideró la experticia de los profesionales, considerando grados obtenidos, investigaciones realizadas, cargos asumidos en el sector público, publicaciones y experiencia, entre otras ^(31,32). Para el juicio de expertos se convocaron a 13 especialistas en atención integral en primera infancia.

Para la validación del instrumento se siguieron los siguientes pasos:

1. Preparación de instrucciones y planillas de evaluación del instrumento (ver anexo N°4).
2. Selección de los expertos (ver anexo N°5).
3. En la reunión para el juicio de expertos se les explicó:
 - a. La metodología para la construcción del instrumento, se explicó el contexto donde se aplicaría y el procedimiento de aplicación.
 - b. Se entregó una planilla con su instructivo a cada experto para que hicieran un análisis individual del instrumento. Luego se en plenaria presentaron los indicadores que debían cambiarse o incorporarse, favoreciendo la discusión y estableciendo acuerdos.

b. Encuesta a funcionarios y operadores de servicio del distrito de Mazán sobre la importancia del instrumento para la toma de decisiones informadas: La encuesta fue aplicada a cada uno de los funcionarios y operadores de servicio que integraban la Instancia de Articulación y coordinación:

1. Alcalde del distrito de Mazán.
2. Subgerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de Mazán.
3. Médico Jefe del Centro de Salud Mazan
4. Enfermera responsable del Control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones.
5. Obstetra responsable del Control Prenatal
6. Operador de servicio del programa JUNTOS
7. Operador de servicio programa Cuna más.
8. Representante de la RENIEC.

La encuesta tuvo como objetivo recoger la percepción sobre la importancia del instrumento para el recojo de información en Atención Integral, y su incorporación en las herramientas de gestión y planificación del distrito para la toma de decisiones en primera infancia (ver anexo 7).

Consideraciones Éticas: La información fue recogida por medio de entrevistas, previo consentimiento de las familias. Para ello, se les informó sobre la utilidad del instrumento y que la información sería de uso exclusivo de la investigación.

7.2 Procedimientos

7.2.1 Fortalecimiento de la Gestión Municipal que genera información en primera infancia.

Cabe recordar que la Municipalidad de Mazán por propia iniciativa se presentó a una convocatoria realizada por la ONG Red Innova, participando y ganando un concurso para obtener un fondo semilla de 30,000 nuevos soles, con el objetivo de mejorar la situación de la primera infancia en el distrito, siendo el requisito fundamental contar con un diagnóstico de la primera infancia actualizado y una contrapartida de la Municipalidad por 30,000 nuevos soles, un perfil de proyecto y plan operativo para 12 meses. Durante las visitas a los distritos para dejar las convocatorias se hicieron reuniones con el Alcalde y regidores para motivarlos a participar y explicar en qué consistía el concurso y qué beneficios traía al distrito.

En esta etapa y posteriormente durante el año se buscaron espacios de comunicación para sensibilizar al Alcalde y regidores en invertir por la primera infancia. Los argumentos que se utilizaron para generar el interés y compromiso fueron:

- Situación de la primera infancia en la Región Loreto y en distrito: salud, nutrición, educación y protección.
- Consecuencias de la DNC y anemia en la población infantil: a corto plazo y a largo plazo.
- Cómo repercutiría esta situación de la primera infancia en la población y desarrollo del distrito.
- Experiencias de trabajo realizado por los Municipios a favor de la primera infancia y resultados favorables obtenidos.

Esta información permitió que las autoridades apostaron por invertir en las niñas y niños menores de 24 meses de su distrito, especialmente porque este tipo de intervenciones no

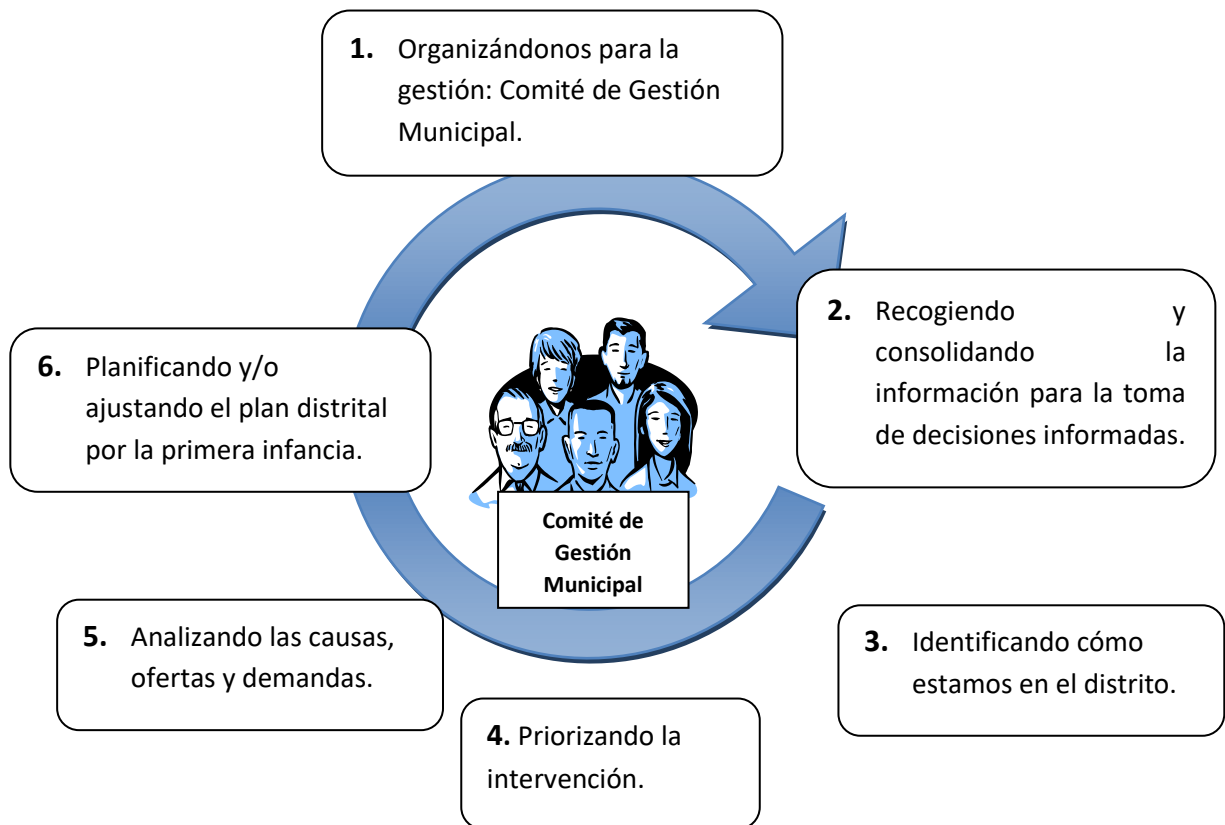
son tangibles, aspecto que era demandado por los pobladores que preferían obras del ladrillo y cemento, como lozas deportivas, barricadas, etc.

Era importante que el alcalde y operadores de los sectores del Distrito de Mazán convencieran a las autoridades comunales y la población sobre la importancia de realizar este tipo de proyectos, en qué se beneficiaban sus niñas y niños, sus familias y la población con el fin que fuera aceptado. Este hecho hizo que el mismo alcalde, regidores y operadores de servicios se empoderaran, afianzaran e interiorizaran la información y la necesidad de trabajar por la primera infancia, además a esto contribuía el contar con información actualizada sobre la situación de los niños en el distrito.

Además, esta metodología estuvo en sintonía con la «Teoría del Cambio»⁽⁴¹⁾ propuesta por UNICEF que explica cómo las actividades producen una serie de resultados que contribuyen a lograr los impactos previamente establecidos, en diversos niveles, que en el caso de la investigación era a nivel distrital y comunal. Para ello se tuvo en cuenta que sectores y programas trabajaban por la primera infancia y que resultados, metas e indicadores debían lograr.

De acuerdo a esta teoría, también se empezó con un análisis de la situación, que para la investigación era la atención integral de la primera infancia, identificando los problemas que se presentaban, así como sus causas y consecuencias; y la establecer sinergias mediante un trabajo articulado en el distrito, identificando estrategias exitosas y/o recursos disponibles frente a los problemas identificados, planificar la intervención y determinar los resultados o mejoras a lograr, para llegar desde una situación inicial a una situación deseada.

A continuación, se muestra a través del siguiente gráfico los pasos para fortalecer la gestión municipal, reforzando la Teoría del Cambio:



Paso 1: Organizándonos para la gestión, en este paso se fortalece la instancia u organización que exista a nivel local que venía trabajando por la primera infancia al cual se le denominó Comité de Gestión Municipal en Primera Infancia (CGM), sus integrantes fueron nombrados por resolución municipal y con personería jurídica, conformada por el Alcalde quien lo lideraba, gerente de desarrollo social, representantes de los programas sociales en el distrito (Juntos, Cuna Más), Médico jefe del Centro de Salud, enfermera y obstetra (MINSA),

funcionarios de la RENIEC, representante de la UGEL y autoridades comunales. El compromiso de este comité era reunirse para tomar decisiones informadas con la información que periódicamente se recogía y plantear acciones en el Plan de Desarrollo Local (PDL) que respondan y reviertan la situación encontrada a favor de la primera infancia del distrito.

- **Paso 2: Recogiendo y consolidando la información**, se elaboró un instrumento de recojo de información con una batería de indicadores que permitían identificar la situación de la condición de nutrición, salud, aprendizaje temprano y protección de las gestantes y niñas y niños menores de 24 meses de los 04 Comités Vecinales del distrito, elegidos por la investigación por el CGM.

Los indicadores fueron consolidados de los propuestos por los programas de los diversos sectores que trabajan por la primera infancia y organizados en componentes para facilitar su comprensión por el CGM.

- Para su construcción se consideraron los indicadores viables de ser medidos en el distrito. La información corresponde a las niñas y niños desde la gestación hasta los 24 meses, por ser considerada como la etapa de vida donde se dan las ventanas de oportunidades, de rápido crecimiento y desarrollo, por lo cual se vuelve más vulnerable y donde los daños son irreversibles. El recojo de información estuvo a cargo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), casa por casa directamente de la madre o cuidador. Se realizó una capacitación a los miembros del CGM y a 09 encuestadores. Los ACS fueron contratados por la Municipalidad para la aplicación del instrumento. En la capacitación se hicieron simulaciones del llenado. Al finalizar el taller se presentó el cronograma, un

mapa de la ubicación de las viviendas y se distribuyeron 02 a 03 familias por encuestador al día, dependiendo de la distancia entre una vivienda y la otra, con el fin de recoger la información en 05 días.

- Un ACS recogía la información de sus familias en 5 días, logrando entre los 09 ACS recolectar la información de las 124 familias.
- La responsable de la investigación y el subgerente de desarrollo social de Mazán asumieron el rol de supervisar el adecuado recojo y veracidad de la información en los 04 Comités Vecinales, de acuerdo al cronograma y en forma inopinada. A medida que los encuestadores entregaban el instrumento pasaba por control de calidad para verificar que todos los datos estuvieran correctamente llenados.

Esta ficha estaba dividida en las condiciones de la atención integral a la primera infancia; salud, nutrición, educación e identidad, con preguntas dirigidas a recoger información sobre prácticas, uso y acceso a servicios. Las fichas fueron ingresadas a un aplicativo informático para su consolidado. La información se presentó usando los colores del semáforo, para identificar la situación del indicador: rojo (mal estado), amarillo (regular estado) y verde (adecuado), la comparación de cada indicador se realizó usando el promedio regional y nacional. Se estableció que el recojo de información se realizaría cada doce meses para identificar cambios significativos en los indicadores. El aplicativo informático se construyó en un formato Excel de fácil uso con el objetivo de que sea usado para el ingreso de información en cada municipio. El informático fue capacitado para el ingreso de la información y fue contratado por la municipalidad. El tiempo para para obtener el consolidado fue de 03 días. El recojo de información se realizó al iniciar la investigación y a los 12 meses de

intervención, al ser un estudio de cohorte prospectivo, se hizo el seguimiento a las gestantes y niñas y niños menores de 24 meses durante el año que duró la investigación.

Consolidando la información, Se construyó en el programa Microsoft Excel un aplicativo informático, de fácil uso para el ingreso, procesamiento y consolidado del instrumento. Este aplicativo produce un consolidado que se caracteriza por tener colores, a manera de un semáforo: rojo, amarillo y verde, para que ayude a la rápida visualización de las condiciones e indicadores que están en riesgo. La indicación del color es automática y se da bajo la siguiente escala de medición (ver anexo N°6):

- Alerta: 0% a 49%, Color Rojo.
- Riesgo: 50% a 79% Color Amarillo.
- Adecuado: 80% a 100%, Color Verde.

Paso 3: Identificando cómo estamos en el distrito, se realizaron 02 talleres con el CGM para analizar el consolidado del instrumento, al iniciar y al finalizar los 12 meses de intervención y realizar el diseño y ajustes al PDL.

Para la identificación de cómo se encontraba la primera infancia en el distrito se entregó una impresión a color del consolidado de la información que se recogió en los 04 Comités Vecinales. El



formato permitía identificar por medio de los colores del semáforos: rojo (mal estado), amarillo (regular estado) y verde (adecuado).

Luego se hizo un comparativo entre la situación de cada indicador en rojo y amarillo a nivel nacional, regional y distrital. Para realizar este comparativo se contó con la asistencia de profesionales expertos en el tema, ayudando a analizar los porcentajes obtenidos en cada indicador y los porcentajes promedios a nivel nacional y regional, identificando en qué indicadores se presentaban más brechas.

Cuadro N°13: Descripción del proceso de análisis

<p>Al iniciar la intervención octubre 2015</p> <p>Primer Taller</p>	<p>Primer día</p>	<p>Se presentó el consolidado de la primera medición al CGM, quiénes identificaron y analizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qué condiciones eran que presentaban mayor número de indicadores en rojo y/ amarillo. • Que indicadores eran los que se encontraban en color rojo, con menor porcentaje. • Situación de estos indicadores a nivel nacional y regional. • Entrega de documento con experiencias exitosas en salud, nutrición, educación y protección en el ámbito nacional e internacional.
	<p>Segundo día</p>	<p>Los funcionarios y operadores de servicio de la Instancia de Articulación y Coordinación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñaron un Plan de Desarrollo Local (PDL) en primera infancia en beneficio de las niñas y niños menores de 24 meses, para un año, con estrategias y acciones canalizadas para mejorar los indicadores en alerta (rojo) y en riesgo (amarillo), y que de cada condición debían elegir no menos de 2 indicadores en situación desfavorable A este taller fueron invitados especialistas de nutrición, salud y educación inicial quiénes junto con los integrantes de la CGM identificaron las mejores alternativas para revertir el

		<p>indicador con evidencias de cambio y aplicadas a contexto amazónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alcalde y subgerente de presupuesto de la Municipalidad de Mazán, comprometió una partida presupuestal de 60,000 nuevos soles para su cumplimiento. • El PDL comprendía los siguientes rubros: Estrategias/acciones, metas, responsable, presupuesto y seguimiento. • En plenaria el alcalde presentó el PDL para ajustes y/ o mejoras con la asistencia técnica de los especialistas en salud, nutrición y educación propuestos por la ONG. El taller culminó con la firma del acta de compromiso del cumplimiento del plan por todos los asistentes al taller.
<p>Al finalizar la intervención setiembre 2016</p> <p>Segundo taller</p>	<p>Primer día</p>	<p>A finalizar la intervención, después de 12 meses, se presentó el consolidado de la primera y segunda medición al CGM, quiénes identificaron y analizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios favorables en las condiciones. • Número de indicadores por condiciones que habían mejorado y que porcentaje había alcanzado: Roja, amarillo o verde. • Analizaron porque el porcentaje de algunos indicadores se mantenía estancado y porque en otros no se había logrado la meta propuesta considerando: participación del CGM, relación entre la ejecución de las estrategias y acciones desarrolladas y cambios en los indicadores, asignación oportuna de presupuesto, acompañamiento técnico y seguimiento al PDL.
	<p>Segundo día</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustes al PDL enfatizando en estrategias para revertir la situación de los indicadores que aún no mejoraron y para los indicadores nuevos, establecimiento de metas y asignación presupuestaria, cronograma y responsables. • En plenaria se revisó y ajusto el plan para los próximos 12 meses con la asistencia técnica de especialistas en salud, nutrición y educación propuestos por la ONG.

Paso 4: Priorizando la intervención, con la información consolidada se realizó una reunión con el CGM, con el fin de identificaran los indicadores que estaban en pésimas condiciones (rojo) y en riesgo (amarillo. Una vez seleccionados los indicadores en rojo o amarillos, se hizo un segundo análisis para priorizarlos, considerando:

- ✓ Si los indicadores ponían en riesgo la vida o integridad de la niña o niño.
- ✓ Si al invertir en un indicador ayudaba mejorar otros indicadores al mismo tiempo.

Para la priorización se contó con la asistencia técnica de profesionales expertos en salud, nutrición y aprendizaje infantil temprano, quiénes aclararon dudas sobre que comprendía cada indicador, explicando porque era relevante su logro y su repercusión en la salud, vida e integridad de la niña o el niño.

Paso 5: Analizando las causas, ofertas y demandas, en este paso frente a los indicadores priorizados en los Comités Vecinales seleccionados se hizo un análisis de las causas qué originaban situación del bajo porcentaje obtenido en el indicador, así como, las ofertas de programas, proyectos e intervenciones públicas y privadas que se daban en el distrito y la demanda desde las familias con gestantes y /o niñas y niños menores de 24 meses, con el objetivo de hacer sinergias y optimizar recursos, debido a que las intervenciones se venían dando de manera parcelada, eran repetitivas y a pesar de estar en un mismo distrito no conocían las intervenciones que ejecutaban, ni el prepuesto invertido, específicamente esta situación se daba entre las acciones que hacia el Centro de

Salud y el Municipio de Mazán y el Programa Cuna Más que recién ingresaba al distrito al iniciar la investigación.

Para ello se desarrolló una matriz grupal, donde se escribieron los indicadores priorizados y para cada uno se analizaron las causas de la situación del indicador y qué dificultades se presentaban desde la oferta y desde la demanda.

Indicador priorizado	Por qué el indicador se encuentra en esta situación (Causas).	Qué dificultades se presenta desde la oferta.	Qué dificultades se presenta desde la demanda.
1.			
2.			

Paso 6: Planificando y/o ajustando el Plan de Desarrollo Local por la Primera Infancia, con este paso se responde con estrategias, acciones, responsables, presupuesto y cronograma frente a los indicadores priorizados, se definen las metas que se quieren lograr en un periodo determinado que generalmente es de 12 meses. Es importante identificar indicadores que sean fáciles de revertir en el corto tiempo, debido a que su mejora motiva a la CGM a seguir invirtiendo y proteger presupuestos para la primera infancia cada año. Otro aspecto a considerar es el impacto que origina la mejora del indicador en la población, considerando el nivel de aprobación y respaldo que tienen los líderes comunitarios frente a los proyectos orientados a la primera infancia en los presupuestos participativos, considerando que si no están convencidos de esta inversión en las niñas y niños menores de 24 meses, estos proyectos pueden

orientarse a inversiones que sean observables o tangibles para la población. En este paso se debe establecer un fondo protegido para la primera infancia, desde los fondos de la Municipalidad con el fin de hacer operativo la implementación del plan.

Para el desarrollo de este paso se recopilaron estrategias y/o proyectos, denominados buenas prácticas en primera infancia, que demostraran con evidencias mejoras de los indicadores de atención integral: salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano, recreación y protección. Se hizo en resumen en versión amigable de estas experiencias, donde se explicaba sobre qué componente de la atención integral intervenía, objetivo, qué acciones se realizaban, qué cambios (evidencias) habían logrado y un aproximado del presupuesto invertido.

Dentro de las buenas prácticas se encontraron:

- Estrategia de las visitas domiciliarias
- Centros de vigilancia comunitaria
- Salas de estimulación temprana
- Consejería u orientación a las familias.
- Sesiones de preparación de alimentos

Para el desarrollo de estas actividades fue importante considerar presupuesto que permitiera la implementación de estas propuestas como el pago de estipendios a los ACS, con el fin de cubrir sus gastos de desplazamiento y un refrigerio, cubrir el pago de facilitadores expertos en el tema de primera infancia para desarrollar capacidades en ACS sobre el tema, pago de una educadora de inicial que coordine las actividades de la Sala de Estimulación Temprano o Sala de Aprendizaje Infantil, adquisición de kit de material educativo, entre otros.

El trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) fue muy valorado en esta investigación, considerando que apoyaron en todas las estrategias de intervención. Su trabajo se caracteriza por ser una actividad a través de la cual se acompaña, se orienta y vigila a las familias ³⁶. En el Perú en el año 2017 se elabora un proyecto de ley para legislar el apoyo realizado por los ACS, considerando el limitado número de personal y recursos en los Establecimiento de Salud, reconociendo que como voluntarios son la base para promoción de la salud en la comunidad, originado por el vínculo que tienen con las familias, convirtiéndose en actores clave para contribuir al sistema de atención primario de salud y lograr el cumplimiento de metas y políticas de salud ³⁷. Existe mucho interés en encontrar evidencias que demuestren la importancia de los agentes Comunitarios en Salud (ACS), sin embargo, son pocos los países que han levantado información al respecto. En el caso de España a través del proyecto AdapatAGPS ha revelado que aunque existen la participación comunitaria en las acciones que se proponen desde las municipalidades en atención primaria, existe escasa evidencia sobre la participación de la comunidad en salud y que efectos o impacto positivo pueden producir en las familias y en la primera infancia ³⁸.

A continuación se desarrollan las buenas prácticas que se desarrollaron durante la investigación:

- **Estrategia de Visitas Domiciliarias:**

Reconocida y utilizada en las intervenciones del MIDIS a través del Programa Cuna Más y el MINSA en el Modelo de Atención Integral a las familias, de la misma forma se encuentran en otras experiencias de América Latina y el Caribe, donde la Visita Domiciliaria es un medio

para que interactúen los miembros de una misma comunidad (trabajo de pares). Es un espacio y oportunidad de comunicación interpersonal, realizado por una persona capacitada, en nuestra investigación el ACS, con el objetivo que los padres o cuidadores desarrollen prácticas de crianza adecuadas, respondiendo en forma oportuna al cuidado que deben recibir los niños, en salud, nutrición, protección y educación temprana.

Esta visita se realiza en el hogar con la finalidad de apoyar en el proceso de mejora de prácticas, así como dar un acompañamiento eficaz. Durante la visita se pueden realizar diversas actividades como consejerías, acompañamiento a la familia, vigilancia y referencia de casos.

En la intervención las visitas domiciliarias eran programadas previamente con las familias para que la periodicidad y el momento fueran oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo.

Cada ACS tenía asignado un promedio de 20 niños y niñas menores de 24 meses y ejecutaba 02 visitas domiciliarias por día de lunes a viernes, los días sábados y domingos realizaba hasta 03 visitas por día, aprovechando la permanencia de toda la familia en la casa. La meta era realizar una visita por semana a las familias que estaban a su cargo.

La Municipalidad compro un kit de Visita Domiciliaria para cada ACS, este kit consistía en cuaderno de registro, rotafolio portátil y material educativo para realizar las practicas con las madres o cuidadoras.

Considerando las evidencias que respaldan esta estrategia la OMS, define la Visita Domiciliaria en el 2012 como una herramienta exitosa,

manifestando que esta actividad genera cambios en las familias con el fin de mejorar la situación de salud y lograr el desarrollo infantil, situación que a futuro repercutirá en el desarrollo comunal.

Según el MINSA, es una estrategia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño ³⁹.

De acuerdo a una investigación realizada por Banco Interamericano de Desarrollo en el 2016, llamado “Panorama de la calidad de siete programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe” con el fin de mostrar una fotografía de la calidad de las visitas domiciliarias en siete países en programas dirigidos a los niños, distribuidos de la siguiente forma:

- A nivel nacional en el Programa Cuna Más en Perú, Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) en Ecuador, y el Programa de Acompañamiento a la Política de Primera Infancia (PAIPPI) en Nicaragua.
- A nivel regional: Programa Primera Infancia Melhor (PIM) en Rio Grande do Sul (Brazil), The Home Visit Program en Kingston y Saint Andrews (Jamaica).
- A nivel comunal la Atención Integral de la Niñez con Participación Comunitaria (AIN-C) en Panamá, mientras un programa era implementado a nivel municipal por la ONG “Consejo de Salud Rural Andino” en el municipio de El Alto, Bolivia.

Se obtuvo como resultados que existe una muy buena relación entre las visitadoras y las familias y una participación activa de los cuidadores y

los niños, cubrir actividades apropiadas para la edad y en involucrar al niño y al cuidador en actividades como canciones, bailes y juegos. Pero muchas veces no cuentan con los materiales y recursos, a ello se suma que hay que mejorar la técnica de la visita para promover una comunicación significativa, así como la retroalimentación y entrenamiento a la madre o cuidador. Cabe remarcar que en este estudio la muestra fue pequeña y su selección no fue aleatoria, pero nos da una pista sobre las áreas en las cuales los programas requieren mayor esfuerzo para que su implementación sea eficaz, a futuro se podrían proponer estudios que incorporen una muestra más grande y su relación con los efectos del programa aplicando instrumentos de observación ⁴⁰.

Las evidencias encontradas sobre el impacto que tienen las Visitas Domiciliarias en la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva (LME), demuestra que esta práctica se realizaba tres meses después del parto, en el 50% de madres a las cuáles realizaron tres visitas en el hogar y 67% en aquellas que recibieron 6 visitas ³⁹. Estudios llevados en Bangladesh, India y Pakistan han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo. Las visitas han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal como el inicio temprano de la LME, lavado de manos y limpieza del cordón umbilical ³⁹.

- **Centros de Vigilancia Nutricional Comunitaria (CVNC):** Estrategia ampliamente desarrollada por el MINSA a través de los Sistemas de Vigilancia Comunal (SIVICO), los mismos que han permitido hacer el seguimiento de gestantes, estado nutricional de niña y niños de la comunidad para realizar una oportuna intervención por los agentes comunitarios y personal de salud. En esta estrategia también se encuentra la experiencia desarrollada por el Centro de Vigilancia Nutricional Comunal (CENAN-INS-MINSA) mediante un sistema de recojo de información para hacer el seguimiento periódico de una batería de indicadores casa por casa a nivel distrital, que median los cambios a favor de la adecuada nutrición infantil. El personal de enfermería cada mes visitaba el CVNC para reunirse con los padres de familia y evaluar la situación de sus hijos a través de unos cuadros tipo gigantografía que recogían información de peso, talla, consumo de sulfato ferros, examen de parasitosis, LME y alimentación complementaria, inmunizaciones. La Municipalidad invirtió en la construcción e implementación del CVNC.

Los Centros de Vigilancia Nutricional Comunal permite el seguimiento para detectar factores de riesgo de las gestantes y de las niñas y niños menores de 3 años, promoviendo la estrecha relación entre servicios de salud, la comunidad, ACS y líderes comunales umbilical ³⁹.

- **Salas de Aprendizaje Infantil Temprano:** Espacios para fomentar el aprendizaje infantil temprano con pertinencia cultural de acuerdo al desarrollo por grupo étnico. Se implementaron ambientes de acuerdo a

las edades con juguetes y material educativa que utilizaba las Agentes Comunitarias de Salud (ACS) capacitada de acuerdo a un programa educativo. El programa educativo era previamente elaborado y consensuado por una educadora de inicial contratada por la Municipalidad, quién una vez a la semana se reunía con las ACS para presentar el programa y capacitarlas en el desarrollo de actividades de aprendizaje se planteaban. La educadora visitaba la Sala de Aprendizaje Temprano una vez a la semana de manera inopinada para supervisar y dar retroalimentación oportuna para un mejor desempeño de las ACS.

La Municipalidad invirtió en las mejoras del ambiente y la compra de materiales educativos y juguetes, según la orientación de la especialista en educación. El pago de honorarios a la especialista era de 800 nuevos soles por mes.

Con respecto a las evidencias las Salas de Aprendizaje Infantil Temprano o Salas de Estimulación Temprana (SET), se han considerados como espacios que permite cambios a favor del desarrollo psicomotor de las niñas y niños, especialmente en menores de 18 meses

41 .

- **Consejería:** Proceso educativo comunicacional entre una persona capacitada y los padres o cuidadores de niños menores de 5 años. El propósito era analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la situación de salud, nutrición, protección, educación temprana, atención cariñosa y sensible a las necesidades o pedidos que expresan los más pequeños y el análisis de las prácticas de crianza. La consejería se dirigía a la madre o

cuidador con mensajes clave de acuerdo a la prácticas y cuidados de salud como inmunizaciones, CPN/CRED, desparasitación, sulfato que demandaba la gestante o niña o niño menor de 24 meses de según semana gestacional o edad respectivamente. La consejería que realizaban tenía un objetivo educativo, desarrollado mensajes clave y una práctica para reforzar el aprendizaje, por ejemplo si la consejería era de lactancia materna exclusiva se hablaba de su importancia y se desarrollaba la técnica adecuada con la madre y el bebé. Si era alimentación complementaria se preparaba una papilla con la madre y se le daba de comer al bebé, se aprovechaba para trabajar la alimentación responsiva.



Considerando las evidencias que avalan esta actividad, la consejería realizada por el ACS, parte del análisis de una situación de salud de la niña o el niño para ayudar a los padres o cuidadores a mejorar su bienestar, aliviar sus preocupaciones, resolver sus crisis e incrementar sus habilidades para resolver problemas tomar decisiones. Las evidencia sobre la consejería nos muestra que se producen cambios si la consejería es temprana, prolongada e intensiva y tiene mayor impacto en lograr la práctica de LME en las madres, que las logradas por los profesionales, además mejora el conocimiento de las madres, logrando que el 45.8% brinden LME a sus hijos hasta el sexto mes^{39,36}.

- **Sesiones demostrativas de preparación de alimentos**, los ACS previamente capacitados y haciendo uso de un recetario aprobado por CENAN, desarrollaron sesiones demostrativas de qué alimentos se podían combinar, revalorando los productos de la zona y la dosificación por grupo etáreo. Estas sesiones se desarrollaron 1 vez al mes en el CVNC.
- La evidencia de la efectividad de las Sesiones Demostrativas, consideran que es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, gestante y en la lactancia, considerando que para lograr este objetivo el tiempo de su ejecución no debe ser menor de 15 minutos³⁹.

- **Implementación de mejoras en equipos y materiales en el Centro de Salud:** Para reforzar las acciones de vigilancia nutricional y el CRED, la Municipalidad compraron 02 tallímetros bajo las recomendaciones técnicas de CENAN, 02 baterías para el trabajo con los niños durante el CRED por grupo etéreo y un hemoglobínómetro con sus accesorios.

- **Desarrollo de capacidades:** se programaron capacitaciones por regionales o de Lima en los temas de salud, nutrición y educación, con el fin que desarrollaran talleres de capacitación desde un enfoque lúdico participativo, que desarrollara capacidades en conocimiento, habilidades y actitudes. El público objetivo fueron los ACS a quienes se les programó una capacitación en los tres temas 03 veces al año, y 01 capacitación al personal de salud (enfermería) en antropometría y llenado e interpretación de las gráficas para determinar el diagnóstico nutricional. El pago de los honorarios de los profesionales que dieron la capacitación fue cubierto por la Municipalidad, así como los gastos de refrigerio y almuerzo de los participantes.

- **Pago de estipendios a los ACS:** La Municipalidad firmo un convenio de cubrir el estipendio de los ACS para facilitador su traslado y alimentación a los Comités Vecinales y hacer realizar sus tareas de visita domiciliaria (1 vez a la semana a cada casa asignada) y consejerías (1 vez por mes). El monto fue de 200 nuevos soles para cada ACS.

- **Pago a un informático:** Era la persona encargada de consolidar los instrumentos de recojo de información 2 veces al año. Su pago era de 500 soles por cada consolidado.

6.2.1 Elaboración del Plan de Desarrollo Local en primera infancia de Mazán (PDL)

Las actividades arriba propuestas fueron operativizadas a través del Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia, el cual se elaboró con la participación del CGM para guiar la acción durante 12 meses de intervención, es decir a corto plazo, desde octubre 2015 a setiembre 2016. Para su construcción fue muy importante identificar la situación de la primera infancia en el distrito utilizando los resultados del instrumento de recojo de información (ver paso3), luego priorizar las acciones de acuerdo a los indicadores que se querían revertir a favor de la niñez (ver paso 4), y analizar las causas, ofertas y demandas frente a cada indicador priorizado (ver paso 5). Para su construcción se desarrolló la siguiente estructura (anexo 8):

1. Visión de la primera infancia de Mazán

En 5 años las niñas y niños menores de 5 años de Mazan han alcanzado un adecuado desarrollo integral, siendo protegidos y bien tratados por su madre y padre o cuidadores, viviendo en un ambiente saludable y libre de peligros.

2. **Ejes de la Atención Integral:** Salud, Nutrición, Protección y Educación.
3. **Resultados:** Se establecieron como los resultados que se querían lograr en cada eje de la atención integral a la primera infancia (ver PDL).
4. **Metas:** de acuerdo a los resultados de la aplicación del instrumento el CGM proyectó cuánto podía mejorar el indicador para cada eje al año de intervención. La proyección se realizó tomando en cuenta los promedios porcentuales a nivel regional y nacional de los últimos 5 años, así como los obtenidos en el distrito de Mazán después de aplicar el instrumento de recojo de información. El análisis permitió identificar en cuántos puntos porcentuales se incrementaría cada indicador para un año de intervención.

Salud

- Incrementar la cobertura de vacunas niños y niñas menores de 24 meses a 95%.
- Incrementar los partos institucionales en zonas rurales a 85%.
- Incrementar el acceso al SIS en 99%.

Nutrición:

- Incrementar la Lactancia Materna Exclusiva al 100%.en menores de 6 meses.
- Incrementar los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de niños y niñas menores de 24 meses de al 75%.

Aprendizaje Infantil Temprano

- Implementar una Sala de Aprendizaje Infantil temprano.
- Contar con acompañantes pedagógicos.

Protección:

- Garantizar la emisión del Certificado de Nacido Vivo al 100% de la población.

- Garantizar la entrega de Partidas de Nacimiento al 100% de la población de 0-17 años.
- Documentar a la población (DNI) de 0-17 años 100%.

Las actividades que vienen a continuación fueron propuestas por el CGM para mejorar las metas establecidas de las condiciones de salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y protección:

Desarrollo de capacidades

- 100% de ACS capacitados en salud, nutrición y educación en primera infancia.
- 100% de los miembros del CGM capacitados en apalancamiento de recursos y atención integral a la primera infancia.
- 100% de enfermeras capacitadas en antropometría

Gestión Informada

- 02 recojo de información al inicio y a los 12 meses de intervención.
- 100% de las actividades del PDL ejecutadas.

5. Actividades: Se colocaron todas las actividades que contribuían a lograr las metas y el resultado por ejes.

6. Responsable: Era el CGM y la Municipalidad

7. Presupuesto: comprendía de 30,000 nuevos soles otorgados como un fondo semilla y 30,000 del presupuesto de la Municipalidad de Mazán (ver anexo 8).

Ejes de la Atención Integral	Resultados	Metas	Actividades
Salud y nutrición	Fortalecer los servicios dirigidos a la primera infancia en el Centro de Salud Mazan	Incrementar los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de niños y niñas menores de 24 meses de al 75%. Incrementar la cobertura de vacunas niños y niñas menores de 24 meses a 95%. Incrementar los partos institucionales en zonas rurales a	Compra de 02 tallímetros según especificaciones técnicas de CENAN
			Implementar una casa de espera dentro del terreno del CS: techo puertas y mobiliario.
			Compra de kit para evaluación de desarrollo.
			Compra de escritorio y estantes para el servicio CRED.
			Material de escritorio (lapiceros, papel bond, tintas para impresora).

		85%. Incrementar el acceso al SIS en 99%.	Adquisición de hemoglobímetro-hemoquiui y paquete de lancetas Implementación del CVNC para el seguimiento nutricional: adquisición de paneles, bancas y arreglo de paredes. Implementación del CVNC para el seguimiento nutricional: adquisición de paneles, bancas y arreglo de paredes. Pago de estipendio a ACS para la ejecución de VD y Consejerías: 200 x 4 ACS (01 ACS por Comité vecinal)
Protección	Niñas y niños documentados	Garantizar la emisión del Certificado de Nacido Vivo al 100% de la población. Garantizar la entrega de Partidas de Nacimiento al 100% de la población de 0-17 años. Documentar a la población (DNI) de 0-17 años 100%.	Traslado del personal de RENIEC y estadía 4 veces al año
Aprendizaje Infantil Temprano	Niñas y niños logrando hitos de aprendizaje	Implementar 01 Sala de Aprendizaje Infantil temprano. Contar con acompañantes pedagógicos.	Implementar una sala de aprendizaje infantil temprano en el local comunal: colocar puertas, adecuar una letrina segura. Adquisición de juguetes y material educativo y material de oficina. Docente de nivel inicial Pago de estipendio a 2 ACS responsables del SAIT a 200.00 nuevos soles para cada uno x mes.
Desarrollo de capacidades	Personal de Salud, CGM y ACS desarrollan capacidades para la atención integral de la primera infancia.	100% de ACS capacitados en salud, nutrición y educación en primera infancia. 100% de los miembros del CGM capacitados en apalancamiento de recursos y atención integral a la primera infancia. 100% de enfermeras capacitadas en antropometría	01 capacitación a ACS en Salud, Educación y Nutrición: Pago del Facilitador, pasajes y viáticos, refrigerios y almuerzos 03 veces al año 02 talleres con la CGM: Pago del Facilitador, pasajes y viáticos, refrigerios y almuerzos 02 veces al año. 01 taller con personal de salud en antropometría: Pago del Facilitador CENAN, pasajes y viáticos, refrigerios y almuerzos 01 vez al año.
Gestión Informada	Gestión informada para la atención integral de la primera infancia	02 recojo de información al inicio y a los 12 meses de intervención. 100% de miembros de CGM capacitados en Gestión Informada y TDI 100% de las actividades del PDL ejecutadas.	Aplicación de instrumento de recojo de información: Pago de 09 ACS 2 veces al año x 200 soles x 2 semanas. Ingreso de información en aplicativo informático: pago de 01 informático 02 veces al año. 02 talleres de capacitación con CGM para la toma de decisiones informadas y elaboración y ajustes al Plan de Desarrollo Local en primera infancia: Pago del Facilitador, pasajes y viáticos, refrigerios y almuerzos 02 veces al año. 01 taller de seguimiento al PDL a los 6 meses de la intervención.

8. Cronograma: para 12 meses de octubre 2015 a setiembre 2016.

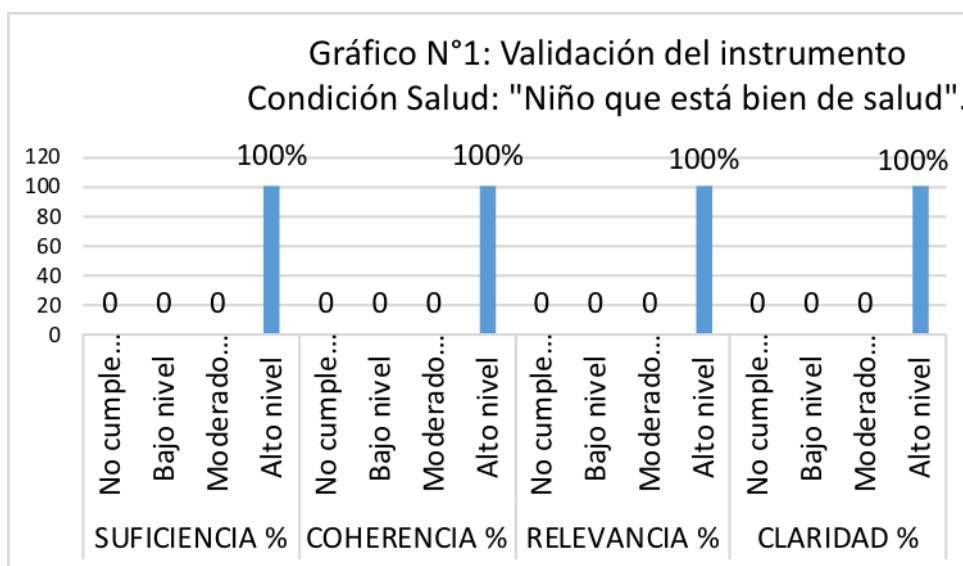
VIII. RESULTADOS Y DISCUSIONES

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

A. Construcción y validación de un instrumento de reajo de información para la toma de decisiones informadas.

- Se realizó la validación de un instrumento para el recojo de información para atención integral de la primera infancia a través de un Juicio de Expertos mostrándose los siguientes resultados:

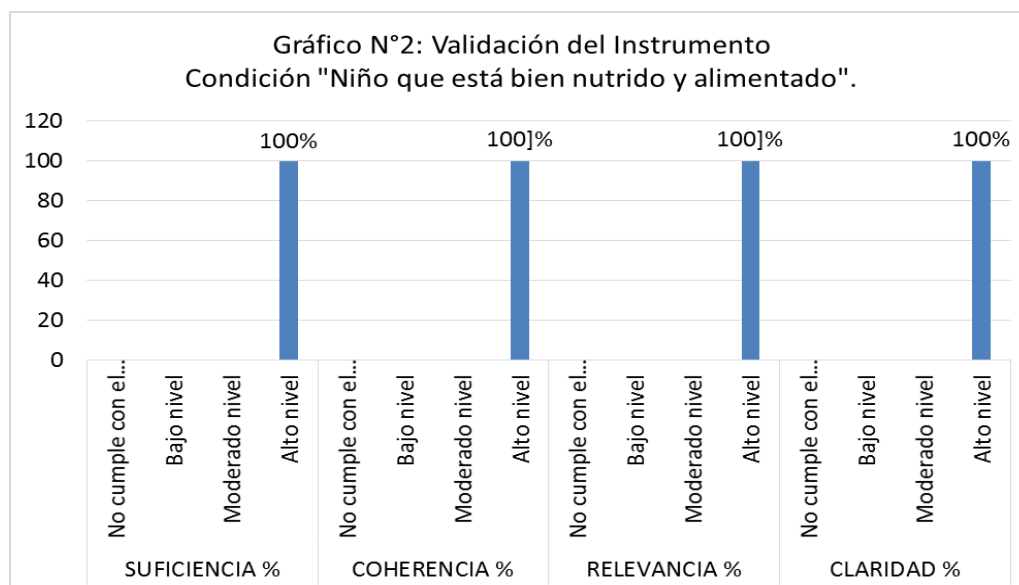
Grafico N° 01: Validación de instrumento



Fuente: Elaboración propia-Reunión Juicio de expertos.

Según el gráfico el 100% de los miembros del Juicio de Expertos consideraron que los indicadores formulados para la Condición Salud eran suficientes para medir la condición en el ámbito local, y que cada indicador cumple los criterios de coherencia, relevancia y claridad con la condición.

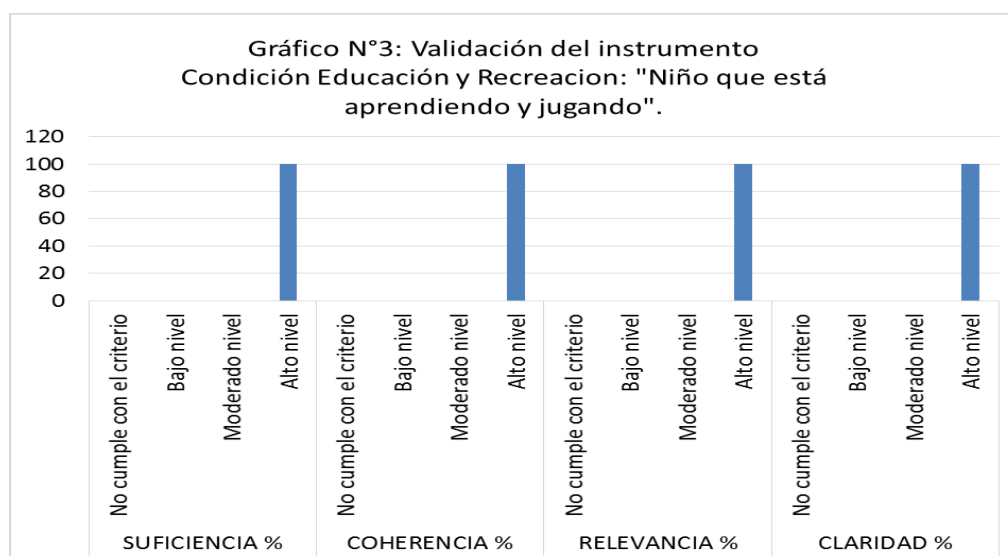
Gráfico N°02: Validación de instrumento



Fuente: Elaboración propia-Reunión Juicio de expertos.

Según el gráfico el 100% de los miembros del Juicio de Expertos consideraron que los indicadores formulados para la Condición Nutrición eran suficientes para medir la condición en el ámbito local, y que cada indicador cumple los criterios de coherencia, relevancia y claridad con la condición.

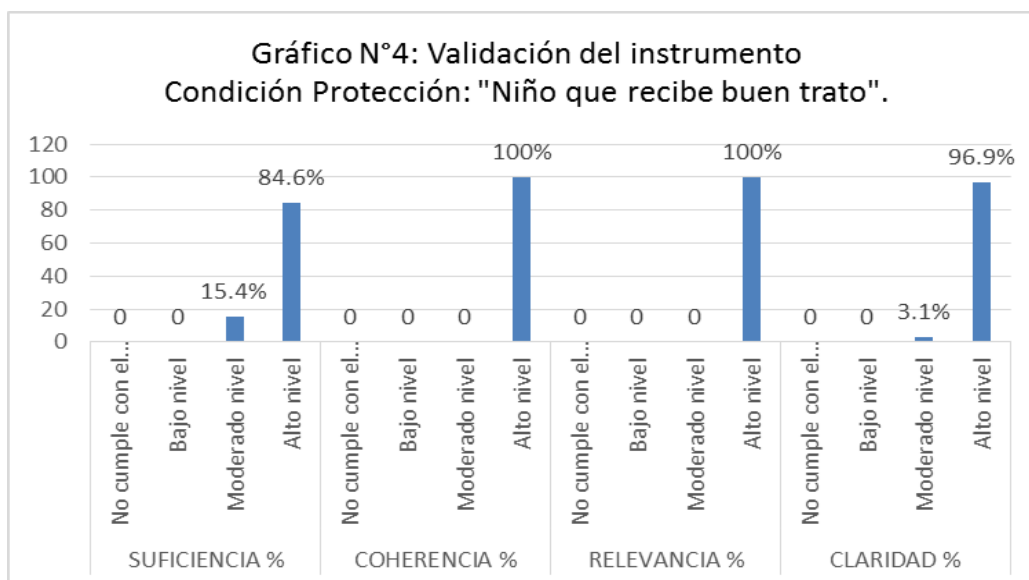
Gráfico N°03: Validación de instrumento



Fuente: Elaboración propia-Reunión Juicio de expertos.

Según el gráfico el 100% de los miembros del Juicio de Expertos consideraron que los indicadores formulados para la Condición Educación y Recreación eran suficientes para medir la condición en el ámbito local, y que cada indicador cumple los criterios de coherencia, relevancia y claridad con la condición.

Gráfico N°04: Validación de instrumento



Fuente: Elaboración propia-Reunión Juicio de expertos.

Según el gráfico el 96.9% de los miembros del Juicio de Expertos consideraron que los indicadores formulados para la Condición Protección eran suficientes para medir la condición en el ámbito local, y que cada indicador cumple los criterios de coherencia, relevancia y claridad, sin embargo, 1 (3.1%) de los expertos mencionó que el indicador referido a peleas en el hogar, no era fácil de responder por las familias, pero no dio una propuesta para cambiarlo. Además 2 (15.4%) de los especialistas observaron que estos indicadores no eran suficientes para medir violencia familiar, a pesar de que se les explicó que la condición medía protección. No dieron sugerencias de cambio del indicador para el nivel local. En plenaria finalmente todos los jueces aprobaron los indicadores para medir la condición de protección.

B. Cambios en las condiciones de atención integral a la primera infancia desde una gestión que genera información.

El Comité de Gestión Municipal (CGM) luego de la **primera medición** con el uso del instrumento, pudo tomar decisiones informadas y diseñar un **Plan de Desarrollo Local** que permitirá mejorar las condiciones e indicadores que según el reporte se encontraban en alerta, es decir por debajo del 50%. Para ello dentro del plan se propusieron estrategias basadas en experiencias exitosas en contextos similares como el trabajo con Agentes de Comunitarios de Salud (ACS), la implementación de Centros de Vigilancia Comunal de Nutrición, los Centros de Aprendizaje Infantil temprano, las Visitas Domiciliarias, Consejerías, la implementación y equipamiento de los servicios de CRED e inmunizaciones de los Centros de Salud, así como el desarrollo de capacidades en atención integral a la primera infancia en los ACS, personal de salud, operadores de programas sociales y los integrantes del CGM y la asistencia técnica por especialistas en primera infancia cada vez que se reunían a tomar decisiones informadas y elaborar o ajustar su PDL, para cada actividad propusieron metas que se debían lograr. En el año de intervención se ejecutó el PDL desarrollando todas las actividades cómo habían sido programadas y presupuestadas. Durante la ejecución del plan el CGM se reunió en forma periódica (cada 3 meses) para monitorear y evaluar su avance. La segunda medición con el instrumento permitió hacer el comparativo cuánto habían mejorada las condiciones de la Atención Integral en los 124 niñas y niños menores de 24 meses después de la intervención., en 04 comités vecinales del distrito de Mazán – Provincia de Maynas, Región Loreto. Los resultados obtenidos de la primera y segunda medición (anexo 6), arrojan los siguientes resultados que se muestran a continuación, teniendo en cuenta que las barras de color rojo, nos indican situación de alerta por encontrarse

por debajo del 49% del logro, las de color amarillo, nos muestran riesgo porque solo se ha logrado entre el 50% a 79% y las barras de color verde nos indica que el logro ha sido adecuado al encontrarse entre 80% a 100%:

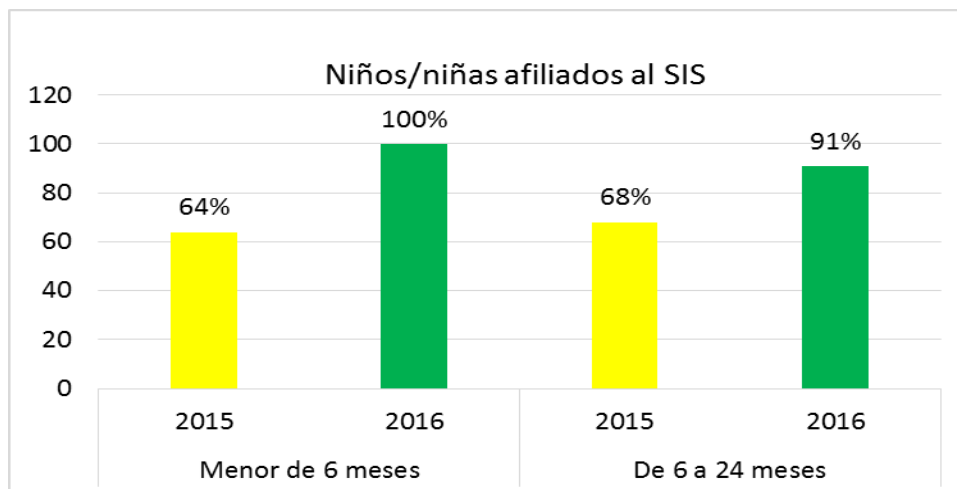
A continuación, se presenta la información que se recogió a nivel de la Región Loreto a través del INEI-ENDES 2015 Y 2016, con el fin de hacer un comparativo de la situación de la Región Loreto y del distrito de Mazan (considerando que no se tuvo grupo control), e identificar los cambios obtenidos después de la intervención:

Indicadores por condiciones	Región Loreto			Distrito de Mazán					
	ENDES 2015	ENDES 2016	MINSA: Centro Nac. Epide. 2016	< de 6 meses		>de 6 meses		Familia/gestante	
				Linea de entrada 2015	Linea de salida 2016	Linea de entrada 2015	Linea de salida 2016	Linea de entrada 2015	linea de salida 2016
Salud									
Servicios									
Agua tratada/agua de red pública	71.40%	71.10%						79.00%	79.00%
Desague	33.80%	39.10%	71.20%						
Servicios higiénicos/letrina		26.80%						49.00%	86.00%
Luz		75.40%	73.70%						
Cuentan con seguro estatal o privado		80.10%		64.00%	100.00%	68.00%	91.00%		
Ingreso real promedio percapita			S/. 588.00						
Hogares benefician de JUNTOS		65,537							
Existe un PS, CS u Hospital cercano								91.00%	91.00%
Prácticas									
Gestante acudio al CPN	49.80%	46.20%						50.00%	100.00%
Niños > 36 meses con vacunas completas	58.50%	60.30%		59.00%	89.00%	50.00%	90.00%		
Niños con CRED completo para edad	47.40%	53.80%		55.00%	89.00%	47.00%	89.00%		
Consumen agua hervida o clorada								15.00%	71.00%
Se lavan las manos con agua y jabón								24.00%	79.00%
Nutrición									
Servicios									
Niño recibe suplemento de Sulfato Ferroso según esquema	26.60%	26.80%				75.00%	95.00%		
Recibe una sesión demostrativa de preparación de alimentos en los último 6 meses								47.00%	89.00%
Recibe dinero donado de algún programa social (JUNTOS)								38.00%	38.00%
Produce alimentos o participa en actividades productivas								38.00%	78.00%
Reciben alimentos donados								2.00%	2.00%
Cuenta con ingreso promedio familiar mensual								53.00%	53.00%
Prácticas									
Ninos > 6meses consumieron Sulfato Ferroso.	26.60%	26.80%				54.00%	88.00%		
LME	78.80%	85.30%		68.00%	100.00%				
Gestante recibe 03 o más comidas espesas al día.								60.00%	95.00%
Niño > 6 meses recibe alimentación complementaria (3-4 veces al día).		47.10%				69.00%	95.00%		

Aprendizaje Infantil Temprano										
Servicios										
Existe un SET o centro de estimulación infantil cerca al hogar en funcionamiento					18.00%	100.00%	37.00%	100.00%		
Recibieron una sesión de estimulación temprana en los últimos 6 meses					0.00%	89.00%	0.00%	83.00%		
Prácticas										
Cuentan con un espacio seguro dentro del hogar para jugar.					36.00%	67.00%	11.00%	51.00%		
Tiempo que juegan con el niño al día	No juega								38.00%	2.00%
	Menos de 30 minutos								48.00%	44.00%
	Más de 30 minutos								14.00%	55.00%
El niño juega con juguetes inocuos y adecuados para su edad.					23.00%	78.00%	35.00%	81.00%		
Lleva regularmente a la SET o algún centro de estimulación infantil.					14.00%	89.00%	33.00%	85.00%		
Protección										
Servicios										
Cuentan con DNI		88.50%	82.90%		73%	100%	84%	91%		
Lugares donde acude en caso de maltrato	No sabe								52.00%	1.00%
	DEMUNA		4.70%						24.00%	69.00%
	CS		0.00%						0.00%	0.00%
	PNP		88.70%						18.00%	29.00%
Prácticas										
Refiere que ayer no hubo peleas en el hogar									33.00%	81.00%
La persona que cuida al niño fue >18 años									66.00%	95.00%
Formas de castigo que utilizan en niños de 1 a 5 años.	Golpes/jalonea y jala orejas		13.40%						5.00%	2.00%
	Encierran		0.00%						4.00%	3.00%
	Quitán pertenencias (juguete)		88.70%						18.00%	5.00%
	No les dirige la palabra								5.00%	2.00%
	Grita/insulta								6.00%	2.00%
	Habla con el niño								13.00%	74.00%
	Lo manda a dormir								45.00%	9.00%
No le da de comer		0.00%						0.00%	0.00%	

C. Resultados de los Servicios de Atención Integral: Salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y protección.

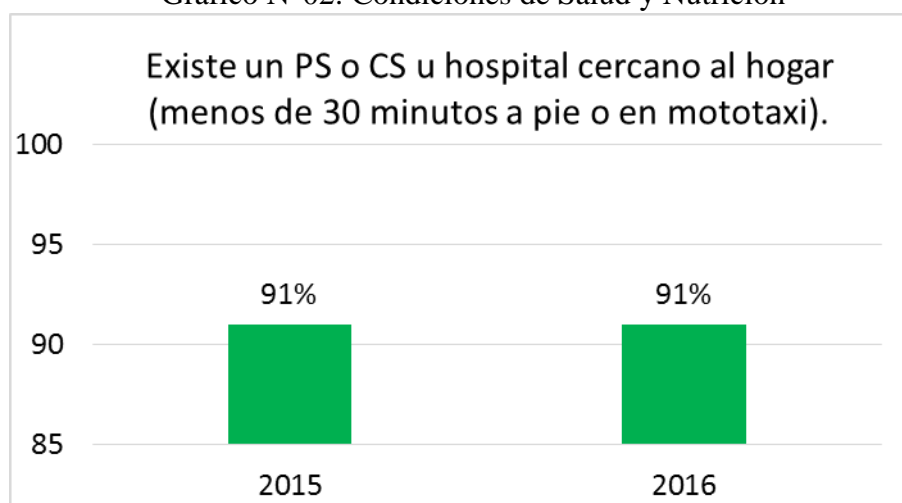
Grafico N°01: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

En el gráfico N°01, se observa un incremento significativo de afiliaciones al Seguro Integral de Salud (SIS) de 91%, en una población de 124 niñas y niños, este resultado se ha logrado gracias al trabajo articulado entre la Municipalidad de Mazán y la RENIEC, dado que el DNI es un documento fundamental para la inscripción al SIS-MINSA, en comparación con el porcentaje de 80.10% a nivel de la Región Loreto, el cual abarca los seguros privados y el SIS.

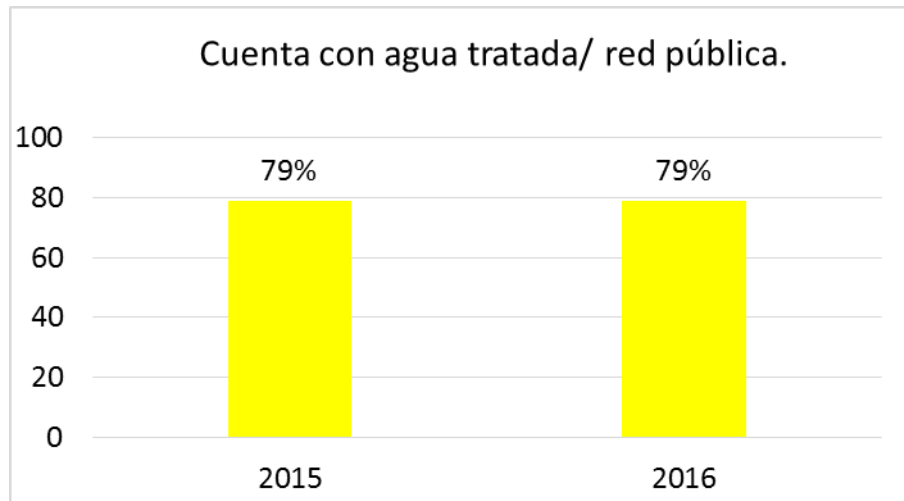
Grafico N°02: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

Aún hay familias que se encuentran a más de 30 minutos de distancia del CS, e implica un gasto de movilidad (mototaxi-deslizador) para llegar al CS. No se encontró esta información a nivel de la Región Loreto.

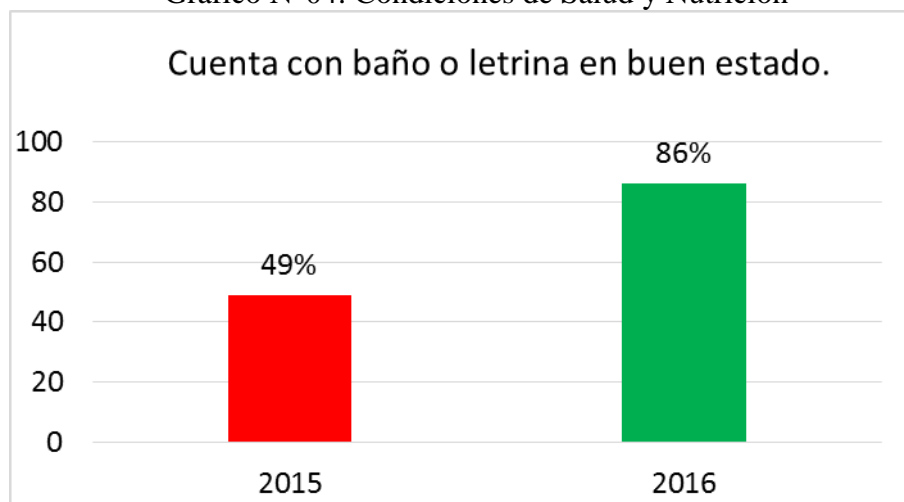
Grafico N°03: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

Aunque los porcentajes se mantienen iguales, al final del año de intervención lograron contar con un perfil de proyecto de inversión pública aprobado por el SNIP de viabilidad N° 286203, para la implementación de agua y desagüe en los comités aledaños a la Municipalidad del distrito. A nivel de la Región Loreto este indicador se encontró en 71.40% (2015) y 71.10% (2016) según el INEI-ENDES.

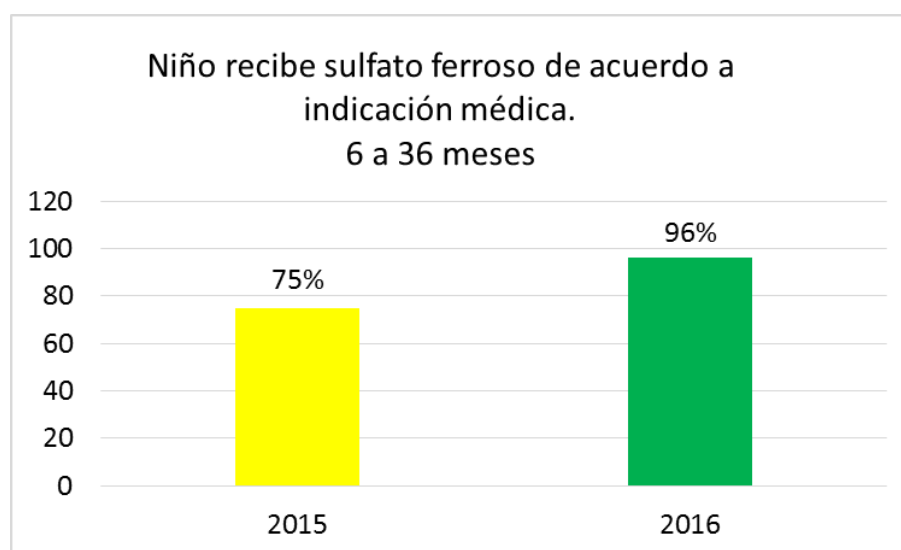
Grafico N°04: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

La Municipalidad de Mazán, invirtió en las mejoras de las letrinas de los 04 Comités donde se desarrolló la investigación, colocando puertas, mallas de protección, ductos de circulación de aire e inodoros de granito. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 26.80% que se reporta a nivel de la Región Loreto, según INEI- ENDES 2015.

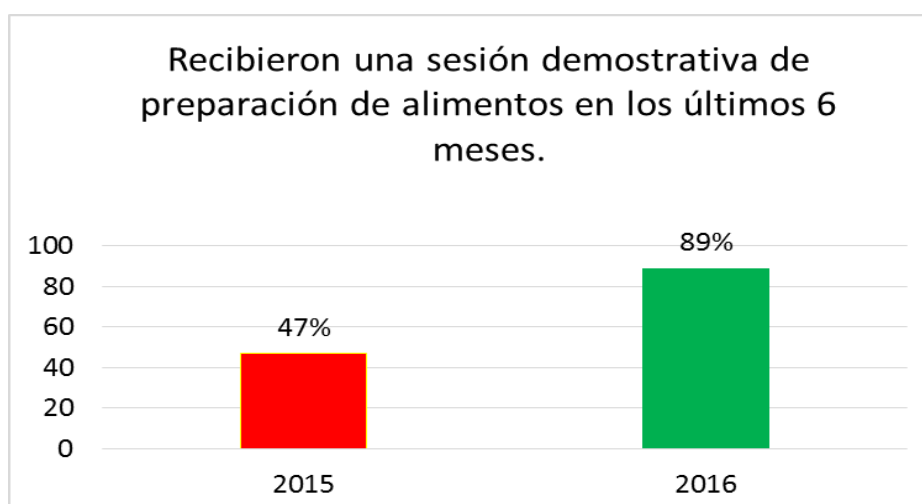
Grafico N°05: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

El incremento se debe a que durante las Visitas Domiciliarias se promovió en los padres y cuidadores, sobre la importancia del hierro para el desarrollo del cerebro y crecimiento, y que además el medicamento lo entregaban en el Centro de Salud en forma gratuita. La misma labor hizo el personal de salud durante el CRED, sensibilizándolo sobre la anemia infantil y de estar atentos a la entrega del sulfato ferroso de acuerdo al esquema del MINSA. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 26.80% (2015) y 26.80% (2016) de niños menores de 36 meses que reciben sulfato ferroso en la Región Loreto, según INEI- ENDES.

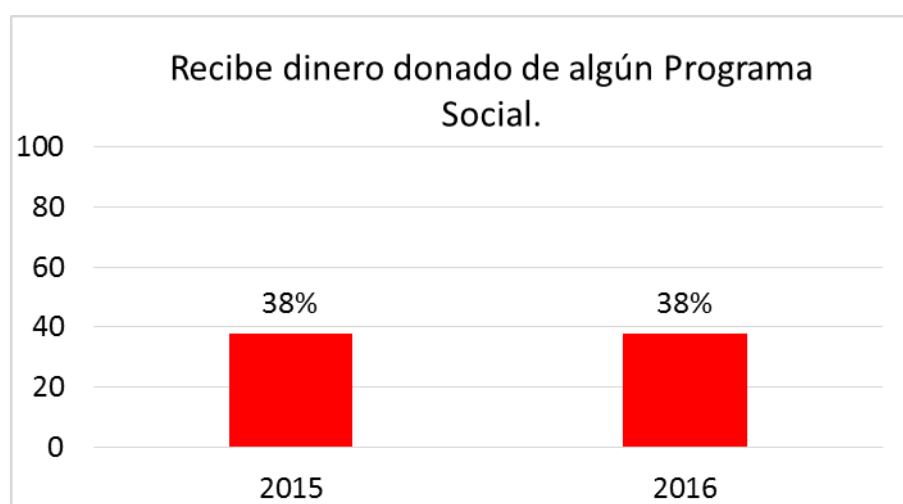
Grafico N°06: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

Las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, fue una actividad educativa para el fortalecimiento de prácticas en las familias, con niñas y niños mayores de 6 meses, Esta actividad fue presupuestada en el Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia, dotando a al CS de un kit para la sesiones. Este indicador no se encontró en los reportes del INEI-ENDES (2015-2016) para Región Loreto.

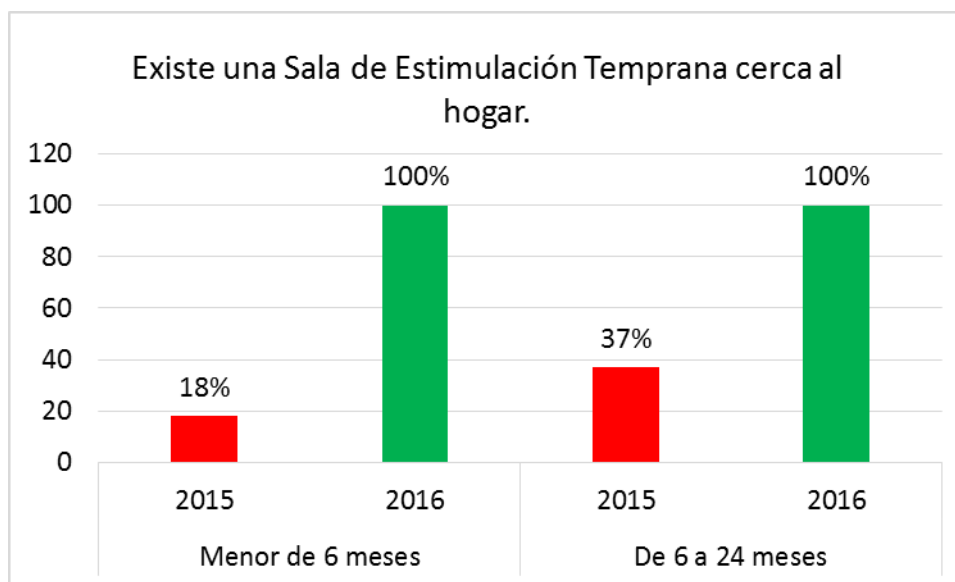
Grafico N°07: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

En el 2014 aún no había ingresado los Programas Juntos y Cuna Más al distrito de Mazán, los porcentajes que aparecen corresponden a algunas familias que tenían domicilio en Iquitos y se beneficiaban de ambos programas.

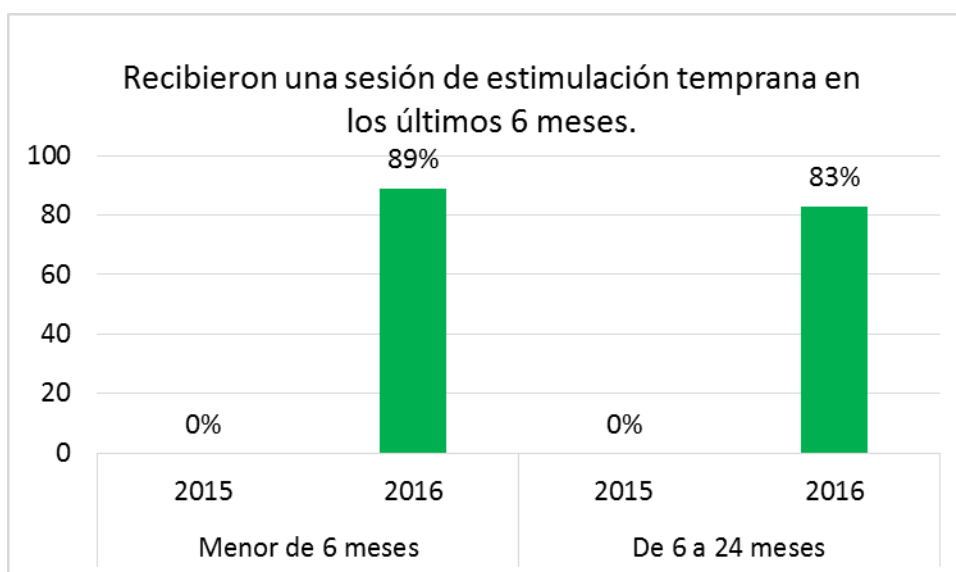
Grafico N°08: Condiciones de Aprendizaje Infantil Temprano y recreación



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

La Municipalidad de Mazan, dentro del Plan de Desarrollo Concertado en Primera Infancia otorgó un presupuesto para la construcción de un Sala de Aprendizaje Infantil temprano, su equipamiento, así como el pago de honorarios a una educadora de inicial y a dos Agentes Comunitarios quienes se encargaban de realizar las sesiones educativas por grupo etareo, previamente capacitadas y siguiendo las pautas y asistencia técnica de la educadora. Este indicador

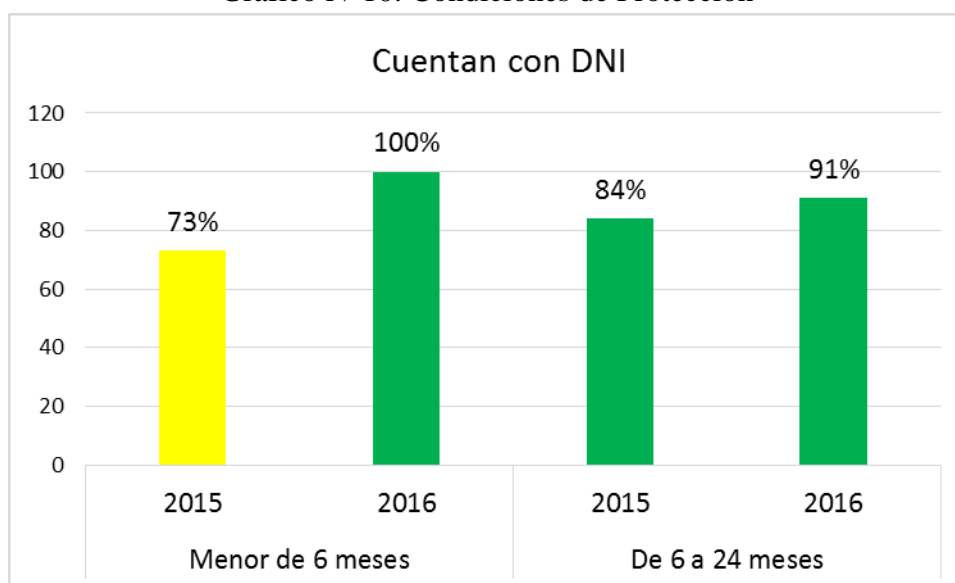
Grafico N°09: Condiciones de Aprendizaje Infantil Temprano y recreación



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

Dentro de las actividades programadas para padres y cuidadores en la Sala de Aprendizaje Infantil temprano, se desarrollaron talleres para desarrollar algunas prácticas de desarrollo infantil en el hogar: diseño de material educativa, juegos, cuentos, entre otros, para su aplicación con las niñas y niños. Este indicador no se encontró en los reportes del INEI-ENDES (2015-2016) para Región Loreto.

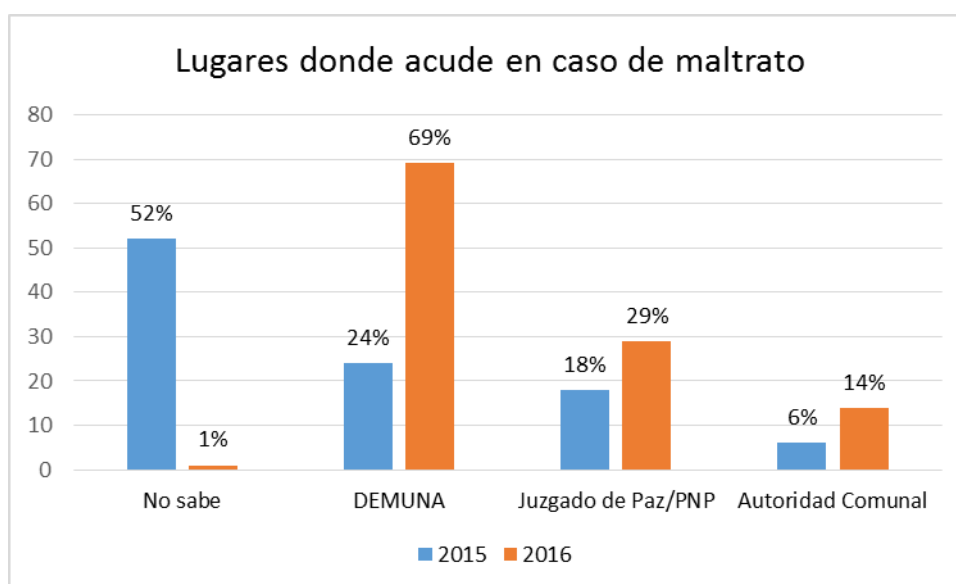
Grafico N°10: Condiciones de Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

La Municipalidad de Mazan, dentro del Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia invirtió en el traslado del funcionario de la RENIEC desde Iquitos al distrito de Mazán en dos oportunidades, con el fin de hacer el registro de las niñas y niños menores de 5 años, así como adultos (padres) no identificados. Estos resultados muestran un mejor resultado en comparación con el 88.50% (2015) y 82.90% (2016) de niños que cuentan con DNI en la Región Loreto, según INEI-ENDES.

Grafico N°11 Condiciones de Protección

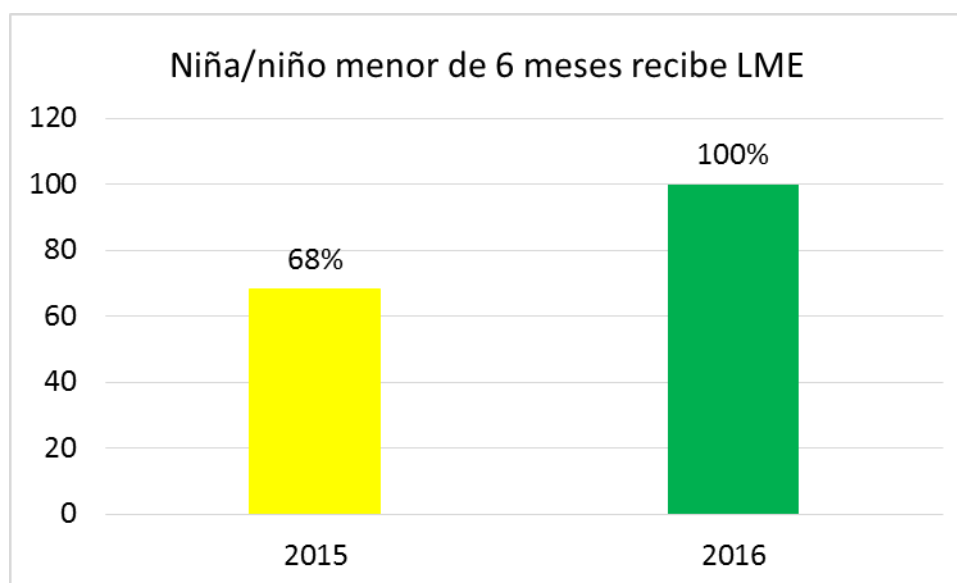


Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

Al finalizar la intervención se observó, que los padres, madres y cuidadores identifican a la DEMUNA y el CEM, como los lugares de referencia frente a la denuncia de casos de violencia o maltrato infantil. La difusión de los servicios se realizó a través de las Visitas Domiciliarias, considerando que muchas familias no conocían su existencia en el distrito. Este resultado es un gran avance en el distrito en comparación del 4.70% (2015) y 24% (2016) como el lugar donde acude en caso de maltrato, en la Región Loreto, según ENDES-INEI.

Resultados de las prácticas de crianza en salud, nutrición, recreación y protección.

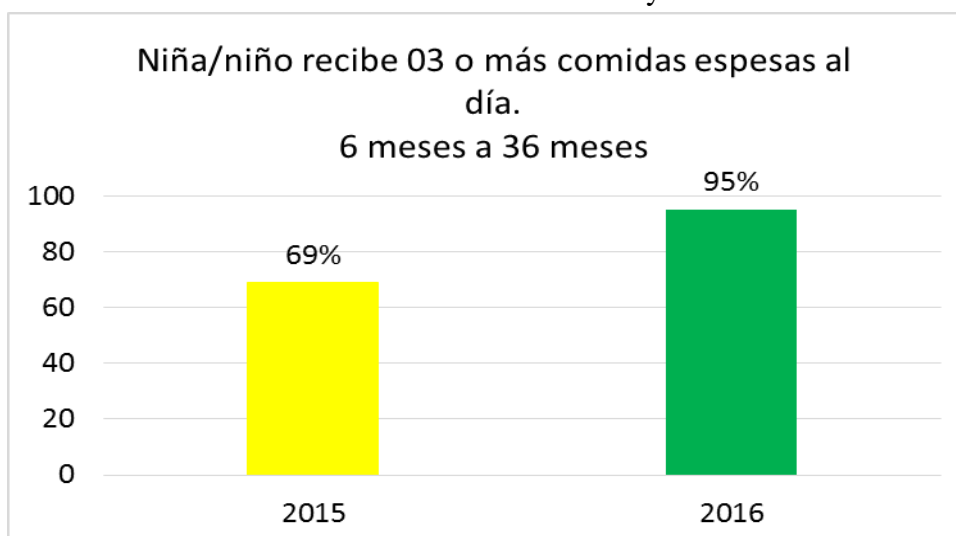
Gráfico N°12: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°12, se observa un incremento en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en una población de 23 niñas y niños menores de 6 meses, considerando la relevancia en la condición futura del estado nutricional y el óptimo desarrollo infantil, por ello el CGM de la Municipalidad de Mazán planteó como meta lograr que el 100% recibiera LME, práctica que se verificó a través de las Visitas Domiciliarias periódicas a cargo de Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 78.8% (2015) y 85.30% (2016) de niños menores que reciben LME en Región Loreto, según INEI-ENDES.

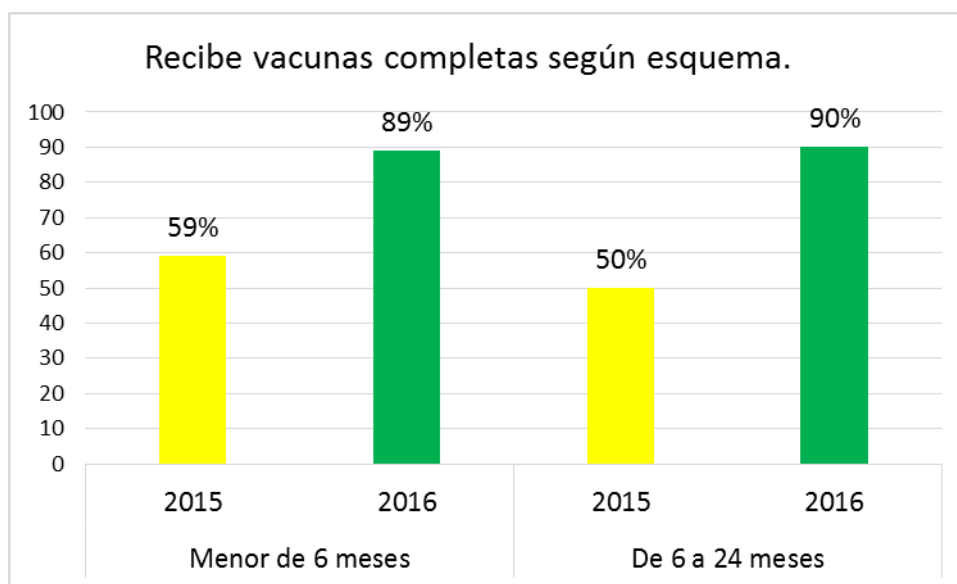
Gráfico N°13: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

En el gráfico N°13, se observa un incremento en el consumo de alimentos espesos más de 3 veces al día en una población de 101 niñas y niños, teniendo en cuenta que su nutrición se veía afectada al recibir una a dos raciones de alimento al día, de pobre consistencia calórica-proteica. Este incremento se logró mediante la realización de sesiones demostrativas de preparación de alimentos y las Visitas Domiciliarias a las familias. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 47.10% de niños de 6 a 23 meses que reciben 03 comidas al día, según el reporte de la Región Loreto, INEI- ENDES.

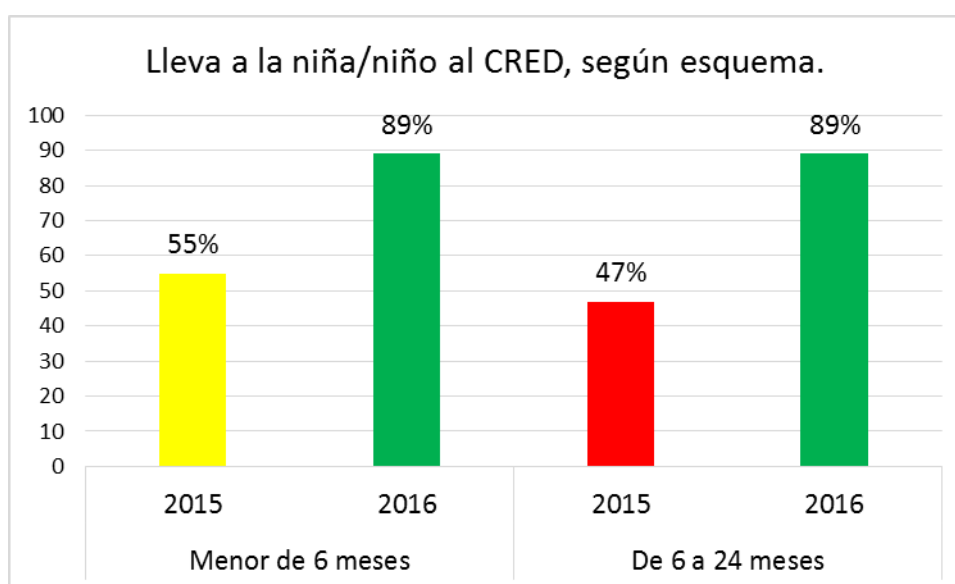
Gráfico N°14: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

En el gráfico N°14, podemos apreciar un incremento significativo en la práctica de colocar vacunas completas, en menores de 6 meses y mayores de 6 meses. Las Visitas Domiciliarias han contribuido a promover su importancia en la primera infancia para la prevención de enfermedades, así como el esquema de vacunación. Comparando estos resultados con los de la Región Loreto que alcanza el 21.70% (2015) y 23.10% (2016), según INEI-ENDES, se observa un gran avance en el distrito.

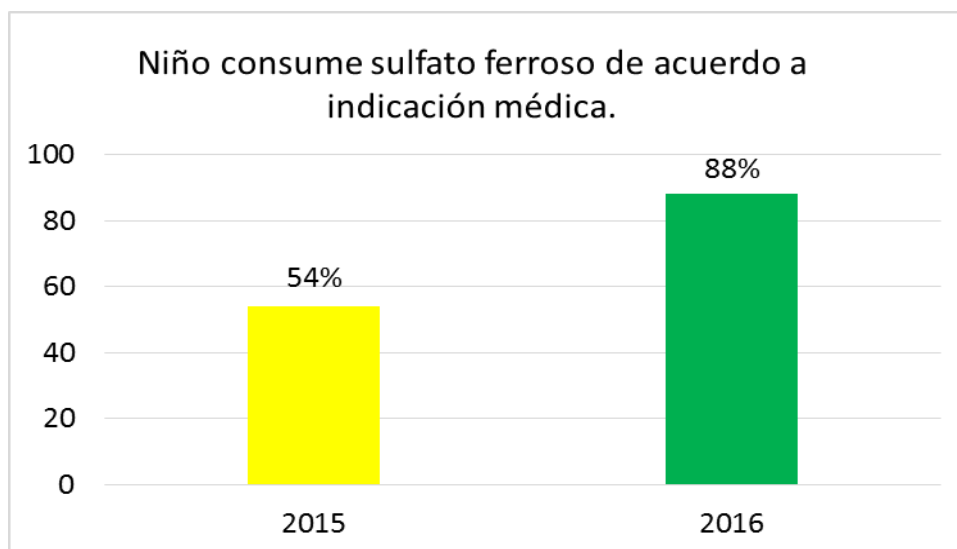
Gráfico N°15: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°14, se observa un incremento en el acceso al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) que oferta el Ministerio de Salud, con el objetivo de evaluar en forma permanente a la niña y el niño y detectar problemas en forma oportuna, además es la principal estrategia para detectar el riesgo de Desnutrición Crónica Infantil y detectar retraso en las áreas de desarrollo. En la población infantil de 0 a 6 meses el porcentaje se eleva de 55% a 89% y de 6 a 24 meses de 37 a 90%. Estas mejoras se dieron por el trabajo coordinado entre la Municipalidad de Mazan, el personal de salud del Centro de Salud y los ACS, quienes hicieron el acompañamiento de las familias para acudir a las citas programadas o acercar la atención a los Comités Vecinales más alejados del distrito. Estos resultados frente a los obtenidos a nivel de la Región Loreto 47.40% (2015) y 53.80% (2016), de acuerdo al ENDES-INEI, muestran un gran avance a nivel del Distrito.

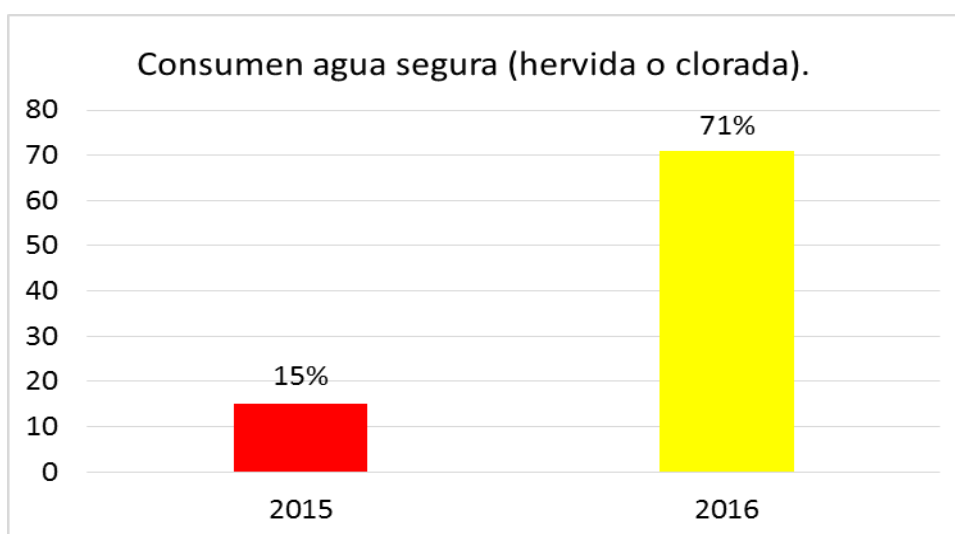
Gráfico N°16: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

En el gráfico N°16, se observa un avance significativo en el consumo de suplemento de hierro, para evitar la anemia infantil en una población infantil de, que actualmente afecta a la población infantil, trayendo consigo una serie de factores negativos en el aprendizaje de las niñas y niños. Este indicador a nivel de la Región Loreto se encuentra en 26.6% (2015) y 28.6% (2016), lo que significa un bajo consumo del Sulfato Ferroso por los niños menores de 36 meses, de acuerdo al ENDES-INEI, en comparación del porcentaje de consumo alcanzado en el distrito.

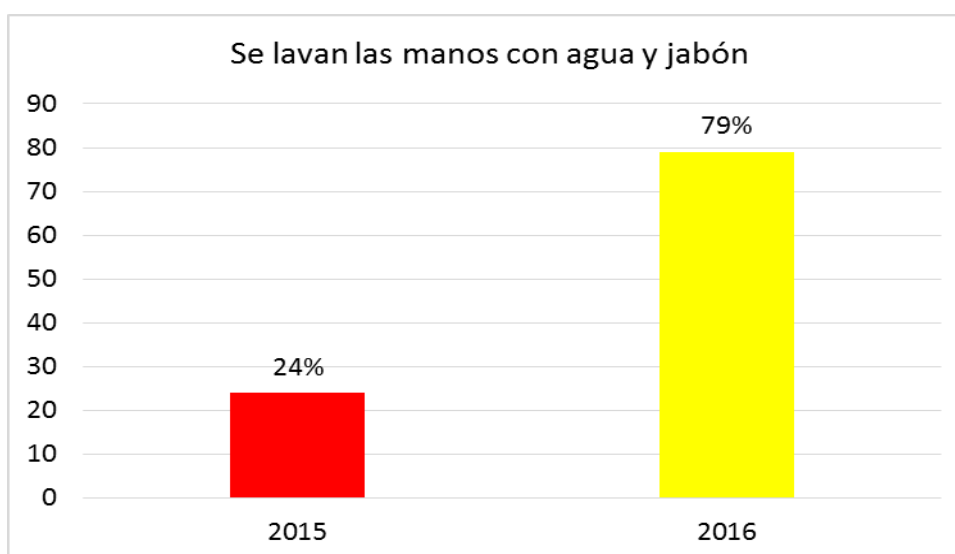
Gráfico N°17: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°17, se observa un incremento significativo en el consumo de agua segura por las familias, práctica que se fortaleció con las Visitas Domiciliarias y las sesiones demostrativas de preparación de alimentos. Sin embargo, se debe seguir trabajando hasta lograr que más familias logren esta práctica. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

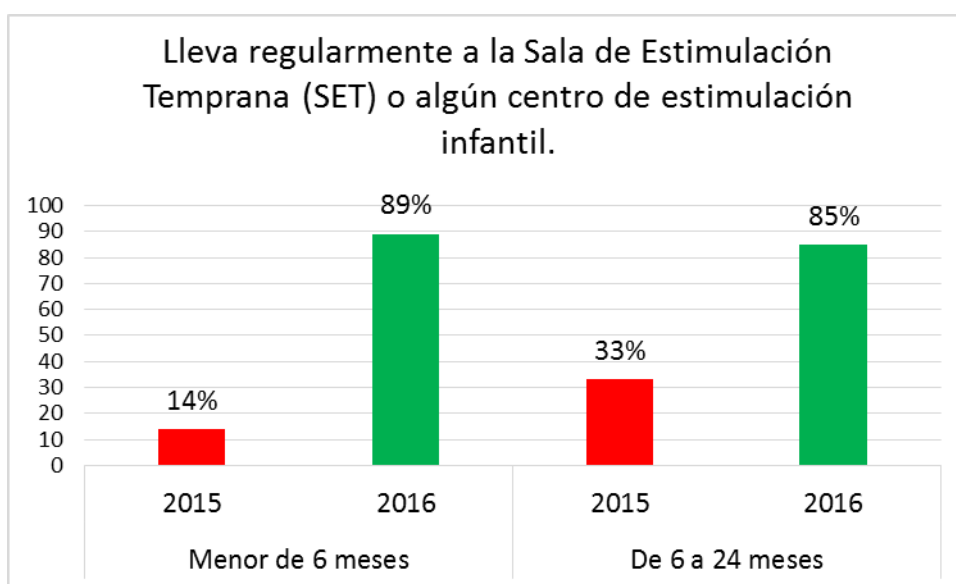
Gráfico N°18: Condiciones de Salud y Nutrición



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°18 se observa que la práctica del lavado de manos con agua y jabón se ha incrementado al final de la intervención en las familias de 24% a 79%, pero se debe seguir fortaleciendo durante las Visitas Domiciliarias, considerando que su ejecución es la principal forma de prevenir muchas enfermedades en la niñez. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

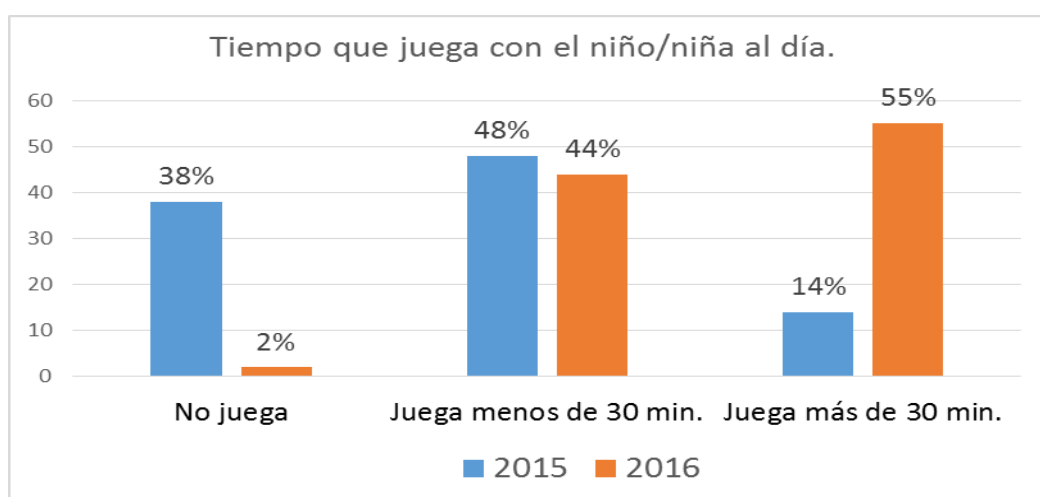
Gráfico N°19: Condiciones de Aprendizaje Infantil Temprano y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°19, se puede observar un aumento significativo en la asistencia a la Sala de Estimulación Temprana, de una población de 124 niñas y niños, en dos grupos: de 0 a 6 meses y de 6 a 24 meses, situación que favoreció el adecuado desarrollo en los hitos de aprendizaje en esas edades. Cabe mencionar que la implementación y funcionamiento de la SET está a cargo de la Municipalidad de Mazán y los materiales y metodología son acordes a los lineamientos de Crecimiento y Desarrollo-MINSA y de Cuna más-MIDIS. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

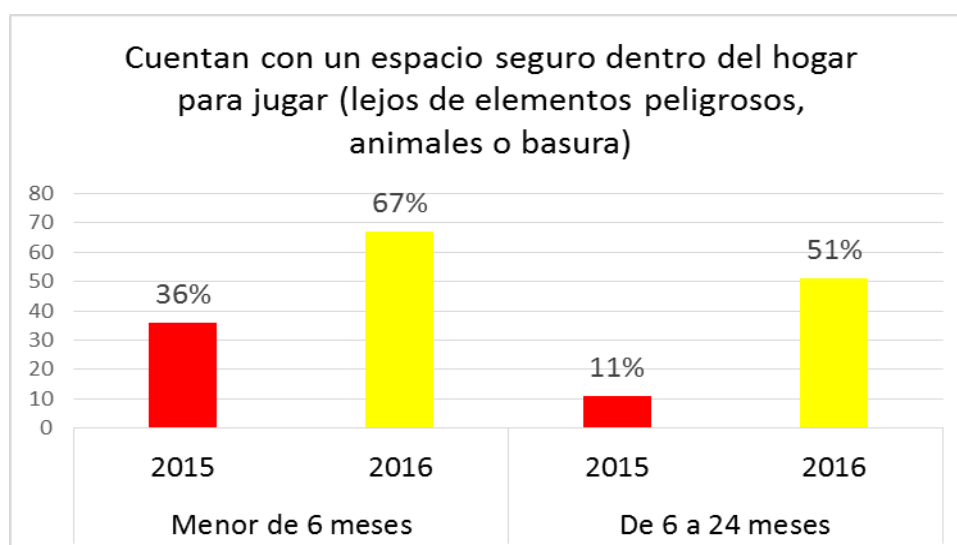
Gráfico N°20: Condiciones de Aprendizaje Infantil Temprano y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°20, se puede observar que después de la intervención se aprecia que los padres y/o cuidadores empiezan a compartir más tiempo con sus hijos, logrando que jueguen con ellos por más de 30 minutos. Esta mejora se logró a través de los talleres que se realizaron de apego y desarrollo del aprendizaje y durante las Visitas Domiciliarias. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

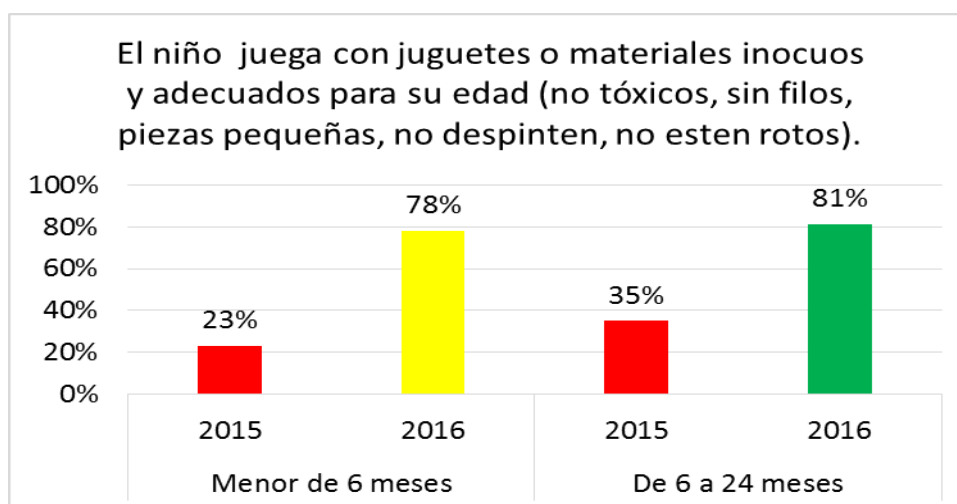
Gráfico N°21: Condiciones de Aprendizaje Infantil Temprano y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°21, se puede apreciar que los padres y/o cuidadores se han sensibilizado con el cuidado de sus hijos, implementando un lugar seguro y protegido donde puedan jugar, sin riesgos a accidentes. Las mejoras de los espacios se dieron a través de las pautas que dieron los ACS durante las Visitas Domiciliarias, como: colocar barandas, rejas, asegurar pisos, evitar astillas o clavos mal asegurados, protegiendo de animales, entre otros.

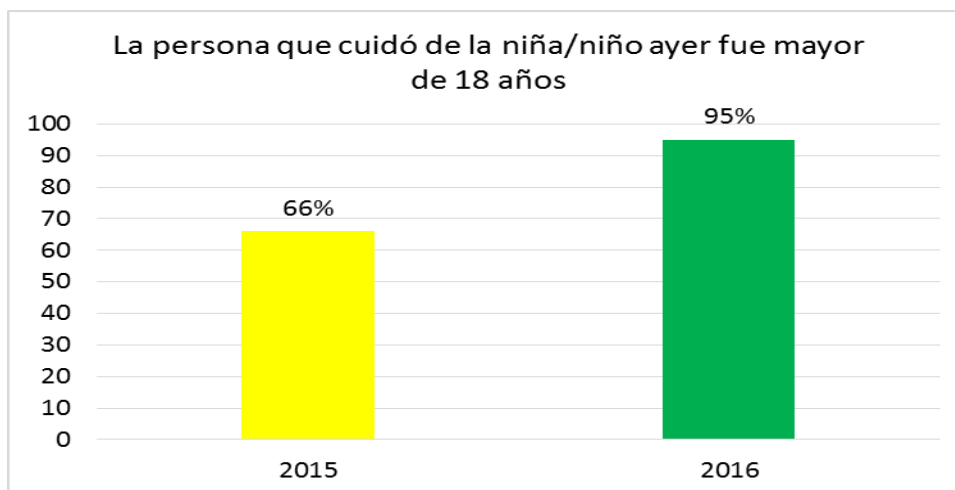
Gráfico N°22: Condiciones de Aprendizaje Infantil y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha "Decisiones informadas en primera infancia a nivel local".

En el gráfico N°22, vemos un avance significativo en el uso de juguetes inocuos y adecuados para la edad de los niños, muchos de los cuales fueron elaborados por las mismas familias durante los talleres que se realizaron en las sesiones de aprendizaje infantil temprano. Se hizo énfasis en los tipos de juguetes de acuerdo con la edad, los materiales que se deben usar, y las características de los juguetes que se compran (textura, filos, piezas pequeñas, tipo de pintura, entre otros.)

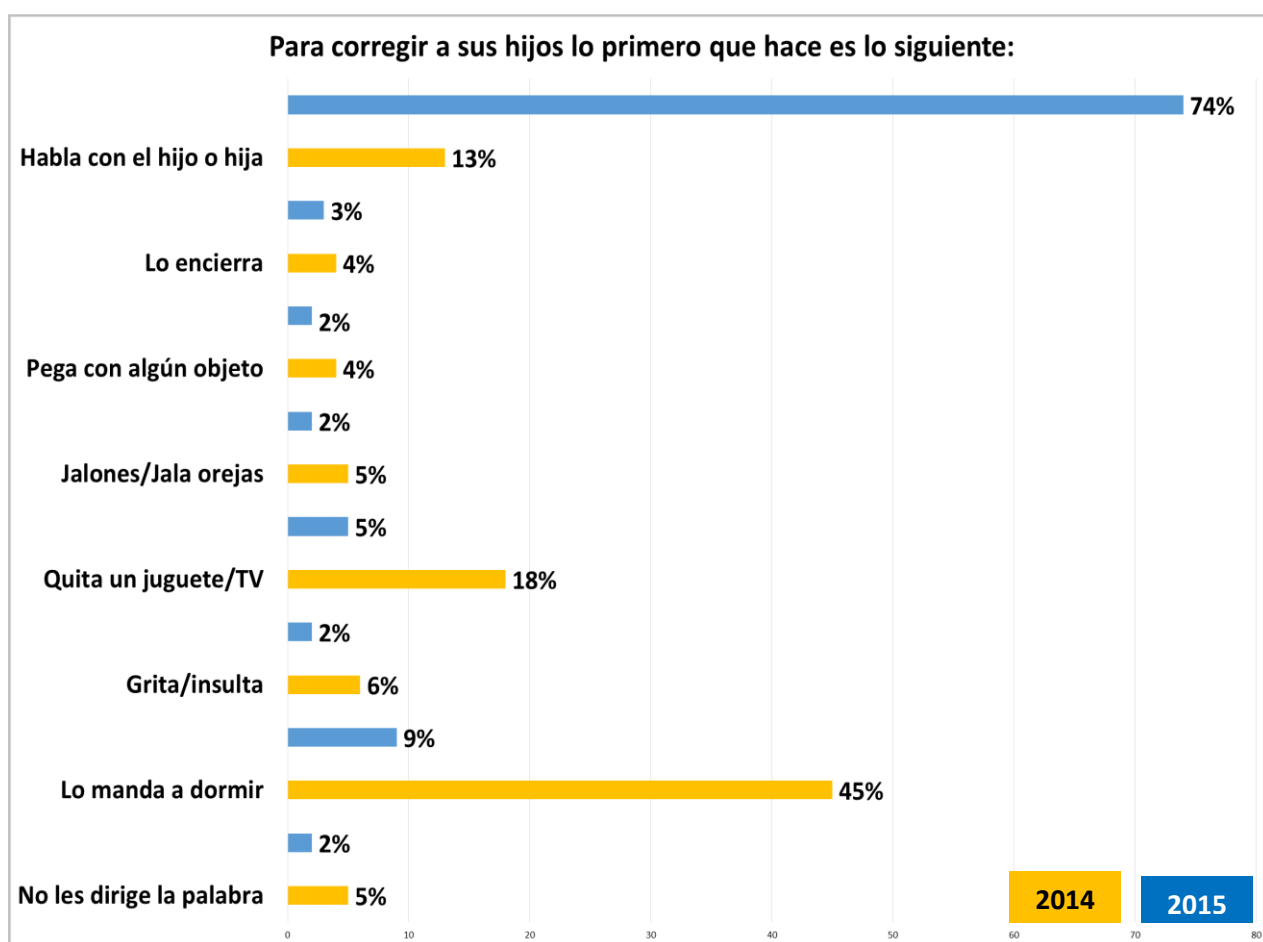
Gráfico N°23: Condiciones de Aprendizaje Infantil y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

El gráfico N°23, muestra un aumento significativo en relación a que la persona que cuida a la niña o niño sea mayor de edad, en una población de 124 niños. Lo que representa un gran avance en asumir con responsabilidad el cuidado y seguridad de los infantes. Para lograr este resultado se realizaron Visitas Domiciliarias permanente a las familias a cargo de los ACS. Sobre este indicador no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

Gráfico N°24: Condiciones de Aprendizaje Infantil y Protección



Fuente: Consolidado del instrumento Ficha “Decisiones informadas en primera infancia a nivel local”.

El gráfico N°24, nos da cuenta de los diversos tipos de medidas que utilizan las familias para corregir a las niñas y niños, observándose que había una fuerte tendencia a castigarlo a través de acciones como: 1. Mandándolos a dormir (45%) o quitarles un juguete o la TV (18%), el dialogo para negociar con los hijos las normas de conducta se daban en muy pocas familias (13%).

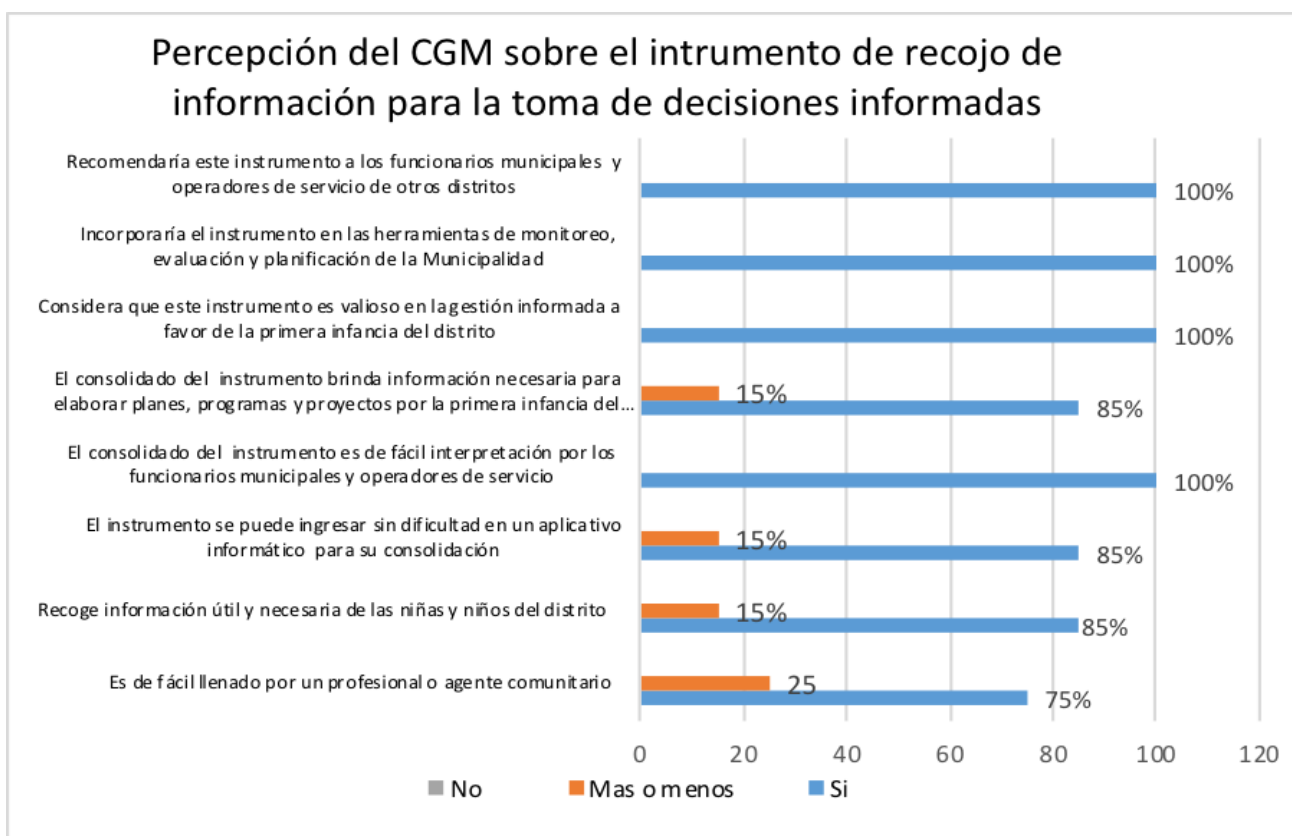
Luego de talleres de apego y manejo de emociones, así como el seguimiento y acompañamiento a las familias mediante la Visita Domiciliaria por los ACS, se logró que la actitud de los padres y cuidadores cambiara utilizando el diálogo y la negociación para mejorar las normas, observándose un incremento significativo de 13% a 74%.

Observamos que este resultado tiene un gran avance en comparación del obtenido en la Región Loreto: 65.2% de padres y 64.2% de madres da reprimenda verbal, 19.3% de padres y 26.6% de madres prohíben algo y sobre todo el 37.8% de padres y 41% de madres que dan castigo físico, según ENDES-INEI 2014.

D. Percepción del Comité de Gestión Municipal sobre la importancia de un instrumento que permita la medición de las condiciones de Atención Integral para la toma de decisiones informadas.

Para determinar la importancia del uso del instrumento de recojo de información para la toma de decisiones informadas por el Comité de Gestión Municipal, se aplicó una encuesta a los miembros del comité, obteniéndose los resultados que se muestran a continuación:

Grafico N°25: Percepción del Comité de Gestión sobre el instrumento de recojo de información para la toma de decisiones informadas.



Fuente: Consolidado de la encuesta aplicada al CGM.

En el gráfico N°25 se muestra que el 100% de los integrantes del CGM del distrito de Mazán, recomendarían el instrumento a otros funcionarios y operadores de servicio, 100% incorporaría el instrumento en las herramientas de monitoreo y evaluación de la municipalidad, 100% considera que el instrumento es valioso para la gestión informada, 85% refiere que en el consolidado de la información es necesaria para elaborar PDL en primaria infancia, 85% refiere que la forma como se presenta la información en el consolidado es de fácil interpretación, 85% menciona que recoge información necesaria de las niñas y niños del distrito, 85% que se puede ingresar sin dificultad a un aplicativo informático y 75% menciona que es de fácil llenado por un profesional o ACS.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la revisión bibliográfica de experiencias nacionales e internacionales en primera infancia que hagan uso de un instrumento para la gestión informada a nivel local o municipal se pudo concluir que aunque existen herramientas, éstas hacen uso de fuentes secundarias, lo que no facilita la toma de decisiones informadas para la construcción del Plan de Desarrollo Local por parte del Comité de Gestión Municipal real a nivel local o distrital.

Además muchos de estos instrumentos para la gestión informada, abarcan una sola condición, dejando de lado la integralidad de la intervención desde una atención integral en *salud, nutrición, educación-recreación y protección*, desde el enfoque de derechos y no de necesidades, es decir “todas” las condiciones y sus indicadores son relevantes para el adecuado desarrollo infantil temprano, sin sobreponer uno sobre el otro, a diferencia de los instrumentos analizados de las experiencias internacionales y nacionales:

- En la experiencia internacional encontramos la *Estrategia Colombiana de “Cero a siempre”*, pero el instrumento solo recoge información de las condiciones de salud y nutrición, además su fuente de información es secundaria (censos nacionales), es decir no se ha construido para su aplicación desde el nivel local. Las demás experiencias en Brasil y Chile se basan en estrategias similares (ver anexo N° 1).
- Por otra parte en la experiencia nacional encontramos a la *Tecnología de Decisiones Informadas de CENAN- MINSA*, cuya experiencia ha servido como referencia para el presente trabajo de investigación, sin embargo, al tener como

objetivo la disminución de la anemia y desnutrición infantil, el recojo de información enfatiza indicadores que miden las condiciones de salud y nutrición, una gran avance en el diseño de este instrumento es que fue construido para su aplicación a nivel local (ver anexo 1).

El instrumento para el recojo de información utilizado en esta tesis tiene una mirada integral de la atención, sustentándose en un enfoque de derechos, con indicadores que son posibles de ser recogidos directamente desde el ámbito distrital y comunal. No sobrepone una condición y/o indicador sobre otro, debido a que su objetivo es que los tomadores de decisión (alcaldes, funcionarios y operadores de servicio sociales), consideren que el desarrollo infantil temprano comprende un conjunto articulado de servicios que están al alcance de la primera infancia, que sean adecuadamente usados, así como las prácticas de crianza y cuidado clave que se debe brindar a la niñez, desde su familia y la comunidad. Por ello se constituye en el primer instrumento que por excelencia facilita la gestión en el plano operativo en forma consecuente con las condiciones de las niñas y niños menores de 24 meses del distrito.

Además para la toma de decisiones informadas es necesario que exista un Comité de Gestión Municipal Liderado por el Alcalde distrital, el cual debe estar integrado por los representantes-operadores del sector salud, educación, programas sociales y la RENIEC, desde una mirada interdisciplinaria y apostar por un trabajo articulado, que no solo se atribuya los lineamientos técnicos comunes en cada uno de los componentes en salud, educación, nutrición y protección, para brindar servicios de calidad o desarrollar practica de cuidado infantil en las familias, sino que la articulación también debe considerar el transparentar presupuestos y sumarlos en acciones conjuntas. Es importante fortalecer la existencia de este CGM, si ya existiera una organización similar

en el distrito, con el fin que no sea una organización impuesta desde el investigador o la institución que va a intervenir en el distrito.

El rol protagónico al Alcalde, es clave, generando en él un pensamiento de liderazgo y articulación con las demás instituciones del distrito, empoderándolo en su cargo y en su visión de desarrollo del distrito, especialmente en encaminar, orientar, implementar, recoger información para tomar decisiones, monitorear los resultados, valorar los avances y dificultades en forma conjunta. Especialmente en proyectos orientados a la niñez, el alcalde y autoridades deben conocer las consecuencias para el distrito de contar con una población afectada de anemia y desnutrición crónica, que a largo plazo afecten el desarrollo social y económico de la población y coloque al distrito en una situación de pobreza.

La asistencia técnica a las autoridades distritales en habilidades de gestión y el desarrollo de talleres de sensibilización sobre la situación de la primera infancia con datos locales, es un punto importante para la intervención. Es necesario producir información valiosa sobre la situación de la población infantil del distrito y que en estas reuniones conozcan y analicen las causas de la situación encontrada. Algunos ministerios como el MEF y MIDIS cuentan con equipos de especialistas que viajan a los distritos con mayor riesgo para fortalecer habilidades de gestión, especialmente en distritos donde urge revertir las altas tasas de anemia y desnutrición crónica infantil.

La participación de las autoridades comunales en este CGM es indispensable, no como “eco” en sus comunidades, por el contrario su visión, críticas y sugerencias, permitirá que se involucren y las estrategias planteadas tengan asidero, al conocer la realidad que vive cada comunidad.

Es muy importante que este CGM trabaje de manera dinámica y se reúna en forma periódica para revisar los resultados de la situación de la primera infancia, y proponer estrategias que permitan mejorar los indicadores, así como evaluar si hubo cambios y reorientar el Plan de Desarrollo Local. Estas reuniones generan en el CGM espacios de reflexión y análisis para empoderarlos en actuar de manera oportuna e informada frente a la primera infancia, así como crear la necesidad de una mejora permanente de la atención integral a la primera infancia en el distrito.

En la propuesta de “estrategias o buenas prácticas” orientadas a mejorar la situación de la primera infancia, es importante que estas estén validadas, en este caso, en el ámbito amazónico. Las estrategias desarrolladas con el CGM fueron recogidas de experiencias en América Latina y el Caribe, tal como se detalla en el Capítulo VII de Técnicas y Procedimientos. En esta revisión también se consideraron las intervenciones que se desarrollaron directamente con familias a través de los Programas Sociales que se brindan en el Perú, como Cuna Más y JUNTOS, o el del MINSA.

Dentro de las estrategias, la que más éxito obtuvo fueron las Visitas Domiciliarias, porque a través de esta actividad se logró orientar, acompañar y generar cambios de prácticas de cuidado infantil en las familias, como se puede apreciar en los resultados, esta actividad para que logre cambios demandaba 01 visita semanal a cada familia, brindando consejería con mensajes clave para la edad de la niña o niño visitado, el seguimiento a compromisos establecidos por los padres o cuidadores, así como la supervisión de prácticas de crianza adecuadas.

Con respecto a la asistencia a las Salas de Aprendizaje Infantil Temprano, encontramos que la asistencia se incrementó especialmente en los menores de 6 meses, pudiendo realizar actividades que generen hitos del desarrollo infantil por grupo etareo, esta

actividad fue coordinada y se basó en los mismos lineamientos técnicos que Cuna Más, con el objetivo de efectivizar las intervenciones y un mejor manejo del presupuesto. Una dificultad fue la asistencia en forma permanente de los padres o cuidadores, debido a los gastos de transporte en mototaxi o porque tenían otros hijos menores que cuidar. Por ello para fortalecer esta actividad el ACS desarrollo sesiones de aprendizaje con los padres durante las Visitas Domiciliarias y se realizaron talleres para la elaboración de juguetes con las familias.

Considerando los Centros de Vigilancia Nutricional Comunal, estos permitieron hacer el seguimiento del peso y talla de las niñas y niños, e identificar si su curva iba en aumento y quienes estaban en riesgo, con el fin de hacer las coordinaciones oportunas con el personal de salud, evitando que el infante caiga en la desnutrición. Esta vigilancia también logró el compromiso de las autoridades comunales sobre la importancia de luchar contra la desnutrición crónica infantil y la anemia infantil, ellos alentaban en las reuniones comunales a las familias a asistir las reuniones programadas por el Agente Comunitario de Salud y el personal de salud.

Un aspecto que es fundamental para que sean sostenibles estas estrategias es el valioso apoyo de los ACS, quiénes de manera responsable y comprometida realizaron las actividades programadas. Estas actividades demandaban muchas horas de trabajo en la comunidad, por ello con el aporte de la Municipalidad de Mazán se le entregó un estipendio mensual que cubría los gastos de desplazamiento y refrigerios (S/.220 nuevos soles para cada ACS).

IX. CONCLUSIONES

Al finalizar la ejecución de la investigación se demostró:

1. Que el instrumento para el recojo de información de las condiciones de Atención Integral a la primera infancia, ha sido validado y aprobado a través de juicio de expertos. El cual comprende indicadores en Salud, Nutrición, Aprendizaje infantil temprano y Protección, considerados por los expertos como suficientes para conocer la situación en ámbito local, cumpliendo con los criterios de coherencia, relevancia y claridad. Además, ha permitido la medición de las condiciones de la atención integral de la primera infancia al inicio de la intervención y facilitar el comparativo entre la primera y segunda medición al finalizar la intervención, con el objetivo de identificar las condiciones e indicadores que se encontraban en situación de alerta, riesgo o adecuado, utilizando los colores del semáforo para facilitar su interpretación.
2. Que el Comité de Gestión Municipal (CGM), liderado por el Alcalde con presencia de funcionarios, operadores de servicios (salud, educación, protección) y de programas sociales orientados a la primera infancia (Cuna Más y Juntos), a través de un trabajo articulado e interdisciplinario, tomaron decisiones informadas, elaborando y ejecutando un Plan de Desarrollo Local en primera infancia, que permitiera, monitorearse a través de un instrumento de fácil aplicación local, consiguiendo ver los cambios logrados frente a una situación inicial. Para ello fue necesario;
 - a. Sensibilizar y comprometer a los funcionarios, operadores de servicio y autoridades comunales a trabajar por la primera infancia,

participando en el desarrollo del proyecto, en su ejecución y vigilancia de su cumplimiento.

- b. Desarrollar capacidades de gestión en los integrantes del CGM, empoderarlos a trabajar de manera consensuada, informada y planificada para lograr mejoras en la primera infancia del distrito.
- c. Reunirse en forma periódica para analizar la información recogida, conocer las causas y consecuencias de la esta situación encontrada en la primera infancia.
- d. Proponer estrategias validadas a nivel nacional e internacional, que respondieron a la información recogida, visualizándose cambios favorables en las condiciones de atención integral de las niñas y niños desde la gestación hasta 24 meses de 04 Comités Vecinales del distrito de Mazan.
- e. Las estrategias como mayor impacto en el acceso a servicios y cambios de prácticas de crianza infantil fueron las Visitas Domiciliarias, las consejerías, los Centros de Vigilancia Nutricional y las Salas de Aprendizaje Infantil Temprano, en todas ellas se dio el trabajo activo y comprometido de los ACS.
- f. Para que estas estrategias puedan ser sostenibles se necesita el acompañamiento técnico a los ACS por parte de los profesionales que trabajan en el distrito, así como la supervisión durante las Visitas Domiciliarias y la capacitación permanente de estos actores. Además, para el desarrollo de estas actividades es necesario brindar un

estipendio para cubrir los gastos de desplazamiento y refrigerios de los ACS, considerando que por día los ACS visitan un promedio de 2 a 3 familias, con el objetivo de realizar una visita domiciliaria semanal a cada familia que tienen a su cargo, previo consentimiento de la madre, padre y/o cuidador.

- g. Transparentar y unificar presupuestos: Municipalidad, Centro de Salud y Programas Sociales (Cuna Más y Juntos), los mismos que cubrían estrategias y actividades similares, con el fin de efectivizar la inversión y lograr el cumplimiento de metas e indicadores en forma conjunta.

Este trabajo de gestión municipal informado permitió que se dieran cambios favorables en las condiciones de atención en salud, nutrición, aprendizaje infantil temprano y protección, a nivel distrital, no solo al comparar la primera y segunda medición con el instrumento, sino al hacer la evaluación con los datos INEI-ENDES de la Región Loreto, considerando que para este estudio no se pudo realizar grupo control por la dispersión geográfica de las comunidades y la necesidad desde la Municipalidad de mostrar la capacidad de gasto en las familias con población infantil que vivían en los comités vecinales aledaños a la Municipalidad de Mazán.

Los resultados que se obtuvieron fueron:

1.1 Mejoras en los servicios

Servicio de Salud

- Se incrementó el acceso al SIS de 64% a 100% en niñas y niños menores de 06 meses y de 68% a 91% de 6 a 24 meses, en comparación con el porcentaje de

80.10% a nivel de la Región Loreto, el cual abarca los seguros privados y el SIS, según INEI-ENDES.

- Se mejoraron las letrinas de los 04 Comités colocando puertas, mallas de protección, ductos de circulación de aire e inodoros de granito. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 26.80% que se reporta a nivel de la Región Loreto, según INEI- ENDES 2015.
- La implementación de la red pública de agua apta para el consumo, no se dio durante la investigación, considerando que era fuerte inversión de dinero no presupuestada, por ello el indicador se mantuvo en 79%, sin embargo, se aprobó un perfil de proyecto de inversión pública para mejorar la red de agua y de desagüe en el distrito de Mazan con código SNIP de viabilidad N° 286203.
- Por ausencia de programas sociales en Mazan, las familias no tuvieron acceso a las prestaciones condicionadas otorgada por el Programa JUNTOS y el servicio de cuidado diurno que brinda Cuna Más. Los programas se implementaron a mediados del año 2015.

Servicio de Nutrición:

- Se incrementó la administración de sulfato ferroso de 75% a 96% en niñas y niños de 6 a 24 meses. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 26.80% (2015) y 26.80% (2016) de niños menores de 36 meses que reciben sulfato ferroso en la Región Loreto, según INEI- ENDES.
- Se promovió el desarrollo de Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos de 47% a 89% en padres y/o cuidadores con niños de 0 a 24 meses. Este indicador no se encontró en los reportes del INEI-ENDES (2015-2016) para la Región Loreto.

Servicio de Aprendizaje Infantil Temprano:

- Se promovió el desarrollo de Sesiones de Estimulación temprana de 0 a 89% en padres y/o cuidadores con niñas y menores de 6 meses y de 0% a 83% en padres y/o cuidadores con niñas y niños de 6 a 24 meses. Este indicador no se encontró en los reportes del INEI-ENDES (2015-2016) para la Región Loreto.
- Se incrementó el acceso a una Sala de Desarrollo Infantil Temprano de 18% a 100% para niñas y niños menores de 6 meses y de 37% a 100% de 6 a 24 meses. Contando con acompañantes pedagógicos (01 educador y 02 ACS). Este indicador no se encontró en los reportes del INEI-ENDES (2015-2016) para Región Loreto.

Servicio de Protección:

- Se incrementó la cobertura de niñas y niños con DNI en menores de 6 meses de 73% a 100% y de 6 a 24 meses de 84% a 91%. Estos resultados muestran un mejor resultado en comparación con el 88.50% (2015) y 82.90% (2016) en la Región Loreto, según INEI- ENDES.
- Se difundió el servicio de la DEMUNA entre las familias para denunciar la violencia y maltrato infantil, logrando que las familias supieran donde acudir de 24% a 69%. Este resultado es un gran avance en el distrito en comparación del 4.70% (2015) y 24% (2016) como el lugar donde acude en caso de maltrato, en la Región Loreto, según ENDES-INEI.

1.2 Fortalecimiento de prácticas de crianza en las familias

Prácticas de Salud

- Se incrementó la cobertura de vacunas de 59% a 89% en niñas y niños menores de 06 meses y de 5% a 90% de 6 a 24 meses, comparando estos resultados con los de la Región Loreto donde solo se obtuvo el 21.70% (2015) y 23.10% (2016), según INEI-ENDES.
- Se incrementó la Lactancia Materna Exclusiva en niñas y niños menores de 6 meses de 68% a 100%. Estos resultados muestran un gran avance en comparación con el 78.8% (2015) y 85.30% (2016) de niños menores que reciben LME en la Región Loreto, según INEI- ENDES.
- Se incrementó los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de niños y niñas menores de 6 meses de 55% a 89% y de 6 a 24 meses de 47% a 85%, frente a los obtenidos a nivel de la Región Loreto 47.40% (2015) y 53.80% (2016), de acuerdo al ENDES-INEI.
- Se incrementó el consumo de agua hervida o clorada en las familias de 15% a 71%. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.
- Se incrementó la práctica de lavado de manos con agua limpia y jabón de 24% a 79%. Sobre esta práctica no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

Prácticas de Nutrición

- Se incrementó el consumo de Sulfato Ferroso de 54% a 88% en niñas y niños de 6 a 24 meses. Este indicador a nivel de la Región Loreto se encuentra en 26.6% (2015) y 28.6% (2016) de acuerdo al ENDES-INEI.

- Se incrementó el consumo de alimentos espesos más de 03 veces al día en niñas y niños de 6 a 24 meses de 69% a 95%, en comparación con el 47.10% de niños de 6 a 23 meses que reciben 03 comidas al día en la Región Loreto, según INEI-ENDES.

Prácticas de Aprendizaje Infantil y recreación

- Se incrementó la asistencia a la Salas de Aprendizaje Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 meses de 14% a 89% y de 13% a 85% de 6 a 24 meses.
- Se incrementó el tiempo en que los padres y/o cuidadores juegan con la niña o el niño de 14% a 55% por más de 30 minutos.
- Se promovió en las familias la implementación de un espacio seguro para que la niña o niño jueguen, en menores de 6 meses de 36% a 67% y de 6 a 24 meses de 11% a 51%.
- Promover el uso de juguetes seguros e inocuos en niñas y niños menores de 6 meses de 23% a 78% y de 6 a 24 meses de 35% a 81%.
- Sobre estas prácticas no se encontró información a nivel de la Región Loreto.

Prácticas de Protección

- Se promovió que la persona que cuide las niñas y niños sea mayor de 18 años de 66% a 95%. No se encontró información a nivel de la Región Loreto.
- Se promovió en las familias que corrijan o negocien la conducta de sus hijos a través del diálogo en un 74% en lugar de mandarlos a dormir que llegaba al 45%, en comparación de la información de la Región Loreto: 65.2% de padres y 64.2% de madres da reprimenda verbal, 19.3% de padres y 26.6% de madres

prohíben algo y sobre todo el 37.8% de padres y 41% de madres que dan castigo físico, según ENDES-INEI 2014.

1.3 Fortalecimiento del trabajo articulado e interdisciplinario de Gestión Municipal, lo cual se evidencio en:

- 100% de los miembros del CGM contaban con información en apalancamiento de recursos y atención integral a la primera infancia.
- El CGM elaboró 01 perfil de proyecto de agua y desagüe aprobado por el SNIP.
- El CGM elaboró 01 Diseño de Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia con metas, actividades, cronograma y presupuesto para 12 meses de intervención, el cual se cumplió en un 100%. Las actividades realizadas fueron:
 - o 01 Sala de aprendizaje infantil temprano implementada.
 - o 01 Centro de Vigilancia Nutricional Comunal implementado.
 - o 100% de ACS capacitados en salud, nutrición y educación en primera infancia.
 - o 1 educadora de inicial contratada.
- 100% de ACS recibiendo un estipendio que cubra sus gastos de desplazamiento y refrigerios.
- 100% de enfermeras capacitadas en antropometría.

Es importante mencionar que actualmente existen programas como el Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), Presupuesto Participativo, FONIPREL, que se viene implementando con recursos y asistencia técnica el primero desde el MIDIS y los siguientes por el MEF a nivel nacional, con la finalidad que las municipalidades distritales cuenten con el apalancamiento de fondos para

invertir en la primera infancia, los cuales son monitoreados y evaluados por ambos ministerios, bajo el cumplimiento de metas e indicadores, garantizando el uso adecuado y transparente de recursos, que sobre todo evidencien cambios favorables en el estado nutricional y el desarrollo de la primera infancia en el distrito, lo cual permitiría la sostenibilidad de esta propuesta, sin la necesidad de contar con el apoyo de una ONG.

3. 100% de los integrantes del Comité de Gestión Municipal del distrito de Mazán, integrado por el Alcalde, funcionarios y operadores de programas sociales como Cuna más y Juntos, perciben que el instrumento es valioso para la gestión informada y lo incorporarían dentro de los instrumentos de monitoreo y evaluación de la municipalidad y lo recomendaría a otros funcionarios y operadores de servicio, que su uso debe ser periódico, para tomar decisiones sobre los avances o dificultades, así como elaborar y ajustar el Plan de Desarrollo Local en primera infancia.

X. RECOMENDACIONES

A nivel nacional:

- Difundir experiencias exitosas de municipalidades distritales que han logrado mejorar las condiciones de atención integral de las niñas y niños menores de 24 meses.
- Implementar en otros distritos pilotos, la experiencia realizada por la Municipalidad de Mazán, con el objetivo de replicar la intervención en otros municipios con características amazónicas.
- Desde los sectores que trabajan por la primera infancia se debe brindar asistencia técnica y acompañamiento a los Comités de Gestión Municipal para el diseño de estrategias que logren revertir los indicadores que se encuentren desfavorables en la atención integral de la primera infancia. Esta actividad se podría hacer a través de MIDIS en la implementación del Fondo de Estímulo al Desempeño o en el desarrollo de los presupuestos participativos, FONIPREL a cargo del MEF, así como los programas como Cuna Mas y Juntos del MIDIS.

A nivel Regional:

- Reforzar un trabajo coordinado y articulado entre el Gobierno Regional y los Comités de Gestión de las municipalidades distritales para difundir la necesidad de conocer la situación de la atención Integral de la primera infancia y la importancia de la aplicación de instrumentos de recojo de información para la toma de decisiones informadas en la elaboración del Plan de Desarrollo Local.
- Unificar resultados, metas e indicadores a lograr en primera infancia con los sectores MIDIS, MEF, MINEDU, MMPV, RENIEC, así como transparentar y sumar recursos, con el fin de hacer sinergias a nivel de la región, con

intervenciones efectivas, garantizando que cada sector cumpla con las acciones programadas y en conjunto logren cambios positivos en el desarrollo infantil, especialmente en la población menor de 24 meses.

- Identificar estrategias que cuenten con evidencias de cambios significativos a favor de la primera infancia, como el trabajo comprometido de los ACS, las Visitas Domiciliarias, la vigilancia Nutricional, el funcionamiento de Espacios de aprendizaje infantil temprano en la comunidad y las sesiones de preparación de alimentos, con el fin que puedan ser planificadas, presupuestadas y ejecutadas en los municipios distritales, garantizando el éxito de la intervención en la población infantil.

A nivel local:

- Fortalecer las organizaciones que existan en el distrito sean Comités, Instancias o cualquier otro tipo de trabajo articulado, estableciendo mecanismo de comunicación, toma de decisiones, planificación conjunta entre los funcionarios, operadores de servicios y autoridades comunales, generando compromisos y creando la necesidad de trabajar por la primera infancia. Reforzar el Comité de Gestión Municipal en primera infancia debe ser siempre liderado por el alcalde.
- Continuar en forma periódica el recojo de información sobre la situación de la primera infancia y de la atención integral para la toma de decisiones informadas, las mismas que se reflejen en estrategias y actividades plasmadas en el Plan de Desarrollo Local en primera infancia y analizar la presencia de cambios al hacer el comparativo con la situación inicial.
- Incorporar el instrumento de recojo de información como una herramienta de gestión municipal para diseñar, implementar y monitorear el Plan de Desarrollo Local en primera infancia.

- Mantener en funcionamiento cada uno de los pasos de la gestión municipal local (desarrollados en la investigación) para fortalecer los CGM a favor de la primera infancia, en distritos con características similares.
- Difundir las mejoras en las condiciones de atención integral en primera infancia para motivar a otras municipalidades distritales a trabajar en forma coordinada y articulada por la población infantil, especialmente para dar a conocer que la inversión en este tipo de proyectos que son intangibles puede producir mejoras que se pueden evidenciar, especialmente si hay la necesidad política del Alcalde y la presión de la población de mostrar resultados y ver obras.

XI. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017. [Internet] Agosto 2017 [citado 15 de Nov 2017]. Disponible desde: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
2. Ministerio de Economía y Finanzas, Documento Informativo El Presupuesto por Resultados (PpR) Dirigido a gobiernos locales [Internet] Mayo de 2015 (citado 15 de Nov. 2017). Disponible desde: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/prog_presupuestal/documento_inf_PpR_GL_2014.pdf
3. Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia [Internet]. <http://www.unicef.org>. 2012 [citado 14 Junio 2015]. Disponible desde: <https://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA-2012-2021.pdf>
4. MINSA. Instructivo para la Gestión Informada en Nutrición. Tecnología Decisiones Informadas: Sistema de información para la reducción de la desnutrición crónica infantil en los gobiernos. Lima-Perú.2013.
5. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Brochure: “Fondo de Estímulo al Desempeño y Logros de Resultados Sociales FED, Julio 2015 [citado 04 de Marzo 2016]. Disponible desde: [file:///C:/Users/Emily/Downloads/MIDIS_BROCHURE_FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Emily/Downloads/MIDIS_BROCHURE_FINAL%20(1).pdf)

- desde: <http://iin.oea.org/pdf-iin/Lineamientos-Gestion-Primera-Infancia.pdf>
[Citado 21 Marzo 2015].
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2016). ENDES REALIZADAS. [online] Disponible desde: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/> [Citado 15 Marzo 2017].
 12. Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo (2012). [internet] Lima, pp 11-12. Disponible desde: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/PER_2012%20Lineamientos%20MIDIS%20DCI.compressed.pdf
 13. Crecer Juntos para la Primera Infancia Encuentro Regional de Políticas Integrales. (2012). [ebook] Argentina, p.47. Disponible desde: https://www.unicef.org/ecuador/educacion_Libro_primera_infancia.pdf [Citado 20 Junio 2015].
 14. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano. (2017). [ebook] Lima, pp.16-36. Disponible desde: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per160269anx.pdf> [Citado 14 Noviembre 2017].
 15. Guía de Atención Integral de los Centros Emergencia Mujer. (2016). [ebook] Lima, pp.19-25. Disponible desde: <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/10/MIMP-Guia-de-Atencion-CEM-web.pdf> [Citado 21 Noviembre 2017].

16. Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el Primer. (2012). [ebook] Lima, pp.77-80. Disponible desde:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf> [Citado 21 Marzo 2016].

17. Lineamientos Técnicos para el Mejoramiento y Adecuación de Espacios de Locales del Servicio de Cuidado Diurno del PNCM. (2013). [ebook] Lima, pp.8-9. Disponible desde:
http://www.cunamas.gob.pe/Resoluciones/RDE_2013/RDE_1202-2013-MIDIS-PNCM.pdf [Citado 20 Diciembre 2015].

18. Normas Legales. (2013). [ebook] Lima. Disponible desde:
<http://www.minedu.gob.pe/comunicado/pdf/normativa-2018/ley-30061.pdf>
[Citado 17 Diciembre 2015].

19. Estrategia de atención integral a la primera infancia Fundamentos políticos, técnicos y gestión [Internet]. <http://www.deceroasiempre.gov.co>. 2013 [Citado el 17 Enero 2015]. Disponible desde:
<http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>

20. Indicadores de la educación de la primera infancia en América Latina propuesta y experiencias piloto. (2008). [ebook] Santiago de Chile, pp.12-15. Disponible

- desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001629/162970S.pdf> [Citado 15 Febrero 2015].
21. Guía para la atención integral del niño de 0 a 5 años. (n.d.). [ebook] Lima. Disponible desde: http://www.oei.es/historico/inicialbbva/db/contenido/documentos/guias_atencion_integral_nino_0_a_5_anos.pdf [Citado 6 Marzo 2015].
22. Estado de la Niñez en el Perú. (2008). [ebook] Lima, pp.22-23. Disponible desde: https://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_de_la_Ninez_Peru_abril_2008-2.pdf [Citado 1 febrero 2015].
23. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer. (2013). [ebook] Lima, pp.45-47. Disponible desde: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/estrategianacionaldedesarrolloeinclusinocialincluirparacrecer.pdf> [Citado 22 Diciembre 2015].
24. Desarrollo Integral en la Primera Infancia Agenda de Acción para la Región de América Latina. (2015). [ebook] San Pablo, Brasil, pp.3-5. Disponible desde: <http://www.thedialogue.org/wp-content/uploads/2016/03/FINAL-Agenda-desarrollo-integral-primera-infancia-2.pdf> [Citado 23 Marzo 2016].
25. Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. (2007). [ebook] Lima, pp.20-28. Disponible desde:

- https://ucampus.uchile.cl/m/rrii_catalogo/programa?bajar=1&id=18314 [Citado 25 de Octubre 2015].
26. Guía de evaluación de educación inicial [Internet]. www.minedu.gob.pe. 2006 [Citado 14 Junio 2015]. Disponible desde: http://www.oei.es/historico/inicialbbva/db/contenido/documentos/guia_evaluacion_educacion_inicial.pdf.
27. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano [Internet]. www.minedu.gob.pe. 2016 [citado 14 Junio 2016]. Disponible desde: http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf
28. Bedregal P, Torres A, Carvallo C. Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia. [Internet]. www.undp.org. 2014 [citado 17 Enero 2017]. Disponible desde: http://www.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap5_chile_crece.pdf
29. Resultados encuesta nacional de primera infancia [Internet]. <https://web.oas.org>. 2010 [citado 17 Enero 2015]. Disponible desde: <https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Recursos%20%20Estudios%20e%20Investigaciones/Attachments/14/7.%20Resultado%20de%20la%20encuesta%20ENPI.pdf>
30. Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI). (2011). [ebook] pp.4-5. Disponible desde:

- <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5392/Programa%20Regional%20de%20Indicadores%20de%20Desarrollo%20Infantil%20%28PRIDI%29.pdf?sequence=1> [Citado 18 Octubre 2016].
31. Verch, K. (2017). Primeira Infância Melhor: Transformando la atención a los primeros años de vida en América Latina: Retos y conquistas de una política pública en el sur de Brasil. [ebook] Brasil, pp.56-60. Disponible desde: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8513?locale-attribute=es&> [Citado 22 Noviembre 2017].
32. Figueiras A, Neves de Souza I, Ríos V, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6) en el contexto de AEIPI [Internet]. <http://www1.paho.org>. 2013 [citado el 17 de Enero 2016]. Disponible desde: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
33. MINSA (2006). Guía Metodológica para la implementación de Municipios Saludables. Dirección General de Promoción de la Salud. Perú.
34. UNICEF (2009). Pongamos a la infancia en la agenda política local. Manual básico para responsables políticos municipales.
35. UNICEF-OMS (2018). El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Un marco mundial para lograr la acción y resultados.
- 36 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Manual de visitas domiciliarias mirando y acompañando con cuidado y afecto (citado 10 de Jul. 2020). Disponible desde:

<https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/manual-de-visitas-domiciliarias-FINAL.pdf-2014.pdf>.

37 Congreso de la Republica, Proyecto de ley N° 1609/2017-CR (citado 10 de Jul.2020). Disponible desde: <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Informesgestion2011.nsf>.

38. SESPAS (2018), Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe (citado 10 de Jul.2020). Disponible desde: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evidencia-sobre-participacion-comunitaria-salud-articulo-S0213911118301638>.

39. Ministerio de Salud (2011), Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el cuidado infantil. (citado 10 de Jul.2020). Disponible desde: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/promocion-de-practicas-y-entornos-saludables-para-el-cuidado-infantil-documento-tecnico/>

40. Banco Interamericano de Desarrollo (2016), Una fotografía de la calidad de siete programas de visitas domiciliarias (citado 08 de Jul. 2020). Disponible desde: <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/programas-de-visitas-domiciliarias/>

41. Gobierno de Chile (2015), Sistematización Programa de Estimulación Temprana, Sistematización y ejecución de un modelo de Estimulación Temprana en población infantil. (citado 08 de julio del 2020). Disponible desde:


<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/14-Programa-de-Estimulacion-Temprana.pdf>

42. UNICEF (2014) La Teoría del Cambio. Disponible desde: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20%20Theory%20of%20Change_ES.pdf

ANEXOS

Anexo N°1:

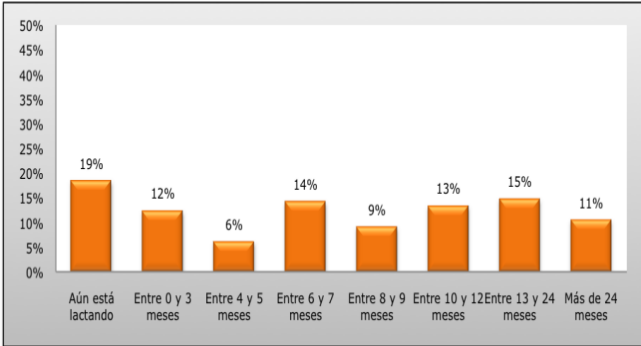
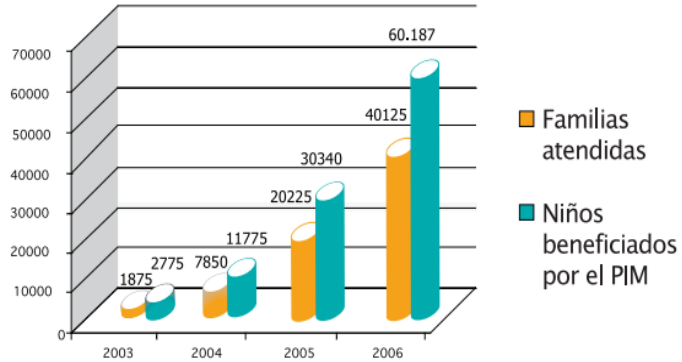
Experiencia nacional de instrumentos aplicados para medir el desarrollo y/o atención integral e la primera infancia

PROGRAMA O PROYECTO	INSTRUMENTO	A QUÉ EDADES	QUE INFORMACIÓN RECOGE	QUIÉNES RECOGEN	CADA QUÉ TIEMPO	INSTRUMENTO	INSTRUMENTO				
MINSA	CENAN: Tecnología “Decisiones Informadas” – TDI “UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN LOCAL”.	Instrumento de medición para el monitoreo de indicadores nutricionales y determinantes	Gestantes y niños de 0 a 35 meses	1. Medición de indicadores nutricionales y determinantes 2. Listado de Acciones priorizadas 3. Monitoreo del avance en el logro de las metas planteadas mediante mediciones continuas o periódicas de las condiciones e indicadores alimentario-nutricionales.	Municipio Designa recursos para: Asesor de Gestión Distrital Encuestador	Cada 6 -12 meses					
MINEDU	GUÍA DE EVALUACIÓN DE EDUCACIÓN INICIAL.	Indicadores de evaluación	3 a 5 años	Permite a cada docente observar los logros y dificultades de aprendizaje de sus alumnos, así como el progresivo desarrollo de sus capacidades y actitudes, a través del avance en las diversas situaciones o actividades de enseñanza y aprendizaje.	Docentes del nivel inicial	No especifica	<p>LOGRO DE APRENDIZAJE: (COMPETENCIA) Componente 1: expresa con espontaneidad sus necesidades, sentimientos, deseos, ideas, conocimientos y experiencias, comprendiendo los mensajes y apreciando el lenguaje oral como una forma de comunicarse con los demás.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CAPACIDAD</th> <th>INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Se expresa espontánea y claramente, al comunicar sus necesidades, intereses, emociones, ideas y relatos con un orden secuencial.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Expresa verbalmente vivencias de manera espontánea. Pregunta de manera coherente. Relata de manera ordenada temas de su interés. Describe seres de su entorno utilizando vocabulario adecuado. Señala las ideas principales de un tema tratado, en forma acertada. Menciona la secuencia de hechos de un tema tratado. Respeta su turno para participar. </td> </tr> </tbody> </table>	CAPACIDAD	INDICADORES	Se expresa espontánea y claramente, al comunicar sus necesidades, intereses, emociones, ideas y relatos con un orden secuencial.	<ul style="list-style-type: none"> Expresa verbalmente vivencias de manera espontánea. Pregunta de manera coherente. Relata de manera ordenada temas de su interés. Describe seres de su entorno utilizando vocabulario adecuado. Señala las ideas principales de un tema tratado, en forma acertada. Menciona la secuencia de hechos de un tema tratado. Respeta su turno para participar.
CAPACIDAD	INDICADORES										
Se expresa espontánea y claramente, al comunicar sus necesidades, intereses, emociones, ideas y relatos con un orden secuencial.	<ul style="list-style-type: none"> Expresa verbalmente vivencias de manera espontánea. Pregunta de manera coherente. Relata de manera ordenada temas de su interés. Describe seres de su entorno utilizando vocabulario adecuado. Señala las ideas principales de un tema tratado, en forma acertada. Menciona la secuencia de hechos de un tema tratado. Respeta su turno para participar. 										

<p>MIDIS</p>	<p>Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”.</p>	<p>Indicadores de resultados priorizados en desarrollo infantil</p>	<p>< 5 años</p>	<p>Los presentes lineamientos contienen un conjunto de indicadores a nivel de los resultados priorizados, con el propósito de viabilizar el seguimiento y evaluación de los logros y de los avances como parte del DIT</p>	<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>	<p>Tabla N.º 08: Indicadores de resultados priorizados en desarrollo infantil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable</th> <th>Indicador a medir</th> <th>Edades</th> <th>Operacionalización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO</td> <td>Bajo peso al nacer</td> <td>-</td> <td>Porcentaje de niñas o niños que tengan un peso inferior a los 2 500 gramos.</td> </tr> <tr> <td>Prematuridad</td> <td>-</td> <td>Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo.</td> </tr> <tr> <td>APEGO SEGURO</td> <td>Vínculo de confianza y seguridad entre la niña y niño y su madre u otro adulto significativo</td> <td>Niñas y niños menores a 12 meses</td> <td>Porcentaje de niñas y niños con apego seguro con su madre u otro adulto significativo.</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA Y NIÑO</td> <td>Desnutrición crónica</td> <td>Niñas y niños menores de 36 meses y 59 meses</td> <td>Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS).</td> </tr> <tr> <td>Anemia</td> <td>Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses</td> <td>Prevalencia de anemia en niñas y niños (Hemoglobina menor a 11g/dL).</td> </tr> <tr> <td>Deficiencia de hierro</td> <td>Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses</td> <td>Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina).</td> </tr> <tr> <td>COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA</td> <td>Comunicación verbal</td> <td>Niñas y niños a los 36 meses</td> <td>Porcentaje de niñas y niños con comunicación verbal efectiva apropiado para la edad.</td> </tr> <tr> <td>CAMINAR SOLO</td> <td>Caminar solo</td> <td>Niñas y niños hasta los 18 meses</td> <td>Porcentaje de niñas y niños que caminan solos hasta los 18 meses</td> </tr> <tr> <td>REGULACIÓN DE EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS</td> <td>Regulación de emociones y comportamientos</td> <td>Niñas y niños de 5 años</td> <td>Porcentaje de niñas y niños que regulan sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad.</td> </tr> <tr> <td>FUNCION SIMBÓLICA</td> <td>Función simbólica</td> <td>Niñas y niños a los 5 años</td> <td>Porcentaje de niñas y niños con nivel de función simbólica apropiado para la edad.</td> </tr> </tbody> </table>	Variable	Indicador a medir	Edades	Operacionalización	ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO	Bajo peso al nacer	-	Porcentaje de niñas o niños que tengan un peso inferior a los 2 500 gramos.	Prematuridad	-	Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo.	APEGO SEGURO	Vínculo de confianza y seguridad entre la niña y niño y su madre u otro adulto significativo	Niñas y niños menores a 12 meses	Porcentaje de niñas y niños con apego seguro con su madre u otro adulto significativo.	ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA Y NIÑO	Desnutrición crónica	Niñas y niños menores de 36 meses y 59 meses	Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS).	Anemia	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de anemia en niñas y niños (Hemoglobina menor a 11g/dL).	Deficiencia de hierro	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina).	COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA	Comunicación verbal	Niñas y niños a los 36 meses	Porcentaje de niñas y niños con comunicación verbal efectiva apropiado para la edad.	CAMINAR SOLO	Caminar solo	Niñas y niños hasta los 18 meses	Porcentaje de niñas y niños que caminan solos hasta los 18 meses	REGULACIÓN DE EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS	Regulación de emociones y comportamientos	Niñas y niños de 5 años	Porcentaje de niñas y niños que regulan sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad.	FUNCION SIMBÓLICA	Función simbólica	Niñas y niños a los 5 años	Porcentaje de niñas y niños con nivel de función simbólica apropiado para la edad.											
Variable	Indicador a medir	Edades	Operacionalización																																																								
ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO	Bajo peso al nacer	-	Porcentaje de niñas o niños que tengan un peso inferior a los 2 500 gramos.																																																								
	Prematuridad	-	Porcentaje de niñas y niños nacidos antes de la semana 37 del embarazo.																																																								
APEGO SEGURO	Vínculo de confianza y seguridad entre la niña y niño y su madre u otro adulto significativo	Niñas y niños menores a 12 meses	Porcentaje de niñas y niños con apego seguro con su madre u otro adulto significativo.																																																								
ESTADO NUTRICIONAL DE LA NIÑA Y NIÑO	Desnutrición crónica	Niñas y niños menores de 36 meses y 59 meses	Porcentaje de niñas y niños que se encuentran en -2 DE o menos del puntaje Z de talla para la edad (estándar OMS).																																																								
	Anemia	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de anemia en niñas y niños (Hemoglobina menor a 11g/dL).																																																								
	Deficiencia de hierro	Niñas y niños de 6 a 35 meses y de 6 a 59 meses	Prevalencia de deficiencia de hierro en niñas y niños (Ferritina).																																																								
COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVA	Comunicación verbal	Niñas y niños a los 36 meses	Porcentaje de niñas y niños con comunicación verbal efectiva apropiado para la edad.																																																								
CAMINAR SOLO	Caminar solo	Niñas y niños hasta los 18 meses	Porcentaje de niñas y niños que caminan solos hasta los 18 meses																																																								
REGULACIÓN DE EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS	Regulación de emociones y comportamientos	Niñas y niños de 5 años	Porcentaje de niñas y niños que regulan sus emociones y comportamientos de acuerdo con su edad.																																																								
FUNCION SIMBÓLICA	Función simbólica	Niñas y niños a los 5 años	Porcentaje de niñas y niños con nivel de función simbólica apropiado para la edad.																																																								
<p>MIMPV</p>	<p>Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PNAIA 2021).</p>	<p>Objetivos, Resultados, Metas e Indicadores</p>		<p>✓ Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.</p> <p>✓ Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.</p>	<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>	<p>Matriz de monitoreo del PNAIA 2021</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Resultado</th> <th rowspan="2">Indicador</th> <th colspan="3">Línea Base</th> <th rowspan="2">Fuente de Información</th> </tr> <tr> <th>Valor</th> <th>Lugar de Residencia</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Objetivo Estratégico Nº 1</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">I Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas. Meta: Reducir en un tercio la Tasa de Mortalidad Neonatal.</td> <td>Tasa de mortalidad neonatal de los 10 días posteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.</td> <td>10 13 8</td> <td>Nacional Rural Urbana</td> <td>2011</td> <td>INEI, Pobl. ENDES 2011</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en las 3 años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.</td> <td>83,8 82,3 84,2 84,1 99,7 84,2 88,4</td> <td>Nacional Rural Urbana Loreto Ica Ayacucho Cajamarca Quintil Inferior</td> <td>2011</td> <td>INEI, Pobl. ENDES 2011</td> </tr> <tr> <td>Proporción de recién nacidos en los 3 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (-2,3 kg) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.</td> <td>7,1 9,0 6,2 12,1 9,4</td> <td>Nacional Rural Urbana Loreto Quintil Inferior</td> <td>2011</td> <td>INEI, Pobl. ENDES 2011</td> </tr> <tr> <td>Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada mil nacimientos para el período de 7 años anteriores a la encuesta.</td> <td>93</td> <td>Nacional</td> <td>2010</td> <td>INEI, ENDES</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido.</td> <td>92,0 97,9 86,4 96,3 85,0</td> <td>Nacional Sin educ. Educ. Superior Quintil Inferior Quintil Superior</td> <td>2010</td> <td>INEI, ENDES</td> </tr> <tr> <td>Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.</td> <td>15,8 9,9 19,0 8,8 22,2 7,9 21,0 24,4 9,1</td> <td>Nacional Rural Urbana Quintil Inferior Quintil superior Loreto y Cajamarca Lima Metrop. Ica Selva</td> <td>2011</td> <td>INEI, Pobl. ENDES 2011</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información	Valor	Lugar de Residencia	Año	Objetivo Estratégico Nº 1						Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad						I Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas. Meta: Reducir en un tercio la Tasa de Mortalidad Neonatal.	Tasa de mortalidad neonatal de los 10 días posteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.	10 13 8	Nacional Rural Urbana	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011	Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en las 3 años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	83,8 82,3 84,2 84,1 99,7 84,2 88,4	Nacional Rural Urbana Loreto Ica Ayacucho Cajamarca Quintil Inferior	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011	Proporción de recién nacidos en los 3 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (-2,3 kg) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	7,1 9,0 6,2 12,1 9,4	Nacional Rural Urbana Loreto Quintil Inferior	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011	Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada mil nacimientos para el período de 7 años anteriores a la encuesta.	93	Nacional	2010	INEI, ENDES	Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido.	92,0 97,9 86,4 96,3 85,0	Nacional Sin educ. Educ. Superior Quintil Inferior Quintil Superior	2010	INEI, ENDES	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.	15,8 9,9 19,0 8,8 22,2 7,9 21,0 24,4 9,1	Nacional Rural Urbana Quintil Inferior Quintil superior Loreto y Cajamarca Lima Metrop. Ica Selva	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011
Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información																																																						
		Valor	Lugar de Residencia	Año																																																							
Objetivo Estratégico Nº 1																																																											
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad																																																											
I Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas. Meta: Reducir en un tercio la Tasa de Mortalidad Neonatal.	Tasa de mortalidad neonatal de los 10 días posteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.	10 13 8	Nacional Rural Urbana	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011																																																						
	Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en las 3 años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	83,8 82,3 84,2 84,1 99,7 84,2 88,4	Nacional Rural Urbana Loreto Ica Ayacucho Cajamarca Quintil Inferior	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011																																																						
	Proporción de recién nacidos en los 3 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (-2,3 kg) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	7,1 9,0 6,2 12,1 9,4	Nacional Rural Urbana Loreto Quintil Inferior	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011																																																						
	Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada mil nacimientos para el período de 7 años anteriores a la encuesta.	93	Nacional	2010	INEI, ENDES																																																						
	Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido.	92,0 97,9 86,4 96,3 85,0	Nacional Sin educ. Educ. Superior Quintil Inferior Quintil Superior	2010	INEI, ENDES																																																						
	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.	15,8 9,9 19,0 8,8 22,2 7,9 21,0 24,4 9,1	Nacional Rural Urbana Quintil Inferior Quintil superior Loreto y Cajamarca Lima Metrop. Ica Selva	2011	INEI, Pobl. ENDES 2011																																																						

Experiencia internacional de instrumentos aplicados para medir el desarrollo y/o atención integral e la primera infancia

PAÍS	PROGRAMA O PROYECTO	INSTRUMENTO	A QUÉ EDADES	QUE INFORMACIÓN RECOGE	QUIÉNES RECOGEN	CADA QUÉ TIEMPO	INSTRUMENTO																																																																		
CHILE	Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia.	Indicadores PADB (Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial)	De 0 a 4 años	El programa acompaña el desarrollo de la primera infancia que recibe atención en los establecimientos de salud. La información para la medición de los indicadores del programa se extrae de registros mensuales que se encuentran en el intranet del Ministerio de Salud.	No específica	No específica	<p>Tabla 6. Indicadores PADB fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña, en atención primaria Año 2013</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Meta</th> <th>Observado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">PRIMER CONTROL DIADA</td> </tr> <tr> <td>% de controles de salud en los primeros 10 días de vida</td> <td>70%</td> <td>66,0%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">CONTROL SALUD DE INGRESO</td> </tr> <tr> <td>% de niños en control 1 mes con protocolo neuro-sensorial aplicado</td> <td>90%</td> <td>85,8%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">CONTROL CON DSM (*)</td> </tr> <tr> <td>% de niños controlados a los 2 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo</td> <td>90%</td> <td>94,7%</td> </tr> <tr> <td>% de niños controlados a los 6 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo</td> <td>80%</td> <td>90,4%</td> </tr> <tr> <td>% de controles de salud en < 1 años en el que participa el padre</td> <td>20%</td> <td>17,9 %</td> </tr> <tr> <td>% de controles de salud entre 12 meses y 5 años en que participa el padre</td> <td>12%</td> <td>9,9%</td> </tr> <tr> <td>% de evaluación DSM de niños y niñas de 12-23 meses bajo control</td> <td>100%</td> <td>85,0%</td> </tr> <tr> <td>% de niños controlados al primer mes con LME (Lactancia Materna Exclusiva)</td> <td>80%</td> <td>76,2%</td> </tr> <tr> <td>% de niños controlados al sexto mes con LME</td> <td>60%</td> <td>44,7%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ATENCIÓN NIÑO VULNERABILIDAD SOCIAL Y REZAGO</td> </tr> <tr> <td>% de niños con rezago derivados a modalidad estimulación</td> <td>80%</td> <td>20,4%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ATENCIÓN NIÑO CON DÉFICIT (riesgo y retraso)</td> </tr> <tr> <td>% de niños con déficit reevaluados y recuperados (12 a 23 meses)</td> <td>84%</td> <td>90,5%</td> </tr> <tr> <td>Promedio de VDI realizadas a niños con déficit</td> <td>1,5</td> <td>1,77</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MODALIDAD DE APOYO (SALA ESTIMULACION)</td> </tr> <tr> <td>% de niños con déficit que ingresan a sala</td> <td>90%</td> <td>82,1%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">INTERVENCIONES EDUCATIVAS APOYO A CRIANZA</td> </tr> <tr> <td>% de cuidadores de niños y niñas < 6 años que ingresan a Taller Nadie es Perfecto</td> <td>5%</td> <td>3,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Nota: (*) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</small></p>		Meta	Observado	PRIMER CONTROL DIADA			% de controles de salud en los primeros 10 días de vida	70%	66,0%	CONTROL SALUD DE INGRESO			% de niños en control 1 mes con protocolo neuro-sensorial aplicado	90%	85,8%	CONTROL CON DSM (*)			% de niños controlados a los 2 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	90%	94,7%	% de niños controlados a los 6 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	80%	90,4%	% de controles de salud en < 1 años en el que participa el padre	20%	17,9 %	% de controles de salud entre 12 meses y 5 años en que participa el padre	12%	9,9%	% de evaluación DSM de niños y niñas de 12-23 meses bajo control	100%	85,0%	% de niños controlados al primer mes con LME (Lactancia Materna Exclusiva)	80%	76,2%	% de niños controlados al sexto mes con LME	60%	44,7%	ATENCIÓN NIÑO VULNERABILIDAD SOCIAL Y REZAGO			% de niños con rezago derivados a modalidad estimulación	80%	20,4%	ATENCIÓN NIÑO CON DÉFICIT (riesgo y retraso)			% de niños con déficit reevaluados y recuperados (12 a 23 meses)	84%	90,5%	Promedio de VDI realizadas a niños con déficit	1,5	1,77	MODALIDAD DE APOYO (SALA ESTIMULACION)			% de niños con déficit que ingresan a sala	90%	82,1%	INTERVENCIONES EDUCATIVAS APOYO A CRIANZA			% de cuidadores de niños y niñas < 6 años que ingresan a Taller Nadie es Perfecto	5%	3,8%
	Meta	Observado																																																																							
PRIMER CONTROL DIADA																																																																									
% de controles de salud en los primeros 10 días de vida	70%	66,0%																																																																							
CONTROL SALUD DE INGRESO																																																																									
% de niños en control 1 mes con protocolo neuro-sensorial aplicado	90%	85,8%																																																																							
CONTROL CON DSM (*)																																																																									
% de niños controlados a los 2 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	90%	94,7%																																																																							
% de niños controlados a los 6 meses a cuya madre le fue aplicada prueba de Edimburgo	80%	90,4%																																																																							
% de controles de salud en < 1 años en el que participa el padre	20%	17,9 %																																																																							
% de controles de salud entre 12 meses y 5 años en que participa el padre	12%	9,9%																																																																							
% de evaluación DSM de niños y niñas de 12-23 meses bajo control	100%	85,0%																																																																							
% de niños controlados al primer mes con LME (Lactancia Materna Exclusiva)	80%	76,2%																																																																							
% de niños controlados al sexto mes con LME	60%	44,7%																																																																							
ATENCIÓN NIÑO VULNERABILIDAD SOCIAL Y REZAGO																																																																									
% de niños con rezago derivados a modalidad estimulación	80%	20,4%																																																																							
ATENCIÓN NIÑO CON DÉFICIT (riesgo y retraso)																																																																									
% de niños con déficit reevaluados y recuperados (12 a 23 meses)	84%	90,5%																																																																							
Promedio de VDI realizadas a niños con déficit	1,5	1,77																																																																							
MODALIDAD DE APOYO (SALA ESTIMULACION)																																																																									
% de niños con déficit que ingresan a sala	90%	82,1%																																																																							
INTERVENCIONES EDUCATIVAS APOYO A CRIANZA																																																																									
% de cuidadores de niños y niñas < 6 años que ingresan a Taller Nadie es Perfecto	5%	3,8%																																																																							

<p>CHILE</p>	<p>Proyecto Encuesta Nacional Primera Infancia ENPI 2010.</p>	<p>de Encuesta</p>	<p>0 a 5 años 11 meses</p>	<p>Cuenta con una herramienta para realizar la vigilancia del desarrollo infantil, como el perímetro cefálico, factores de riesgo y lo que opinan los cuidadores sobre el desarrollo de la niña o niño.</p>	<p>Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)</p>	<p>No específica</p>	<p>Gráfico N°11: Tiempo durante el cual el (la) niño(a) recibió lactancia materna (%)</p>  <p>ente: Encuesta Nacional de la Primera Infancia, ENPI</p>
<p>BRASIL</p>	<p>“Primera Infancia Mejor” (PIM) en Brasil 2011.</p>		<p>Desde el embarazo hasta los 6 años de edad</p>	<p>Esta experiencia está dirigida a las familias con mujeres gestantes, niñas y niños de 0 a años en situación de vulnerabilidad.</p>	<p>No específica</p>	<p>No específica</p>	<p>Gráfico 2 – Número de familias y niños atendidos por el PIM entre 2003 y 2006</p> 

<p>COLOMBIA</p>	<p>Estrategia de atención integral a la primera infancia. FUNDAMENTOS POLÍTICOS, TÉCNICOS Y DE GESTIÓN. De 0 a siempre.</p>	<p>La Ruta Integral de Atenciones: orientadora de la gestión en los territorios</p>	<p>Preconcepción. Gestación. Nacimiento a primer mes. Primer mes a 3 años. 3 años a 6 años</p>	<p>Cuenta con un instrumento que orienta la gestión en atención integral según las características y contexto en la que vive la primera infancia. El mismo que puede ser aplicado en cualquier momento.</p>	<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>	<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"> <p>Atenciones destinadas a cada niña o niño desde el primer mes de nacido hasta cumplir los tres años</p> </div> <p>Viene de la página 231</p> <ul style="list-style-type: none"> Generar ambientes que fortalezcan la autonomía y la toma de decisiones. Valorar positivamente los logros de cada niña y cada niño y animarlos a nuevas exploraciones. Promover el aprovechamiento de los espacios abiertos (parques, ciclovías, bosques, playas, entre otros) para la participación de cada niño y cada niña en actividades físicas y lúdicas. Generar experiencias en las que se promueva la expresión corporal, el movimiento y la participación de los niños y las niñas en actividades lúdicas. Generar espacios en los que cada niña o cada niño se acerque, participe y disfrute de diferentes expresiones culturales, literarias y artísticas. Promover el diálogo e intercambio entre cada niña, cada niño y las personas que los atienden, de las manifestaciones y bienes culturales propios de la región y del país que se constituyen en patrimonio de cada niña y cada niño. Acompañar a cada niña o cada niño en el proceso de adaptación a la educación inicial. Tramitar el registro civil de cada niño o niña durante el primer mes de nacido y en adelante, si no se tiene, hacerlo exigible. 																																										
<p>BID</p>	<p>Programa Regional de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI) MAYO-2014.</p>	<p>Indicadores de bienestar infantil en los países PRIDI</p>	<p>< 5a</p>	<p>Indicadores que miden la situación nutricional, vacunación y mortalidad infantil, entre otros.</p>	<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>	<p style="text-align: center;">Cuadro1: Indicadores de bienestar infantil en los países PRIDI</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">% de niños de 0 a 6 años que viven en condiciones de pobreza ^a</th> <th rowspan="2">Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año x 1000) ^b</th> <th rowspan="2">% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento ^c</th> <th rowspan="2">Tasa bruta de matrícula en educación inicial ^d</th> <th rowspan="2">Tasa neta de matrícula en educación primaria ^e</th> <th colspan="2">Educación inicial obligatoria ^f</th> </tr> <tr> <th>Edad</th> <th>Duración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Costa Rica</td> <td>11,0</td> <td>9,0</td> <td>5,6</td> <td>71,0</td> <td>n.d.</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nicaragua</td> <td>51,0</td> <td>23,0</td> <td>23,0</td> <td>55,0</td> <td>94,0</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Paraguay</td> <td>31,0</td> <td>21,0</td> <td>17,5</td> <td>35,0</td> <td>86,0</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Perú</td> <td>49,0</td> <td>15,0</td> <td>28,2</td> <td>78,0</td> <td>97,0</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		% de niños de 0 a 6 años que viven en condiciones de pobreza ^a	Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año x 1000) ^b	% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento ^c	Tasa bruta de matrícula en educación inicial ^d	Tasa neta de matrícula en educación primaria ^e	Educación inicial obligatoria ^f		Edad	Duración	Costa Rica	11,0	9,0	5,6	71,0	n.d.	3	3	Nicaragua	51,0	23,0	23,0	55,0	94,0	3	3	Paraguay	31,0	21,0	17,5	35,0	86,0	5	1	Perú	49,0	15,0	28,2	78,0	97,0	3	3
	% de niños de 0 a 6 años que viven en condiciones de pobreza ^a	Tasa de mortalidad infantil (0 a 1 año x 1000) ^b	% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento ^c	Tasa bruta de matrícula en educación inicial ^d	Tasa neta de matrícula en educación primaria ^e	Educación inicial obligatoria ^f																																											
						Edad	Duración																																										
Costa Rica	11,0	9,0	5,6	71,0	n.d.	3	3																																										
Nicaragua	51,0	23,0	23,0	55,0	94,0	3	3																																										
Paraguay	31,0	21,0	17,5	35,0	86,0	5	1																																										
Perú	49,0	15,0	28,2	78,0	97,0	3	3																																										

<p>OPS/OMS</p>	<p>MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0-6 años) EN EL CONTEXTO DE AIEPI 2011.</p>	<p>Ficha de evaluación</p>	<p>de 0-6 años</p>	<p>Cuenta con una herramienta para realizar la vigilancia del desarrollo infantil, como el perímetro cefálico, factores de riesgo y lo que opinan los cuidadores sobre el desarrollo de la niña o niño.</p>	<p>No especifica</p>	<p>No especifica</p>	<p>Ficha de evaluación 1 VERIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A < 2 MESES DE EDAD Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Temperatura: _____ °C PREGUNTAR: ¿Cuáles son los problemas de su niño? _____ ¿Primera consulta? ____ ¿Consulta de control? ____</p> <table border="1" data-bbox="1480 344 2168 571"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVALUAR</th> <th>PREGUNTAR:</th> </tr> <tr> <th>PREGUNTE</th> <th>OBSEVE</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo algún problema durante el embarazo, parto o al nacer? ____ • ¿Fue prematuro? ____ • ¿Cuánto pesó al nacer? ____ • ¿Su hijo tuvo alguna enfermedad grave como meningitis, traumatismo de cráneo, convulsiones, etc...? ____ • ¿Usted y el padre son parientes? ____ • ¿Existe alguna enfermedad física o mental en la familia? ____ • ¿Cómo encuentra la señora el desarrollo del niño? ____ </td> <td> <p>Observe los marcos de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el perímetro cefálico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Alteraciones de reflejos o posturas/habilidades: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	EVALUAR		PREGUNTAR:	PREGUNTE	OBSEVE		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo algún problema durante el embarazo, parto o al nacer? ____ • ¿Fue prematuro? ____ • ¿Cuánto pesó al nacer? ____ • ¿Su hijo tuvo alguna enfermedad grave como meningitis, traumatismo de cráneo, convulsiones, etc...? ____ • ¿Usted y el padre son parientes? ____ • ¿Existe alguna enfermedad física o mental en la familia? ____ • ¿Cómo encuentra la señora el desarrollo del niño? ____ 	<p>Observe los marcos de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el perímetro cefálico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Alteraciones de reflejos o posturas/habilidades: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 	
EVALUAR		PREGUNTAR:														
PREGUNTE	OBSEVE															
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hubo algún problema durante el embarazo, parto o al nacer? ____ • ¿Fue prematuro? ____ • ¿Cuánto pesó al nacer? ____ • ¿Su hijo tuvo alguna enfermedad grave como meningitis, traumatismo de cráneo, convulsiones, etc...? ____ • ¿Usted y el padre son parientes? ____ • ¿Existe alguna enfermedad física o mental en la familia? ____ • ¿Cómo encuentra la señora el desarrollo del niño? ____ 	<p>Observe los marcos de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el perímetro cefálico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> • Alteraciones de reflejos o posturas/habilidades: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 															

Anexo N° 2: Cruce de indicadores de Atención Integral propuestos por los de programas, estrategias y planes a favor de la primera infancia a nivel internacional y nacional

N°	Indicadores	MIDIS	MINSA		MIMPV	ENDES
		“Primero la Infancia” Lineamientos para la Gestión Articulada / DIT- CUNA MÁS	CENAN-TDI	MAIS	PNAIA	
	1. Niño que está bien de salud					
	Prácticas					
1	% de gestantes que acuden al CPN según esquema.	% de madres que recibieron seis o más controles prenatales	Gestantes con último control prenatal según esquema			Gestantes con por lo menos un control prenatal Gestantes con seis atenciones prenatales
2	% niños que acuden al Control CRED según esquema	<p>% de los niños y las niñas de 0 a 36 meses que cumplen con hitos motor (se puede mantener en pie, habilidad para correr, subir y bajar escaleras) según prueba “Age and Stage”</p> <p>% de los niños y las niñas de 0 a 36 meses que cumplen con hitos de lenguaje (cuenta con vocabulario de más de 50 palabras, puede formar frases de dos palabras) según prueba “Age and Stage”</p> <p>% de los niños y las niñas de 3 a 5 años que cumplen con el puntaje requerido en el Test de Vocabulario en Imágenes “TVIP”</p>	% de niños con último control CRED, según su edad	<p>Control de Crecimiento y Desarrollo (Evaluación Nutricional, evaluación auditiva, evaluación músculo esquelético y locomotor).</p> <p>Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).</p>	Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.	Niñas y niños menores de 36 meses que tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad, por área de residencia, región natural, quintil de riqueza y departamento
3	% de gestantes con vacuna antitetánica, según esquema					Mujeres de 15 a 49 años de edad que recibieron vacunas contra el tétano neonatal en los últimos cinco años que precedieron la encuesta, según ámbito geográfico
	% de niños con vacunas al día, según esquema		% de niños con vacunas al día para su edad.	Vacunas del recién nacido según esquema vigente.		Niñas y niños menores de 36 meses de edad con tarjeta de salud vista por la entrevistadora o el informe de la madre, por tipo de vacuna recibida, según ámbito geográfico

				· Vacunas según norma vigente.		
				· Inmunizaciones: según norma vigente.		
4	% de gestantes afiliadas al SIS		% de madres con seguro de salud (SIS u otros).		Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.	
	% de niños que son afiliado al SIS		% de niños con seguro de salud (SIS u otros).			
5	% de niño con tos en las últimas 2 semanas.	· Proporción de niñas y niños menores de 36 meses que tuvieron una IRA en los últimos 15 días.	% de niños que presentaron algún cuadro respiratorio.	Control del daño (seguimiento de neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).		Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA), en menores de 5 años.
6	% de niños con diarrea en las últimas 2 semanas.	Proporción de niñas y niños menores de 36 meses que tuvieron EDA en los últimos 15 días.	% de niños que presentaron episodios diarreicos.	· Control del daño (seguimiento de neumonías, Enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).		Prevalencia de diarrea en niñas y niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas que precedieron la encuesta, según ámbito geográfico.
7	% de niños que consumen agua segura (hervida o clorada).		% de viviendas con agua segura (clorada y hervida).			
8	% de cuidadores que se lavan las manos con agua y jabón.	Incrementa la adopción de la práctica de lavado de manos, la cual a su vez reduce el riesgo de diarrea e infecciones respiratorias agudas				
Acceso a servicios						
9	% de familias que cuentan con un Puesto de Salud, Centro de Salud u Hospital cercano a su hogar (menos de 30 minutos a pie o a deslizador).		Horas hasta el hospital más cercano.	Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S.		
10	% de familias que cuentan con red pública de agua apta para el consumo.	· Proporción de hogares que cuentan con acceso a agua segura.	% de viviendas con agua segura (clorada y hervida).			Servicios básicos en las viviendas.
11	% de familias que cuentan con baño o letrina en buen estado.	· Proporción de hogares que cuentan con servicios de saneamiento.	· % de viviendas con desagüe en red o letrina adecuada			Servicios básicos en las viviendas.
	2. Niño que está bien nutrido y alimentado.					
Prácticas						

12	% de niños menor de 6 meses que reciben LME.	Proporción de niñas y niños menores de 6 meses que reciben lactancia exclusiva.	% de niños < de 6m que recibieron LME	Lactancia Materna Exclusiva		Duración mediana de la lactancia entre las niñas y niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta e intensidad de la lactancia en los menores de seis meses de edad, según ámbito geográfico.
13	% de niños que reciben 03 o más comidas espesas al día.		% de niños que recibieron 3 o más comidas espesas.			
14	% de gestantes que reciben 03 o más comidas espesas al día.					
15	% de niños que consumen el sulfato ferroso de acuerdo a indicación médica.	Proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro en los últimos 7 días.	% de niños < de 24m que recibieron suplementos de Hierro.			
	% de gestantes que consumen sulfato ferroso de acuerdo a indicación médica.					
Acceso						
16	% de gestantes que reciben sulfato ferroso según indicación medica.		Recibió suplemento de hierro, MMC o chispita.			Gestantes que reciben suplemento de hierro.
	% de niños que reciben suplemento de sulfato ferroso según esquema.		% de niños < de 24m que recibieron suplementos de Hierro.	Administración de micronutriente-s: sulfato ferroso, vitamina A, otros según criterios de riesgo, normas y protocolos.		Niños que recibieron suplemento de hierro.
17	% de familias que reciben una sesión demostrativa de preparación de alimentos en los últimos 06 meses.		% de cuidadores que asistieron a una sesión demostrativa			
			% de padres que asistieron a una consejería nutricional			
18	% de familias que produce alimentos o participa en actividades productivas.		% de familias que participan en algún proyecto productivo.			
19	% de familias que reciben dinero donado de algún programa social.		% de familias que recibieron dinero donado (Juntos).			
20	% de familias que reciben alimentos donados		% de familias que recibieron alimentos donados.			
21	% de familias que cuenta con ingreso promedio (sueldo básico) mensual familiar (en soles).					

	3. Niño que está aprendiendo y jugando.					
Prácticas						
22	Nº Tiempo que juega la familia con el niño/a al día:	Resultado 7: Función simbólica "Tiempo y dedicación al juego con un adulto que lo acompaña"				
	No juega					
	Menos de 30 minutos					
	Más de 30 minutos	La investigadora Elizabeth Fodor recomienda jugar no menos de 30 minutos, considera que se el tiempo sea de calidad no de cantidad.				
		Promoción del juego libre. Frecuencia: Entre 30 y 50 minutos diarios.				
23	Nº niños que cuentan con un espacio seguro dentro del hogar para jugar (lejos de elementos peligrosos, animales o basura)	Programa Cuna Más: Niños cuentan con un espacio seguro para jugar (lejos de elementos peligrosos)				
24	Nº de niños juega con juguetes o materiales inocuos y adecuados para su edad (no tóxicos, sin filos, piezas pequeñas, no despinten, no estén rotos)	Programa Cuna Más: Niños con juguetes y materiales educativos inocuos y pertinentes a su edad.				
25	% de niños que asisten regularmente a la Sala de Estimulación Temprana (SET) o algún centro de estimulación infantil.			Estimulación Temprana (hasta los 36 meses).		
Acceso						
26	% de familias que cuentan con un SET o algún centro de estimulación infantil cerca al hogar.		Hay educación temprana (WW, PRNOEL, SET)		Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.	
27	% de familias que asistieron a una sesión de estimulación temprana en los últimos 6 meses		Recibió capacitación en estimulación temprana			
	4. Niño que recibe buen trato.					
Prácticas						

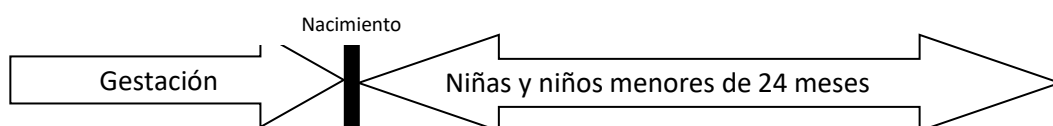
28	% de familias que refieren que ayer NO hubo peleas en el hogar		Ayer hubo peleas en el hogar			
29	% de familias donde la persona que cuidó del niño/a ayer fue mayor de 18 años		% de cuidadores del niño, mayores de 18 años.			
30	% de familias que para corregir a sus hijos lo primero que hace es lo siguiente:					Formas que utiliza el padre cuando corrige a sus hijas/os de 1 a 5 años de edad, según característica seleccionada.
	No les dirige la palabra					Formas que utiliza la madre cuando corrige a sus hijas/os de 1 a 5 años de edad, según característica seleccionada.
	Grita/insulta					
	Jalonea/jala orejas					
	Pega con algún objeto					
	Habla con el hijo o hija					
	Lo manda a dormir					
	Quita un juguete/TV					
	No le da de comer					
	Le tira cosas					
Lo encierra						
Acceso						
31	% de niños que cuentan con DNI		% de niños con número de identificación (CUI).		Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI por distrito	Niñas y Niños que no están inscritos en la municipalidad / RENIEC
32	Existe un lugar/persona a quien acudir en casos de maltrato o violencia:					Búsqueda de ayuda en personas cercanas y/o en alguna institución cuando fueron maltratadas, según característica seleccionada.
	· No sabe					
	· Juzgado de Paz/PNP					
	· DEMUNA / CEM					
· Autoridad comunal / ACS						

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS EN PRIMERA INFANCIA A NIVEL LOCAL.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS EN PRIMERA INFANCIA A NIVEL LOCAL.

PREVIOS

1. Se identifica las comunidades que van a participar en el censo, teniendo como criterio que sean las que tenga el mayor número de niñas y niños hasta 24 meses. Este dato se obtendrá del padrón nominal que debe estar actualizado por el EESS del distrito.
2. La relación de familias a censar será de acuerdo a las familias que tienen gestantes o niños menores de 24 meses. En ambos casos se visitara con anticipación el EESS para tener la relación de gestantes y la relación de niños de acuerdo al padrón nominal, de las comunidades seleccionadas.



3. En una reunión comunal y con apoyo de las autoridades distritales y comunales, se explica que se va a realizar un censo de las gestantes y niñas y niños hasta los 24 meses. Pedir que el día del censo se encuentre un adulto para que responda a las preguntas (madre, padre o cuidador).
4. Situado en el punto de referencia (local comunal) y con apoyo de la autoridad comunal y/o promotor de salud se visita la casa más próxima a este punto de referencia y se continúa con la siguiente una vez terminado con esta, siempre y cuando este considerado en la relación de gestantes y/o el padrón nominal.
5. Llenar previamente los datos generales de la Región, Municipalidad distrital, comunidad o anexo, nombre de la familia, generalmente se coloca los apellidos de los niños
 - a. Ejemplo: Si el padre se apellida Quispe y la madre se apellida Vela la familia lleva el nombre de "familia Quispe Vela". La fecha tendrá un orden de día, mes y año.
6. Al momento de visitar el hogar nos presentaremos como miembros del **Grupo Impulsor de la Municipalidad**, saludando muy cordialmente y al culminar nos retiraremos agradeciendo su colaboración.
7. Luego del pediremos que un adulto miembro de la familia nos debe dar los datos, de preferencia la madre o el cuidador. Antes de empezar el recojo de información les pediremos su autorización, si no aceptan nos retiraremos despidiéndonos en forma amable cerrando esa encuesta como "**No se realizó**".

8. Se inicia la encuesta preguntando al adulto cuántas gestantes y cuántos niños menores de 24 meses viven en la casa. Si en la casa hay más de una familia se aplicará una ficha para cada una.
9. Luego del cual pediremos amablemente que nos muestren los documentos:
 - a. **Carné de control prenatal** para las gestantes, y se consignará en semanas de gestación.
 - b. **Carné de control de Crecimiento y Desarrollo** para los niños y niñas menores de 24 meses, consignándose en meses de vida.
10. En el caso de sexo se dispondrá de una M para el caso del género Masculino (varones) y de una F en el caso del género Femenino (mujeres).

Ejemplo: En la familia Quispe Vela hay 1 gestante de 14 semanas y 2 niños menores de 36 meses: una niña de 4 meses y otro niño de 24 meses.

	Gestantes		Niños			
	1	2	1	2	3	4
Edad: semanas de gestación o meses de vida	Sem	Sem	0 a 6 meses	7 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses
	14		4		24	
Sexo			F		M	

1. NIÑO QUE ESTÁ BIEN DE SALUD

Importante: Si la persona no responde a la primera vez, repetir una vez más y de manera más pausada la pregunta. Sí= 1 No= 0

Nº Ítem	Palabra clave	Pregunta a formular	Método e instrumento a utilizar	Posible respuesta	
1	Ultimo Control Pre Natal	¿Me puede mostrar por favor las tarjetas de control pre natal?	Observación – Tarjeta de Control Pre Natal. Verificar que haya acudido a la última cita.	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si la tarjeta se encuentra al día con las atenciones de acuerdo al mes de su gestación.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra al día al momento de su gestación. • No cuenta con la tarjeta de control prenatal al momento de su evaluación • No desea mostrar la tarjeta.
2	Ultimo Control CRED	¿Me puede mostrar por favor las tarjetas de control pre natal?	Observación – Tarjeta de Control CRED. Verificar que haya acudido a la última cita.	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si la tarjeta se encuentra al día con las atenciones de acuerdo al mes de vida.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra al día de acuerdo a la edad del niño y esquema de controles de la tarjeta CRED. • No cuenta con la tarjeta de control CRED al momento de su evaluación • No desea mostrar la tarjeta.
3	Gestante con vacuna al día	¿Me puede mostrar por favor las tarjetas de control pre natal?	Observación – Tarjeta de Control Pre Natal	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si la tarjeta se encuentra al día con las vacunas de acuerdo al mes de su gestación.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra al día al momento de su gestación. • No cuenta con la tarjeta de control prenatal al momento de su evaluación • No desea mostrar la tarjeta.
3	Niño con vacuna al día	¿Me puede mostrar por favor las tarjetas CRED de sus hijos (as)?	Observación – Tarjeta CRED por niño (a). Verificar que haya recibido la vacuna según esquema y en la fecha programada.	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si la tarjeta se encuentra al día con las vacunas según esquema y en la fecha programada.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra al día con las vacunas según esquema y en la fecha programada de la tarjeta CRED. • No cuenta con la tarjeta de control CRED al momento de su evaluación • No desea mostrar la tarjeta.

4	Gestante afiliada	¿La gestante está afiliada al SIS?	Observación – Contrato afiliación SIS por gestante	1	• Muestra el contrato afiliación SIS.
				0	• No cuenta el contrato afiliación SIS al momento de su evaluación. • No desea mostrar el contrato afiliación SIS.
4	Niño afiliado	¿Sus hijos tienen SIS? ¿Todos? ¿Cuáles de ellos?	Observación – Contrato afiliación SIS por niño (a).	1	• Si muestra el contrato afiliación SIS.
				0	• No cuenta el contrato afiliación SIS al momento de su evaluación. • No desea mostrar el contrato afiliación SIS.
5	El niño tuvo tos en las últimas 2 semanas	¿Alguno de sus hijos ha tenido tos esta semana o la semana pasada?	Entrevista	1	• Si el niño tuvo tos en la semana o la semana pasada.
				0	• No tuvo tos.
6	El niño tuvo diarrea en las últimas 2 semanas	¿Alguno de sus hijos ha tenido diarrea esta semana o la semana pasada?	Entrevista	1	• Si el niño tuvo diarrea en la semana o la semana pasada.
				0	• No tuvo diarrea.
7	Agua segura	¿Cómo toma el agua que llega a su casa?	Entrevista	1	• Si afirma que consume agua Hervida o Clorada o Cocida o con Lejía.
				0	• Si da otras respuestas. • No responde.
8	Se lavan las manos con agua limpia y jabón	¿Qué hacen después de ir al baño? ¿Qué hacen antes de cocinar? ¿Qué usan para lavarse las manos?	Entrevista	1	• Si responde “me lavo las manos con agua y jabón o agua y ceniza”.
				0	• Cualquier otra respuesta.
9	Hora hasta EESS	¿Cuánto tiempo en minutos hay desde su casa hasta el EESS más cercano?	Entrevista	1	• Si el tiempo es menos de 30 minutos a pie o a deslizador
				0	• Si el tiempo es más de 30 minutos a pie o a deslizador
10	Red pública de agua	¿Cuenta con red de agua que llega hasta su casa?	Entrevista y observación	1	• Si afirma y se observa que cuenta con una red pública de agua.
				0	• Si cuenta con agua por otros medios: del río, pozo, tanqueta, puquial, etc.
11	Baño o letrina	¿Tiene Ud. baño o letrina? ¿Está en buen estado?	Entrevista y observación	1	• Si afirma y se observa que tiene baño o letrina en buen estado.
				0	• Si no cuenta baño o letrina. • Si el baño o letrina NO funciona porque está en mal estado.

2. NIÑO QUE ESTÁ BIEN NUTRIDO Y ALIMENTADO

Importante: Si la persona no responde a la primera vez, repetir una vez más y de manera más pausada la pregunta. Sí= 1 No= 0

Nº Ítem	Palabra clave	Pregunta a formular	Método instrumento utilizar	e a	Posible respuesta
12	Niño menor de 6 meses	¿Qué le da como leche al niño?	Entrevista	1	• Si dice que solo recibe leche materna y ningún otro alimento.
				0	• Otras respuestas.
13	Niño recibe alimentos espesos	¿Cuántas veces le da de comer a sus hijos mayores de 6 meses? ¿Son sopitas aguadas o espesas? ¿Son segundos?	Entrevista	1	• Si afirma que el niño(a) recibe 03 o más comidas espesas al día
				0	• Si el niño recibe menos de 02 comidas al día. • Si el niño(a) come sopitas agudas. • Si el niño(a) no come.
14	Gestantes reciben	¿Cuántas comidas consumen las gestantes? ¿Sopitas? ¿Son sopitas aguadas o espesas? ¿Son segundos?	Entrevista	1	• Si la gestante recibe 03 o más comidas espesas al día
				0	• Si la gestante recibe menos de 02 comidas al día. • Si la gestante come sopitas agudas. • Si la gestante no come.
15	Toma sulfato ferroso	¿La gestante toma sulfato ferroso todos los días?	Entrevista	1	• Si la gestante toma sulfato ferroso todos los días.
				0	• No toma sulfato ferroso todos los días. • Da otra respuesta.
15	Toma sulfato ferroso	¿Los niños mayores de 6 meses toman sulfato ferroso (chispita) todos los días?	Entrevista	1	• Si el niño (a) toma sulfato ferroso todos los días.
				0	• No toma sulfato ferroso todos los días. • Da otra respuesta.
16	Recibe	¿Los niños (as) han recibido algún	Entrevista	y 1	• Si afirma y muestra que recibe el medicamento que toma la

	sulfato ferroso	medicamento contra la anemia?	observación		gestante o los niños.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No recibe el medicamento. • No muestra el medicamento.
17	Asistió a sesión	¿Cuándo fue la última vez que asistió a una sesión demostrativa de alimentos?	Entrevista	1	• Si menciona que sí asistió en los últimos 6 meses.
				0	• Cualquier otra respuesta..
18	Produce alimentos	¿Cultiva algún tipo de alimento para su consumo?	Entrevista	1	• Si afirma que cultiva alimentos para su consumo.
				0	• No cultiva alimentos para su consumo.
19	Recibe dinero	¿Recibe Ud. dinero donado de algún programa social?	Entrevista	1	• Si afirma que sí recibe dinero donado por algún programa social.
				0	• No recibe dinero donado por algún programa social.
20	Reciben alimentos	¿Recibe Ud. alimentos donados de algún programa social?	Entrevista	1	• Si afirma que sí recibe alimentos donados por algún programa social.
				0	• No recibe alimentos donados por algún programa social.
21	Ingreso promedio mensual	¿Está trabajando o produciendo algún producto? ¿Cuánto recibe mensualmente?	Entrevista	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si dice que trabaja o produce algún producto o insumo para la venta. • Si cuenta con ingreso promedio mensual familiar.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • No trabaja. • No cuenta con ingreso promedio mensual familiar.

3. NIÑO QUE ESTA APRENDIENDO Y JUGANDO

Importante: Si la persona no responde a la primera vez, repetir una vez más y de manera más pausada la pregunta.

Nº Ítem	Palabra clave	Pregunta a formular	Método instrumento utilizar	e a	Posible respuesta
22	Tiempo que juegan	¿Juega diariamente con sus hijos? ¿No juega? ¿Cuánto tiempo le dedican? ¿Menos de 30 min? Más de 30 min?	Entrevista		Marque con un X según la respuesta que indique.
23	Espacio seguro	¿Dónde juegan sus hijos? ¿Es seguro? identificar si es cerca a lugares peligrosos (pistas, cantinas, ríos, pozos de agua, cocina) o hay objetos y materiales peligrosos cerca (lejía, pintura, botellas de vidrio, bolsas, cocina)	Entrevista y observación	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si se observa que el lugar es seguro
				0	<ul style="list-style-type: none"> • Si es un lugar inseguro.
24	Juguetes inocuos y apropiados	¿Sus hijos juega con juguetes que no hacen daño (no se despintan, sin filos, piezas pequeñas, no están rotos) y es para la edad?	Entrevista y observación	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si se observa que el niño juega con juguetes que no hacen daño (no se despintan, sin filos, piezas pequeñas, no están rotos) y es para la edad
				0	<ul style="list-style-type: none"> • Si se observa que el niño juega con juguetes peligrosos. • Si observa que los juguetes no son adecuados para su edad
25	Asiste SET	¿Su niño (a) asiste de forma regular a una SET?	Entrevista	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño (a) asiste de forma regular (de acuerdo al horario indicado) a una SET.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño (a) NO asiste de forma regular a una SET. • Cualquier otra respuesta.
26	Existe SET cerca a su casa	¿Hay un SET cerca a su casa?	Entrevista	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si afirma que existe un SET cerca de su casa.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier otra respuesta.
27	Asistió a una sesión estimulación en los últimos 6 meses	¿Cuándo fue la última vez que asistió a una sesión de estimulación temprana?	Entrevista	1	<ul style="list-style-type: none"> • Si menciona que sí asistió en los últimos 6 meses.
				0	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier otra respuesta.

4. NIÑO QUE RECIBE BUEN TRATO

Muy Importante: Si la persona no responde a la primera vez, repetir una vez más y de manera más pausada la pregunta. Sí= 1 No= 0
Solicitemos que la información brindada sea la más veraz posible pues se trata de recoger una información valiosa que favorecerá a todos en especial a los niños y niñas de su localidad.

Nº Ítem	Palabra clave	Pregunta a formular	Método instrumento utilizar	e a	Posible respuesta
28	Refiere que ayer no hubieron peleas	¿Ayer hubo peleas o discusiones fuertes en el hogar?	Entrevista	1	• Si dice que hubo peleas o discusiones fuertes en el hogar.
				0	• No hubo peleas o discusiones fuertes en el hogar. • No responde
29	Persona que cuida es mayor	¿Quién cuida a los niños? ¿Qué edad tiene?	Entrevista	1	• Si la persona que cuida al niño o niña es mayor de edad.
				0	• Si la persona que cuida al niño o niña es menor de edad.
30	Corrección a los hijos	¿Qué es lo primero que hace para corregir a sus hijos?	Entrevista		Marque con un X de acuerdo a la acción que realice: No les dirige la palabra, grita/insulta, jalonea/jala orejas, pega con algún objeto, le habla, manda a dormir, quita juguete/TV, no da de comer, le tira cosas, encierra.
31	Niño con DNI	¿Los niños tienen su DNI?	Entrevista observación	1	• Si tiene y muestra su DNI.
				0	• No tiene DNI. • No muestra DNI.
31	Gestante con DNI	¿Las gestantes tienen DNI?	Entrevista observación	1	• Si tiene y muestra su DNI.
				0	• No tiene DNI. • No muestra DNI.
32	Sabe si en su localidad	¿Sabe Ud. si en su localidad existe un lugar o persona a quien acudir en casos de maltrato o violencia?	Entrevista		Marque con un X o + donde señale la entrevistada (o)

11. Al finalizar todas las fichas se procederá a la limpieza y corroboración de la información y su ordenamiento bajo su codificación respectiva (numeración de las fichas)

SIGLAS USADAS EN LA FICHA

- SIS : Seguro Integral de Salud
- CRED : Crecimiento y Desarrollo.
- MINSA: Ministerio de Salud
- LME: Lactancia Materna Exclusiva (Solo leche materna hasta los 6 meses de vida del niño o niña)
- Ult : Últimos
- CET : Centro de Estimulación Temprana
- DNI : Documento Nacional de Identidad

Nota: Es tan importante el saludo como la despedida y expresar al entrevistado (a) que estos datos se recogen solo para fines estadísticos.

Documento adaptado del CENAN – Tecnología de Decisiones Informadas – TDI - 2009, validado en gabinete con especialistas en salud en julio del 2013 y revalidado en campo (San Juan de Lurigancho) en Agosto del 2012

Anexo N°4:**Planillas Juicio de Expertos***Validez de contenido y juicio de expertos***Instructivo:**

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el Instrumento “Ficha de recojo de información para la toma de decisiones en primera infancia” que hace parte de la investigación Tesis “Validez de un instrumento de recojo de información para la toma de decisiones informadas para la primera infancia por funcionarios y operadores de servicio de 04 comités vecinales del distrito de Mazan. La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: _____

FORMACION ACADEMICA: _____

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL _____

TIEMPO _____ CARGO ACTUAL _____

INSTITUCION _____

Objetivo de la investigación: Generar una propuesta de construcción de un instrumento validado que integre indicadores aprobados a nivel nacional e internacional para medir las condiciones de atención en salud, nutrición, educación-recreación y protección a la primera infancia, que estén disponibles y sean posibles de recoger a nivel distrital.

Objetivo del juicio de expertos: Validación del instrumento y aprobación/ mejoras .

Objetivo de la prueba: *Identificar si los indicadores que está midiendo cada uno de los componentes de la atención integral en el instrumento son relevantes, suficientes y pertinentes al componente que miden.*

De acuerdo con la siguiente tabla califique cada uno de los indicadores del instrumento según corresponda:

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los indicadores que pertenecen a una misma condición bastan para obtener la medición de esta.	1. No cumple con el criterio. 2. Bajo Nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. Los indicadores no son suficientes para medir la condición. 2. Los indicadores miden algún aspecto de la condición pero no corresponden con la condición total. 3. Se deben incrementar algunos indicadores para poder evaluar la condición, completamente. 4. Los indicadores son suficientes para medir la condición
COHERENCIA El indicador tiene relación	1 No cumple con el criterio.	1. El indicador no tiene relación lógica con la condición.

<p>lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p>	<p>2. Bajo Nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel</p>	<p>2. El indicador tiene una relación tangencial con la condición. 3. El indicador tiene una relación moderada con la condición que está midiendo. 4. El indicador se encuentra completamente relacionado con la condición que está midiendo.</p>
<p>CLARIDAD</p> <p>El indicador se comprende fácilmente, es decir, su redacción es adecuada.</p>	<p>1. No cumple con el criterio. 2. Bajo Nivel. 3. Moderado nivel. 4. Alto nivel</p>	<p>1. El indicador no es claro. 2. El Indicador requiere varias modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. 3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del indicador. 4. El indicador es claro, su redacción es adecuada.</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El indicador es esencial o importante, es decir debe ser incluido.</p>	<p>1. No cumple con el criterio. 2. Bajo Nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel</p>	<p>1. El indicador puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la condición. 2. El indicador tiene alguna relevancia, pero otro indicador puede estar incluyendo lo que mide este. 3. El indicador es relativamente importante. 4. El indicador es muy relevante y debe ser incluido.</p>

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

CONDICIÓN	N°	INDICADOR	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES	
1. Salud: "Niño que está bien de salud".		Práctica					
	1	¿Acudió al CPN según esquema?					
	2	¿Llevó al niño al Control CRED según esquema?					
	3	¿Tiene vacunas al día, según esquema?					
	4	¿Está afiliado al SIS?					
	5	¿El niño tuvo tos en las últimas 2 semanas?					
	6	¿El niño tuvo diarrea en las últimas 2 semanas?					
	7	¿Consumen agua segura (hervida o clorada)?					
	8	¿Se lavan las manos con agua y jabón?					
			Acceso				
	9	¿Existe un Puesto de Salud , Centro de Salud u Hospital cercano a su hogar? (menos de 30 minutos a pie o a deslizador)					
10	¿Cuentan con red pública de agua apta para el consumo?						
11	¿Cuentan con baño o letrina en buen estado?						
2. Nutrición: "Niño que está bien nutrido y alimentado".		Prácticas					
	12	¿Su niño menor de 6 meses recibe LME?					
	13	¿Su niño recibe 03 o más comidas espesas al día?					
	14	Gestante ¿Recibe 03 o más comidas espesas al día?					
	15	¿Dá / toma el sulfato ferroso de acuerdo a indicación médica?					
			Acceso				
	16	¿Recibe suplemento de sulfato ferroso según esquema?					
	17	¿Recibe una sesión demostrativa de preparación de alimentos en los últimos 06 meses?					
	18	¿Produce alimentos o participa en actividades productivas?					
	19	¿Recibe dinero donado de algún programa social?					
20	¿Reciben alimentos donados?						
21	¿Cuenta con ingreso promedio mensual familiar (en soles)?						

3. Educación y recreación: "Niño que está aprendiendo y jugando".	Prácticas				
	22	¿Cuánto tiempo juega con el niño/a al día?			
	23	¿Cuentan con un espacio seguro dentro del hogar para jugar (lejos de elementos peligrosos, animales o basura)?			
	24	¿El niño juega con juguetes o materiales inocuos y adecuados para su edad (no tóxicos, sin filamentos, piezas pequeñas, no despiden, no estén rotos)?			
	25	¿Lleva regularmente a la Sala de Estimulación Temprana (SET) o algún centro de estimulación infantil?			
		Acceso			
	26	¿Existe un SET o algún centro de estimulación infantil cerca al hogar en funcionamiento?			
4. Protección: Niño que recibe buen trato.	27	¿Recibieron una sesión de estimulación temprana en los últimos 6 meses?			
		Prácticas			
	28	¿Ayer NO hubo peleas en el hogar?			
	29	¿La persona que cuidó del niño/a ayer fue mayor de 18 años?			
	30	¿Para corregir a sus hijos lo primero que hace es?			
		Acceso			
31	¿Cuenta con DNI?				
32	¿Existe un lugar/persona a quien acudir en casos de maltrato o violencia?				

1. Salud: "Niño que está bien de salud".	
Los indicadores que pertenecen a una misma condición bastan para obtener la medición de esta.	SUFICIENCIA
2. Nutrición: "Niño que está bien nutrido y alimentado".	
Los indicadores que pertenecen a una misma condición bastan para obtener la medición de esta.	SUFICIENCIA
3. Educación y recreación: " Niño que está aprendiendo y jugando".	
Los indicadores que pertenecen a una misma condición bastan para obtener la medición de esta.	SUFICIENCIA
4. Protección: Niño que recibe buen trato.	

Los indicadores que pertenecen a una misma condición bastan para obtener la medición de esta.	SUFICIENCIA
---	--------------------

¿Hay alguna condición que hace parte del instrumento que debería ser incorporada? Cuál?

Anexo N° 5: Relación de Jueces para Validación del instrumento

RELACION DE JUECES PARA VALIDACION DE INSTRUMENTO						
N°	NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:	FORMACION ACADEMICA	AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	TIEMPO	CARGO ACTUAL	INSTITUCION
1	Dra. Ariela Luna	Médico cirujano	Gestión y diseño de estrategias en salud	25 años	Asesora del MINSA	MINSA
2	Dr. Fernando Delgado	Médico cirujano	Gestión de servicios de salud y proyectos de desarrollo social	15 años	Gerente de Desarrollo Social	Gobierno Regional de Apurimac
3	Lic. Regina Moromizato	Educadora nivel inicial	Aprendizaje en primera infancia. Investigaciones.	15 años	Directora ONG Red Innova y Miembro de la Comisión DIT-MIDIS. Educadora nivel inicial PUCP.	ONG RED INNOVA-MIDIS-PUCP
4	Lic. Mario López	Nutricionista bromatólogo	Nutrición y alimentación en primera infancia	15 años	Coordinador de proyectos	ONG RED INNOVA
5	Lic. Julio Andrade	Nutricionista bromatólogo	Nutrición y alimentación en primera infancia	15 años	Especialista en Nutrición	Cuna Más-MIDIS
6	Lic. Paquita Kahatt	Educadora nivel inicial	Aprendizaje en primera infancia. Investigaciones.	15 años	Directora de proyectos educativos, Exgente del Programa de Atención Integral Cuna Más	ONG RED INNOVA
7	Dr. Alfredo Reategui	Odontólogo	Gestión municipal	15 años	Alcalde distrital	Municipalidad de Mazán-Maynas - Loreto
8	Dr. Moises	Economista	Gestión municipal	15 años	Subgerente de Desarrollo Social	Municipalidad de Mazán-Maynas - Loreto
9	Rusmeri Carrillo Flores	Médico cirujano	Atención en salud	10 años	Médico gerente	Centro de Salud Mazan
10		Enfermera	Atención del niño menor de 5 años	5 años	Responsable CRED	Centro de Salud Mazan
11		Obteta	Atención de la gestante	5 años	Responsable del CPN	Centro de Salud Mazan
12	Sr. Lic. Tarcisio Mendoza		Gestión municipal	20 años	Alcalde distrital	Municipalidad de Río Tambo- Satipo-Junín
13	Ing. Hermógenes Flores	Ingeniero	Gestión municipal	20 años	Alcalde distrital	Municipalidad de Belén-Loreto

Anexo N°7: Encuesta a funcionarios y operadores de servicio del distrito de Mazán sobre la importancia del instrumento de recojo de información en Atención Integral para la toma de decisiones a nivel local.

ENCUESTA A FUNCIONARIOS MUNICIPALES Y OPERADORES LOCALES DEL DISTRITO DE MAZÁN

		Si	Más o menos	No
1	El instrumento es de fácil llenado por un profesional o agente comunitario.			
2	El instrumento recoge información útil y necesaria de los niños del distrito.			
3	El instrumento se puede ingresar sin dificultad en un aplicativo informático para su consolidación.			
4	El consolidado del instrumento de gestión para la toma de decisiones en primera infancia es de fácil interpretación por los funcionarios municipales y operadores locales.			
6	El consolidado del instrumento brinda información necesaria para elaborar planes, programas y proyectos por la primera infancia del distrito			
	Considera que este instrumento es valioso en la toma de decisiones informada a favor de la primera infancia del distrito.			
8	Incorporaría este instrumento en las herramientas de monitoreo, evaluación y planificación de la Municipalidad.			
9	Recomendaría este instrumento a los funcionarios municipales y operadores de servicio de otros distritos.			

Anexo N°9: Registro Fotográfico



Reunión del equipo técnico para revisión del consolidado del instrumento



Interacción entre Comité de Gestión Local para diseñar el Plan de Desarrollo Local en Primera Infancia.



Reunión “Juicio de Expertos”, revisando el Instrumento de recojo de información. alcalde de Mazán y Comité de Gestión Local



Aplicación del Instrumento de recojo de información, familia por familia.



Grupo de Agentes Comunitarios en Salud.



Desarrollo de sesiones educativas en el Centro de Vigilancia Comunal



Desarrollo de visitas domiciliarias a cargo de los Agentes Comunitarias en Salud.