



Protección social y primera infancia en Panamá

Nota para discusión por
autoridades y actores del
sector

Marcela Gutiérrez
Monica Rubio
María Mercedes Liévano
Leonardo Pinzón

**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de Protección
Social y Salud

NOTAS TÉCNICAS

324

Noviembre 2011

Protección social y primera infancia en Panamá

Nota para discusión por autoridades y actores del
sector

Marcela Gutiérrez
Monica Rubio
María Mercedes Liévano
Leonardo Pinzón



Banco Interamericano de Desarrollo

2011

<http://www.iadb.org>

Las "Notas técnicas" abarcan una amplia gama de prácticas óptimas, evaluaciones de proyectos, lecciones aprendidas, estudios de caso, notas metodológicas y otros documentos de carácter técnico, que no son documentos oficiales del Banco. La información y las opiniones que se presentan en estas publicaciones son exclusivamente de los autores y no expresan ni implican el aval del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.

Este documento puede reproducirse libremente.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
AIPI	Atención Integral a la Primera Infancia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEFACI	Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial
CEIC	Centros de Educación Inicial Comunitario
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COIF	Centros de Orientación Infantil y Familiar
COIFA	Centros de Orientación Infantil y Familiar Asociados
CSS	Caja de Seguro Social
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
EIH	Educación Inicial en el Hogar
ENV	Encuesta de Niveles de vida
GPA	Gobierno de Panamá
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
IPHE	Instituto Panameño de Rehabilitación Especial
MEDUCA	Ministerio de Educación
MIDA	Ministerio de Desarrollo Agropecuario
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
NCHS	National Center for Health Statistics
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Programa de Alimentación Complementaria
PACE	Programa de Alimentación Complementaria Escolar
PAIPI	Plan de Atención Integral a la Primera Infancia
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Pp	Puntos porcentuales
PTC	Programa de Transferencias Condicionadas
RdO	Red de Oportunidades
RPS	Red de Protección Social
SENAPAN	Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional
SENNIAF	Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
UDELAS	Universidad Especializada de las Américas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

CONTENIDO

I.	RESUMEN EJECUTIVO.....	1
II.	DIAGNÓSTICO.....	4
	2.1 POBREZA Y DESIGUALDAD	4
	2.2 DESARROLLO HUMANO EN PANAMÁ	6
	2.3 SITUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA	10
III.	LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PANAMÁ Y LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	18
	3.1 INSTITUCIONALIDAD Y PRINCIPALES PROGRAMAS DE LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL	18
	3.2 INSTITUCIONALIDAD Y PRINCIPALES PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	25
IV.	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA DE CARA A LOS RETOS EN PROTECCIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	38
V.	EXPERIENCIA DEL BID EN EL SECTOR SOCIAL Y POSIBLES ÁREAS DE TRABAJO CON EL PAÍS	46
VI.	RIESGOS	50
VII.	RESULTADOS ESPERADOS	51
VIII.	REFERENCIAS	53

I. RESUMEN EJECUTIVO

Esta nota técnica tiene como objetivo servir de base al diálogo de políticas del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Gobierno de Panamá (GPA) en un momento en que se actualiza la [Estrategia de País con el BID](#) vigente. El análisis se enfoca en los principales programas y políticas de la red de protección social panameña, con especial énfasis en aquellos dirigidos a la primera infancia, sector poblacional particularmente vulnerable en el país.

Aunque la promoción del crecimiento económico esté al centro de la reducción de pobreza, la red de protección social tiene un papel que desempeñar en garantizar el bienestar amplio y disminuir la vulnerabilidad de los pobres, aspectos esenciales para lograr un desarrollo inclusivo. La primera sección muestra que los últimos años han demostrado que el crecimiento extraordinario de Panamá ha sido insuficiente para erradicar la pobreza extrema. Hoy, 32,4% de la población panameña se considera pobre, y cerca de 14,2% pobre extremo. Con una desigualdad creciente, la situación es aún más crítica para las zonas rurales y las comarcas indígenas.¹ Un análisis de la pobreza por grupo etario muestra que ésta afecta en mayor medida a los niños: 49,4% de los menores de 6 años está en condiciones de pobreza y 24,6% en indigencia, mientras que sólo 23% es atendida bajo alguna modalidad (formal y no formal) de atención a la infancia.

Como pilares en la lucha contra la pobreza y contra su transmisión intergeneracional, el GPA cuenta con el programa Red de Oportunidades (RdO) e inicia la implantación del Plan de Atención integral a la Primera Infancia (PAIPI). El principal componente de la red de protección social del país, la RdO, es un programa de transferencias condicionadas (PTC) que beneficia a cerca de 75.000 hogares en pobreza extrema. Este programa, apoyado actualmente por el BID mediante la operación PN-L1007, es el PTC mejor focalizado en América Latina e incide significativamente sobre la pobreza.² En efecto, datos de 2008 encuentran que la mitad de la caída en la incidencia de la pobreza extrema desde 2003 puede asociarse al despliegue de la

¹ En áreas rurales, la incidencia de la pobreza es de 50,4% y la indigencia de 21,8%; mientras que estos porcentajes son de 95,9% y 83,7% en comarcas. Esta desigualdad se refleja en indicadores como la esperanza de vida (77,1 años, 72,9 años en zonas rurales, y 66,2 y 68,3 en las comarcas indígenas Emberá y Ngöbe Bugle), la mortalidad infantil (la cual es el doble del promedio nacional en Bocas del Toro, Darién y Ngöbe Bugle) y la desnutrición crónica (que afecta a 62% de los niños menores de 5 años en las comarcas, frente al promedio nacional de 19%).

² Contrato de préstamo PN-L1007 “Programa de Protección Social-Fase I”. Entrada en efectividad: 06/2008. Fecha estimada de terminación: 06/2013. A finales de 2011 se espera una ejecución de 48,7% de los recursos del préstamo.

Red.³ Pese a que hoy la RdO enfrenta desafíos de diseño y de operatividad, sus fortalezas la posicionan como un instrumento indispensable para la lucha contra la pobreza. Entre los desafíos de diseño se propone revisar la estructura del subsidio educativo, consolidar el programa en un esquema integral de protección social que enfatice a la población infantil, fortalecer la calidad de la oferta e innovar para maximizar el impacto del programa. A nivel operativo se habla de la necesidad de mejorar los medios de pago, consolidar los sistemas de información del programa y perfeccionar los procesos operativos.

La concentración de la pobreza en la primera infancia, la baja cobertura de servicios de atención a esta población, sobre todo en las edades críticas de 0 a 3 años, y el hecho demostrado de que las inversiones en desarrollo infantil temprano (DIT) tienen un mayor rendimiento que *cualquier* otra inversión efectuada más tarde en el ciclo de vida, han llevado a que el GPA haga de este tema una prioridad de política. Así, en 2009 se adoptó una Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia y se creó el Consejo Asesor de la Primera Infancia, y en 2011 se formuló el Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI). Hoy, actores centrales en este tema son el Despacho de la Primera Dama, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) como coordinador de la política, el Ministerio de Salud (MINSA) como principal proveedor de servicios para la población de 0 a 3 años, y el Ministerio de Educación (MEDUCA) como prestador de servicios para la población mayor de 3 años. En lo que se refiere a la atención a la primera infancia, los retos son importantes: (i) asegurar la coordinación interinstitucional necesaria para la atención integral, (ii) ampliar la cobertura de atención integral con foco en la población de 0 a 3 años de edad, (iii) garantizar una financiación adecuada y sostenible y (iv) diseñar e implementar un sistema integrado de monitoreo y aseguramiento de la calidad.

En términos estratégicos, se propone concentrar el apoyo técnico y/o financiero del BID en dos de las áreas identificadas por la “Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y Productividad” como esferas prioritarias para la labor del Banco en el área social: (i) mejora de las transferencias condicionadas en efectivo y otros programas de alivio a la pobreza y (ii) énfasis en la atención integral de la primera infancia (AIPI). Específicamente, se apoyará el fortalecimiento de la red de protección social de Panamá en tres líneas de acción:

³ Arim, Amarante, Rubio y Vigoritto (2009) “[Pobreza y protección Social en Panamá](#)” Nota técnica 219, BID.

- (1) *Consolidación y eventual ampliación de la Red de Oportunidades.* El Banco está en condiciones de acompañar el fortalecimiento continuo del diseño, la gestión y las evaluaciones de la RdO, en tanto programa central para la política social del país.
- (2) *Apoyo a la implementación del PAIPI.* La ampliación de cobertura e inversiones para mejorar la calidad de los servicios de atención integral para la población de 0 hasta 3 años de edad con enfoque intercultural y a través de diferentes modalidades de servicio con participación público–privada es una prioridad de la actual administración que el Banco puede apoyar. Esto requiere, a su vez, de esfuerzos de consolidación del marco regulatorio y de seguimiento de los servicios orientados a la primera infancia, áreas en las que el Banco posee amplia experiencia en la América Latina y el Caribe.
- (3) *Fortalecimiento de la institucionalidad y la capacidad de gestión de programas de reducción de la pobreza en el marco de la protección social.* El fortalecimiento institucional del MIDES en su rol de ente coordinador de la protección social requiere de un esfuerzo comprehensivo y continuado de desarrollo de sus sistemas e instrumentos de gestión en áreas que abarcan desde sistemas tecnológicos a sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación de programas sociales y de recursos humanos, entre otros. Estas líneas de acción estratégicas serían complementarias a las acciones previstas en el préstamo de extensión de servicios de cobertura en salud primaria (PN-L1068), que sería aprobado por el Directorio del BID en agosto de 2011, y las de la cooperación técnica PN-T1058, actualmente en ejecución.

Las acciones enunciadas podrían verse afectadas por diversos factores, incluidas (i) la debilidad del MIDES como ejecutor, que refleja su juventud como institución, y (ii) la incipiente coordinación para el desarrollo de intervenciones en primera infancia que, para ser efectivas, deben ser integrales e intersectoriales. Para mitigar estos riesgos el Banco propone mantener una estrecha interrelación con el Gobierno y fomentar la articulación entre los diversos actores; acompañar técnicamente a las agencias del GPA en los procesos de diseño, implementación y seguimiento de las políticas, e incluir recursos de cooperación técnica que permitan generar la base de conocimiento necesaria para el diseño de políticas, así como para su seguimiento y evaluación.

II. DIAGNÓSTICO

2.1 Pobreza y desigualdad

Panamá ha registrado un crecimiento sostenido en la última década, considerablemente superior al promedio de países de la región. Su PIB per cápita creció a una tasa promedio anual de 4,4% en los últimos 10 años (2000-2010), mientras que América Latina lo hizo a una tasa promedio anual de 2,3%. Si se considera el último lustro, su tasa de crecimiento anual fue 5,1%, mientras que la de la región fue 3,4%. Muestra además una desigualdad similar al promedio de países latinoamericanos: en 2009, tanto Panamá como el promedio de América Latina y el Caribe (ALC) tenían un Gini de 0,52.⁴ Es importante recordar, sin embargo, que ALC es la región más desigual del mundo.⁵

Los avances en términos de pobreza, si bien importantes, son menos acelerados que los que cabría esperar frente a este crecimiento económico.⁶ Datos de la ENV muestran que en el período 2003-2008 la incidencia de la pobreza disminuyó de 37% a 32%, y la de la pobreza extrema o indigencia de 17% a 14%. El sostenido descenso de estos indicadores a lo largo de la década demuestra el efecto de los indicadores favorables del mercado laboral sobre la pobreza. No obstante, estas cifras esconden patrones diferenciales por zonas geográficas y grupos específicos de la población. En 2008, mientras que la pobreza en el total del país ascendió a 32%, en las zonas urbanas alcanzaba a 17% de la población, en las zonas rurales no indígenas a 50% y en las zonas rurales indígenas a 96%. La evolución de las cifras ha sido también desigual: mientras que en el medio urbano se observa una leve reducción de la pobreza (2,6 puntos porcentuales (pp)) y la indigencia (1,2 pp) entre 2003 y 2008, en las zonas rurales no indígenas la indigencia prácticamente no cambia y la pobreza cae 3,6 pp. Los beneficios del crecimiento económico afectan en menor medida a las comarcas indígenas, en donde la caída de la pobreza

⁴ El Gini promedio de países de América Latina se calcula con los últimos datos disponibles. Así, se utilizan datos de 2009 para Panamá, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú. Para los que no tenían datos disponibles para 2009, se utilizó el Gini de los siguientes años: 2008 para El Salvador, México y Uruguay; 2007 para Bolivia y Colombia; 2006 para Guatemala y Venezuela; 2005 para Nicaragua; 2002 para Jamaica; 2007 para Haití; 1999 para Suriname, y 1992-1993 para Guyana.

⁵ Véase “[Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y Productividad](#)”

⁶ Para obtener un mayor nivel de detalle, remítase al enlace electrónico [Pobreza y protección Social en Panamá](#).

(2,5 pp) es sustancialmente menor que la del promedio nacional (4,4 pp) y donde las personas no pobres continúan representando un grupo marginal (apenas superior a 4%).⁷

Por su parte, la indigencia emerge como un problema esencialmente rural y predominantemente indígena, mientras que la pobreza se asocia más a los centros urbanos y, en menor medida, a las áreas rurales no indígenas. Si bien los indígenas representan cerca de 7% de la población, la alta incidencia de la pobreza extrema en las zonas indígenas determina que cerca de 42% del total de pobres extremos pertenezcan a estas áreas. Una proporción similar de los indigentes (44%) habita en las regiones rurales no indígenas y sólo 14% lo hace en las zonas urbanas. Este patrón contrasta con la composición de la pobreza no extrema; en 2008, la mitad de la población clasificada en esta categoría vivía en centros urbanos, 45% en zonas rurales no indígenas y el restante 5% en zonas indígenas. La especificidad de la pobreza indígena es un elemento crítico a ser incorporado en el diseño de las políticas que combaten la pobreza.⁸

Otro rasgo estilizado notable de la pobreza en Panamá es que presenta un perfil por edad claramente diferenciado⁹. Así, la probabilidad de encontrarse en una situación de pobreza cae monótonamente por tramo etario. Los niños menores de 6 años exhiben una probabilidad promedio de ubicarse en la pobreza extrema cercana a 25%, mientras que entre los mayores de 60 años dicha probabilidad es de apenas 7%. Cabe destacar que la asociación de la pobreza con la niñez se ha reducido levemente entre 2003 y 2008. Una causa posible de esta evolución podría ser el despliegue del programa RdO y otras políticas públicas que priorizan la infancia, en tanto sus beneficiarios se encuentran fuertemente concentrados en hogares jóvenes con hijos menores de edad.

Además de la fuerte diferenciación territorial y la asociación de la pobreza con la niñez, la privación se suele asociar también con el bajo nivel de escolaridad del jefe del hogar, el mayor tamaño de los hogares, las altas tasas de dependencia y las dificultades para acceder al segmento

⁷ Un diagnóstico exhaustivo se encuentra en el link electrónico [Pobreza y protección social en Panamá](#) que –entre otros– muestra la incidencia de la pobreza por área geográfica, los indicadores de pobreza FGT(1) y FGT(0), la participación en la pobreza de los distintos grupos y su respectivo índice de riesgo, así como la relación entre ésta e indicadores del mercado laboral.

⁸ Estos porcentajes no difieren mucho de aquellos observados en 2003. Para obtener un mayor nivel de detalle, remítase al enlace electrónico [Pobreza y desigualdad en Panamá](#)

⁹ Información obtenida mediante la caracterización del perfil de la pobreza a través del cálculo de la probabilidad de que una persona se encuentre en los tres estados posibles de pobreza. Para obtener mayor información remítase al enlace electrónico [Pobreza y desigualdad en Panamá](#)

del mercado de trabajo formal, factores todos que condicionan la capacidad de los hogares para alcanzar un flujo de consumo que los ubique por encima del umbral representado por las líneas de pobreza. A su vez, la condición de habitar en zonas urbanas, la presencia de jubilados, pensionistas y empleados formales reducen significativamente la probabilidad de caer en situaciones de privación, mientras que el tamaño del hogar, la presencia de menores y las caídas en la relación entre el número de receptores y la cantidad de miembros del hogar incrementan la probabilidad de caer en situación de pobreza.

2.2 Desarrollo humano en Panamá

En el último *Informe mundial de desarrollo humano* (PNUD, 2010), Panamá se clasifica como un país de desarrollo humano alto, es decir en el segundo de los cuatro grupos que se definen a partir de ese informe (muy alto, alto, medio y bajo). Si bien en 2000 el país se clasificaba como de desarrollo humano medio, ya a mitad de la década el país integraba el grupo de alto desarrollo humano. Dentro de la región, se ubica en una posición privilegiada, y su posicionamiento relativo mejora cuando se consideran solamente las dimensiones de salud y educación.

Cuadro 1. Indicadores de desarrollo humano en Panamá

	IDH Panamá	IDH Am. Lat. y el Caribe	IDH global	PIB per cápita (PPA US\$ 2008)	Años de educación promedio	Tasa bruta de matriculación	Esperanza de vida al nacer
2000	0,703	0,767	0,722	8.820	8,6	76,4	74,3
2005	0,724	0,803	0,743	9.945	9,0	79,5	75,2
2010	0,755	0,704	0,624	13.210	9,4	79,7	76,0

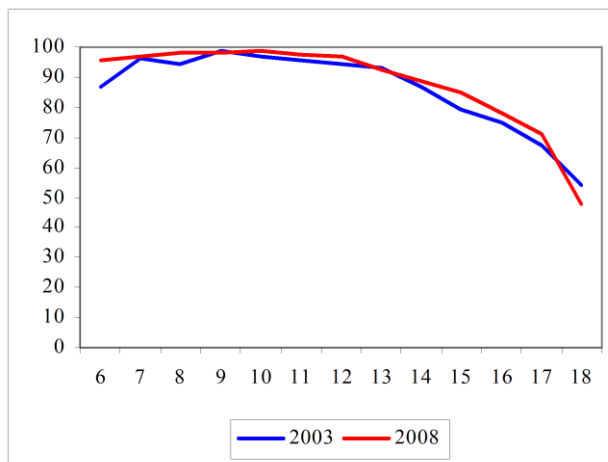
Nota: El IDH mide el desarrollo al combinar indicadores de esperanza de vida, logros educacionales e ingresos. El índice va de 0 a 1, por lo que mayores valores indican un acercamiento al valor objetivo.

Fuente: <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2011/>

Aun con el progreso demostrado en los varios ámbitos del desarrollo humano en los últimos años, se destaca, de un lado, que algunos de los indicadores de resultados sociales de Panamá no son los esperados de acuerdo a su nivel de desarrollo, y de otro, que éstos continúan evidenciando fuertes disparidades en el acceso a servicios sociales y a resultados, tal como se aprecia a continuación:

(i) *En educación se observan importantes mejoras en lo que se refiere a matrícula preescolar, primaria y secundaria. Como en otros países de la región, los niveles de matrícula en cada etapa educativa tienen forma de U invertida: son bajos para preescolar (cobertura neta 42%), aumentan en primaria (100%) y vuelven a caer en pre-media (67%), en media (24%) y en niveles superiores. Pese a los avances, subsisten fuertes disparidades que afectan principalmente a la población indígena (la cual enfrenta coberturas de 30% en preescolar,*

Gráfico 1: Matrícula en el sistema educativo, 2003 y 2008



90% en primaria, 33% en pre-media y 10% en media¹⁰). El comportamiento notado de la matrícula refleja, de un lado, la limitada cobertura de la educación preescolar y la importancia de fortalecer los aspectos de calidad en la educación básica, de modo de incentivar la permanencia en secundaria y la transición a la educación superior. Como ya se mencionó, las diferencias en la matrícula al sistema educativo son considerables entre los distintos grupos. Incluso en las edades correspondientes a primaria, las tasas de las zonas rurales indígenas son muy inferiores a las urbanas, donde se ha alcanzado la cobertura universal.

Entre 2003 y 2008, los mayores avances se produjeron en la población rural no indígena, en los pobres no extremos y en los quintiles intermedios de la distribución. Un patrón similar, con brechas de considerable magnitud, se observa al analizar la tasa de matriculación por situación de pobreza: los pobres no extremos se acercan a los no pobres y se diferencian considerablemente de los pobres extremos. En lo que se refiere al sistema preescolar, la asistencia de niños de entre 3 y 5 años de edad se ha incrementado

¹⁰ Para mayor información, remítase a [“Nota técnica de educación”](#), ["Población indígena y retos en su educación"](#)

considerablemente, pasando de 29,7% a 41,9%. Los avances en matriculación son crecientes con la edad: la variación para los niños de 5 años es de casi 18 puntos porcentuales entre 2003 y 2008, mientras que para los de 3 años es de apenas 2 puntos porcentuales. El incremento en la matriculación para los jóvenes entre 14 y 17 años opera fundamentalmente en los tres primeros deciles, mientras que no se observan cambios relevantes en los restantes tramos de la distribución. No obstante, la asistencia al sistema educativo continúa siendo un problema central en estas edades, puesto que entre los hogares de los primeros deciles, cerca de 50% de los adolescentes no se matricularon en 2008.

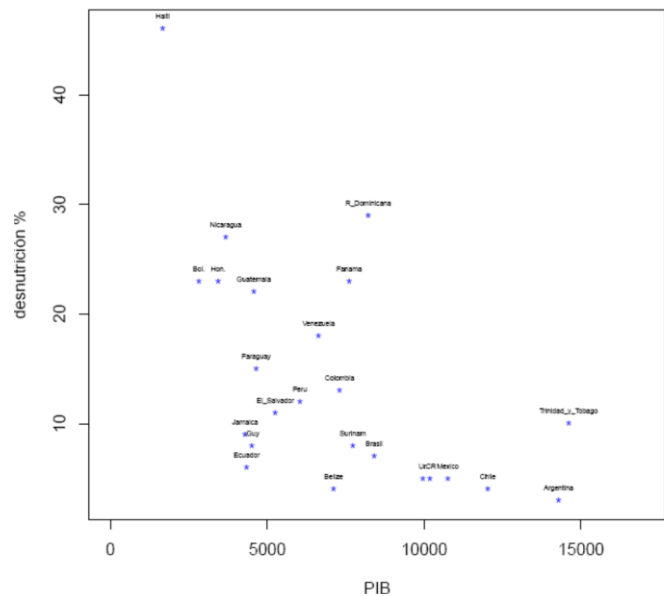
- (ii) *Los indicadores de salud también muestran una evolución favorable en el período, con avances notables en la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, se continúan evidenciando fuertes disparidades.* La esperanza de vida al nacer en 2007 era de 75,5 años para el total de la población, pero de 77,1 en las zonas urbanas y de 72,9 en las rurales. En las comarcas indígenas Emberá y Ngöbe Buglé, la esperanza de vida al nacer era de 66,2 y 68,2 años, respectivamente, muy por debajo del promedio nacional. Inequidades similares se evidencian al analizar la tasa de mortalidad infantil, que se redujo de 14,7 a 14,1 por 1.000 nacidos vivos entre 2003 y 2007. En este último año, la tasa de mortalidad infantil en Bocas del Toro, Darién y Ngöbe Buglé fue el doble que el promedio nacional. Si bien a nivel nacional 91,5% de los partos son atendidos por profesionales de la salud, en Darién, Kuna Yala y Ngöbe Buglé, la cobertura médica de los nacimientos es 75%, 74% y 39%, respectivamente.
- (iii) *El acceso a las políticas de prevención diseñadas a partir de planes de vacunación y controles de desarrollo se encuentra relativamente generalizado, abarcando a más de 90% de los niños menores de 5 años, aunque el acceso es algo menor si éstos se encuentran en situación de pobreza extrema o habitan en las comarcas.* Se observan diferencias persistentes en la calidad del acceso a la atención en caso de diarrea, gripe o enfermedades respiratorias.
- (iv) *El acceso a profesionales médicos ante eventos de diarrea, gripe o infecciones respiratorias presenta fuertes disparidades por condición socioeconómica y área geográfica.* Los niños en situación de pobreza extrema son atendidos principalmente por sus familiares, mientras que sólo un tercio accede a la atención de un médico, mientras

que dicha atención alcanza a 75% en el caso de los niños que viven en hogares no pobres. Si bien se verifica cierta mejoría entre 2003 y 2008 (se incrementa la proporción de niños en extrema pobreza atendidos por personal de la salud), las brechas de calidad continúan siendo evidentes. En idéntico sentido, apenas 15% de los habitantes en las zonas indígenas acceden a un médico para la atención de estas patologías, mientras que en las zonas rurales no indígenas y las zonas urbanas esta cifra se eleva a casi 70% y 56%, respectivamente.

(v) *Panamá registra una incidencia de desnutrición crónica alta, dado su nivel de PIB per cápita* (ver gráfico 2). Las medidas

antropométricas para los niños menores de 5 años encuentran que la incidencia del bajo peso, la desnutrición crónica y la desnutrición aguda es sustancialmente más alta entre la población indígena, así como la morbilidad más frecuentemente asociada a problemas nutricionales¹¹. Detrás de estas cifras se encuentran serias disparidades en el acceso a infraestructura básica de agua y saneamiento por parte de los sectores más carenciados, las que a su vez inciden en la prevalencia de problemas nutricionales y otras enfermedades. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de articular mejor las políticas de infraestructura básica con otros componentes de la red de protección social.

Gráfico 2: Desnutrición de menores de 5 años y PIB, 2005



(vi) *Las brechas nutricionales también muestran una fuerte asociación con la condición de pobreza.* Mientras que la desnutrición crónica supera el 45% entre los pobres extremos y llega a 62% en población indígena, es inferior a 10% entre los no pobres. La incidencia

¹¹ La diarrea, por ejemplo, afecta a más de 37% de los niños en condición de pobreza extrema y su incidencia es aún mayor entre las comunidades indígenas.

del bajo peso al nacer, que muestra valores mucho menores, también es mucho más alta entre la población en situación de pobreza extrema. La preponderancia del bajo peso y la desnutrición crónica entre los pobres extremos es prácticamente seis veces mayor que en la población no pobre. Esta situación limita drásticamente la calidad de vida presente de los niños e impone fuertes condicionamientos a sus potencialidades de desarrollo físico e intelectual, comprometiendo las posibilidades de superar la privación desde una perspectiva dinámica.

- (vii) *Serías disparidades en el acceso a infraestructura básica por parte de los sectores más carenciados se encuentran detrás de las condiciones de higiene básicas y el acceso al agua potable, que a su vez inciden en la prevalencia de problemas nutricionales y otras enfermedades.* Se detecta la persistencia de fuertes diferencias en la forma a través de la cual la población logra proveerse de agua: mientras que entre la población no pobre cerca de 80% accede por medio de acueductos públicos, la forma predominante de acceso entre los pobres extremos son los acueductos de la comunidad, aunque cerca de un quinto se provee en cursos fluviales. Una diferenciación similar se registra en las características del servicio sanitario. Prácticamente 90% de la población en situación de privación extrema vive en condiciones de alta precariedad en cuanto a la evacuación de excretas (no tiene o tiene servicio sanitario de hueco o letrina). Los pobres no extremos también muestran carencias importantes en esta dimensión y se observa que no se producen cambios relevantes en los diferenciales de acceso entre 2003 y 2008¹².

2.3 Situación de la primera infancia

La población de entre 0 y 5 años de edad representa 11,5% de la población total del país (es decir, alrededor de 390.000 niños). Del total de niños de este tramo etario, 21% son indígenas, de acuerdo al Censo Nacional 2010. Un análisis de los riesgos a lo largo del ciclo de vida muestra que la primera infancia en Panamá es una población particularmente vulnerable. Cerca de uno de cada cinco niños menores de 5 años presenta un retraso en su crecimiento en relación con su

¹² Para mayor detalle véase “[Pobreza multidimensional: acceso de los pobres a servicios sociales y resultados en desarrollo humano](#)”

edad. En poblaciones indígenas, 61% de los menores de cinco años padece retrasos en su crecimiento. Para 2007, el subregistro civil se ubicaba entre 4% y 6 % de los nacidos vivos a nivel nacional, siendo los indígenas y la población migrante quienes presentaban mayor dificultad para obtener su registro (PAIPI, 2011).

Como se ha señalado, la incidencia tanto de la pobreza como la indigencia es decreciente con la edad de los individuos. De esta manera, mientras que 24,6% de los menores de 6 años son indigentes en 2008, la tasa se reduce a 10,5% cuando se considera la población de 15 años y más. Un patrón similar se observa al analizar la incidencia de pobreza (las cifras correspondientes son 54 y 37% respectivamente). Como consecuencia de la mayor incidencia de la indigencia y la pobreza en este tramo etario, se encuentra que casi 20% de los indigentes y 17% de los pobres son menores de 6 años. Si bien esta asociación entre pobreza y perfil etario es resultado del mayor tamaño promedio de los hogares pobres, y es un rasgo común de los perfiles de pobreza de los distintos países, su concentración en zonas rurales y poblaciones indígenas es notable. De este modo, en 2008 casi la totalidad de los menores de 6 años de las zonas rurales indígenas eran pobres y 87,5% indigentes, mientras que en las zonas urbanas estas cifras eran 31,1% y 6,6%, respectivamente.

El cuadro 3 presenta algunos indicadores de salud infantil correspondientes a las metas de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) definidas para Panamá. Como se aprecia, el país tiene pendiente aún importantes esfuerzos para alcanzarlos. Así por ejemplo, en lo que se refiere a la desnutrición infantil¹³, se evidencia una leve mejora entre 1997 y 2008, cuando pasó de 6,8% a 5,8%.

¹³ Medida a través del indicador de bajo peso para la edad siguiendo los estándares del National Center of Health Statistics.

Cuadro 2. Incidencia de la pobreza e indigencia por grupo de edad y zona geográfica

Pobreza	0-5	6-14	15 y más	Total
Urbana	31,1	26,6	13,3	17,4
Rural no indígena	64,8	61,5	44,8	50,4
Rural indígena	98,0	96,5	94,4	95,8
Total	49,3	45,6	26,2	32,4
Indigencia	0-5	6-14	15 y más	Total
Urbana	6,6	5,3	2,2	3,2
Rural no indígena	33,4	28,6	17,8	21,7
Rural indígena	87,5	86,0	80,7	83,7
Total	24,6	21,9	10,5	14,2

Fuente: elaborado en base a ENV 2008.

Cuadro 3. Metas de los ODM relacionadas con la salud infantil

Meta	Indicador	1990	1997	2000	2003	2005	2006	Meta 2015
Meta 2: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el % de personas que padezcan hambre.	Porcentaje de menores de 5 con insuficiencia ponderal (peso/edad)	...	6,8	...	6,8	6,8	5,8 (2008)	3,4
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de menores de 5 años.	Tasa de mortalidad infantil	18,9	17,2	16,7	15,2	15,4	14,8	6,3
	Tasa de mortalidad < 5 años	24,3	23,0	22,1	20,8	21,1	19,9	8,2
	Porcentaje de < de 1 año vacunados c/sarampión	99,4	91,8	96,7	83,3	99,0	87,3	100,0
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	Porcentaje de partos atendidos por personal profesional	86,3	89,4	90,5	92,5	91,1	91,0	100,0

Se trata, de todas formas, de un avance muy lento que, para acelerarse en pos de alcanzar las metas establecidas para 2015, requiere de acciones específicas orientadas al logro de resultados nutricionales concretos en la población indígena y pobre.

Algunos indicadores de nutrición pueden analizarse con la información de las encuestas de calidad de vida, que incluyen preguntas para los menores de 5 años. La incidencia promedio de desnutrición definida por el bajo peso para la edad es reducida, gracias a un descenso importante registrado en los últimos años¹⁴. Sin embargo, persisten diferencias de gran magnitud: mientras 2,5% de los niños de zonas urbanas tienen bajo peso, la cifra asciende a 12% para aquellos nacidos en zonas rurales indígenas. La desnutrición crónica, que se identifica en aquellos casos en que los niños no han alcanzado la talla esperada para la edad de acuerdo a los estándares de la OMS, se ha mantenido estable en el período, sin lograr avances significativos a nivel global. Un análisis más desagregado indica que este indicador se ha reducido en las zonas urbanas y (en menor medida) rurales no indígenas, pero muestra un importante aumento en las comunidades indígenas.

En un análisis de la importancia relativa de cada factor determinante de la desigualdad en la situación nutricional a lo largo de la distribución del consumo per cápita, se llega a los siguientes resultados: 44% de la desigualdad se explica por las disparidades en el consumo per cápita. La relevancia de este factor es un resultado estándar en los ejercicios de este tipo que se pueden encontrar en la literatura. Sin embargo, lo que emerge como una característica propia de Panamá es la relevancia de la localización geográfica como condicionante de las brechas nutricionales. En efecto, más de 22% de la desigualdad es explicada por las brechas del medio rural indígena con respecto al resto de la población. Los aspectos demográficos asociados al tamaño del hogar también muestran una fuerte incidencia, pues la cantidad de niños en el hogar reduce la capacidad de atender y proveer a cada uno de ellos de los requerimientos básicos que aseguren un desarrollo adecuado. Por último, cerca de 12% de la desigualdad se explica por los diferenciales de acceso a condiciones habitacionales básicas y al agua potable. La multiplicidad de factores que afectan el estado nutricional de los niños obliga a desarrollar políticas

¹⁴ Las diferencias entre este indicador y el reportado en el cuadro 4 obedecen a los distintos criterios de estandarización utilizados, dado que mientras en el cuadro 4 se utiliza el criterio de la NCHS, en este caso se utiliza el estándar de la OMS.

multifacéticas y que trascienden el apoyo alimentario.¹⁵ Los problemas nutricionales limitan fuertemente la calidad de vida presente de los niños e impone graves condicionamientos a sus potencialidades de desarrollo físico e intelectual, comprometiendo las posibilidades de superar la privación desde una perspectiva dinámica y representando también una potencial limitación al desarrollo futuro. Su abordaje a través de las políticas públicas constituye una necesidad urgente.

Por su parte la tasa de mortalidad infantil, tanto de menores de 1 año como de menores de 5 años, se ha incluido también como meta de los ODM de Panamá. Cabe señalar que, dado que en este país hay subregistro de mortalidad infantil, el último valor del indicador registrado es 14,8, mientras que el indicador estimado asciende a 18,9. Tanto en la mortalidad infantil (menores de 1 año) como en la de niños menores de 5 años se detectan avances, aunque de relativa lentitud.¹⁶ Si ambos indicadores continúan con la tendencia observada, es probable que la meta no se alcance. La mayor parte de las muertes de menores de 1 año se deben a causas prevenibles. En 2007, 36% de ellas obedecieron a causas perinatales, 25% a malformaciones congénitas, 8% a neumonía, 5% a diarrea y 5% a causas violentas. También la mayor parte de las muertes de niños menores de 5 años obedece a enfermedades consideradas prevenibles a través de acciones de promoción, prevención y atención de la salud¹⁷. Esta constatación, junto con la evidencia de fuertes disparidades regionales, subraya nuevamente la importancia de las políticas públicas para garantizar la llegada y permanencia de estas acciones a las zonas de mayores privaciones¹⁸.

En particular, la tasa promedio de mortalidad infantil de 14,8 por 1.000 nacidos vivos esconde grandes diversidades, con tasas de casi 40 en la Comarca Emberá y superan 35 en Kuna Yala, e inferiores a 11 por 1.000 nacidos vivos en Panamá y Los Santos. También los indicadores de control prenatal, y especialmente de atención profesional en el parto, muestran importantes disparidades regionales, destacándose los bajos indicadores de Emberá y Ngobe Buglé, con apenas 36% y 34% de atención profesional del parto, respectivamente. Colón presenta indicadores especialmente deficitarios en relación a los controles de crecimiento y

¹⁵ Alrededor de 13% de los menores de 5 reciben alimentos gratis. Solamente 34% de aquellos con desnutrición crónica tienen acceso a estos alimentos.

¹⁶ Panamá se ubica en el octavo lugar (considerando 20 países de América Latina) si se ordenan los países de manera ascendente de acuerdo a su tasa de mortalidad infantil (CEPAL, 2009).

¹⁷ PNUD, 2009.

¹⁸ Para obtener mayor información, remítase a la [“Nota técnica de salud”](#).

desarrollo de los menores. Todos los aspectos analizados juegan un rol relevante en la probabilidad de supervivencia infantil y en las condiciones de salud futuras, e ilustran la importancia de fortalecer las intervenciones sanitarias en las zonas indígenas, lo que debe hacerse bajo un principio de pertinencia cultural.

Cuadro 4. Indicadores de salud infantil por región y comarca

Regiones y comarcas	Control pre-natal	Atención profesional al parto	Control de crecimiento en menores de 1 año	Control de crecimiento en menores de 5 años
Bocas del Toro	65,0	85,4	62,7	47,7
Coclé	77,2	82,6	64,9	73,9
Colón	42,7	95,5	29,9	40,5
Chiriquí	87,4	97,7	72,0	53,4
Darlén	82,9	75,8	93,2	89,1
Herrera	90,2	99,0	80,2	57,8
Los Santos	76,2	99,4	61,4	60,6
Panamá	83,6	98,9	63,0	47,7
Veraguas	98,8	87,6	65,2	77,3
C. Kuna Yala	77,6	69,9	91,8	78,2
C. Emberá	78,5	35,9	--	--
C. Ngöbe Buglé	77,0	34,3	74,4	77,9
Total del país	85,2	91,0	68,7	60,3

Fuente: Amarante et al. (2009).

Lamentablemente, las encuestas de calidad de vida no proveen información sobre la cobertura de salud para los menores de 14 años, aunque sí permiten analizar el acceso a las políticas de prevención diseñadas a partir de planes de vacunación y controles de desarrollo. La información de esta encuesta indica que este acceso se encuentra relativamente generalizado. Las cifras relacionadas con los controles de crecimiento y desarrollo muestran mayores logros que las oficiales, abarcando en general a más de 90% de los niños menores de 5 años, aun cuando el acceso es algo menor entre los menores de 5 años en situación de pobreza extrema y los que habitan en las comarcas indígenas. La encuesta de calidad de vida también provee información

sobre el acceso a servicios médicos ante eventos de diarrea, gripe o infecciones respiratorias de los menores de 5 años. En promedio, 61% de los niños que atravesaron estos episodios fueron atendidos por personal médico, pero un análisis más detallado muestra que el acceso a profesionales médicos se encuentra fragmentando. En las zonas rurales indígenas, el porcentaje de los atendidos por médicos desciende a 27%, mientras que entre aquellos en situación de pobreza extrema la cifra es 36%. Sin embargo, en estos grupos tiene mayor importancia relativa la asistencia médica a través de enfermeras o auxiliares. Entre las personas que atienden al enfermo en las comunidades indígenas predominan los miembros del hogar.

Finalmente, en lo que se refiere a cuidado y educación preescolar, la información disponible para Panamá muestra que los niños menores de 3 años permanecen en su hogar. En efecto, 99% de ellos no se han matriculado en ninguna institución en 2008. Desde los 3 años en adelante, las tasas de matriculación son crecientes con la edad (cuadro 5). Además, se han producido importantes incrementos en la matriculación entre los menores de 3 a 5 años de edad. Mientras que en 2003 tan sólo 30% de los niños de estas edades asistían al sistema educativo, en 2008 esta asistencia asciende a 42%. También los avances en matriculación son crecientes con la edad: la variación para los niños de 5 años es de casi 18 puntos porcentuales, mientras que para los de 3 años es de algo más de 2 puntos porcentuales. Los mayores avances se produjeron en la población rural no indígena y en la población urbana. La población rural indígena casi no tuvo avances en esta dimensión en los años considerados, por lo que las brechas geográficas se han acentuado. Se detectan también importantes disparidades entre la población según su nivel socioeconómico. Para los niños de 3 años, las brechas son superiores en términos relativos: la tasa de asistencia de los no pobres casi triplica a la de los pobres extremos. A los 5 años de edad, aunque las tasas presentan diferencias, son más homogéneas. Las diferencias de acceso a servicios de cuidado de calidad podrían implicar, como en otros países de la región, una brecha temprana en términos de desarrollo infantil que después es difícil de remontar.

Cuadro 5. Asistencia al sistema educativo según zona geográfica, por edad, 2003 y 2008 (%)

2003	3 años	4 años	5 años	3-5 años
Urbana	10,3	24,1	67,8	34
Rural no indígena	2,2	16,5	56,6	23,9
Rural indígena	6,5	25,6	50,3	27
Total	7	21,7	61,9	29,7
2008				
Urbana	10,5	36,6	87,3	46,8
Rural no indígena	7,8	21,4	77,9	38,2
Rural indígena	8,1	26,8	49,7	27,5
Total	9,4	30,8	80,2	41,9
Variación 2003-2008				
Urbana	0,2	12,5	19,5	12,8
Rural no indígena	5,6	4,9	21,3	14,3
Rural indígena	1,6	1,2	-0,6	0,5
Total	2,4	9,1	18,3	12,2

Fuente: Amarante et al (2009).

Cuadro 6. Asistencia al sistema educativo según condición de pobreza, por edad, 2003 y 2008 (%)

2003	3 años	4 años	5 años	3-5 años
Pobreza extrema	2,8	15,6	47,1	22
Pobreza no extrema	1,0	8,1	57,7	21,4
No pobre	13,0	31,8	73,8	38,8
Total	7,0	21,7	61,9	29,7
2008				
Pobreza extrema	4,5	22,6	61,4	28,5
Pobreza no extrema	7,0	24,4	74,3	38,1
No pobre	12,9	37,7	89,9	49,6
Total	9,4	30,8	80,2	41,9
Variación 2003-2008				
Pobreza extrema	1,7	7,0	14,3	6,5
Pobreza no extrema	6,0	16,3	16,6	16,7
No pobre	-0,1	5,9	16,1	10,8
Total	2,4	9,1	18,3	12,2

Fuente: Amarante et al (2009).

III. LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PANAMÁ Y LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

3.1 Institucionalidad y principales programas de la Red de Protección Social

Marco institucional de la protección social. El [Plan estratégico de gobierno de Panamá 2010-2014](#) tiene dentro de sus objetivos para el sistema de protección social reducir la pobreza y la exclusión social, y crear oportunidades para todos por medio de la formación del capital humano. Como todo sistema de protección social, el panameño tiene componentes orientados a manejar el riesgo para: (i) estabilizar el consumo por medio de programas como aquellos de ahorro para la vejez; (ii) prevenir la pobreza al permitir mínimos niveles de consumo para los más pobres y garantizar acceso a servicios básicos, y (iii) promover el capital humano.

Dada la diversidad de riesgos a los que responde el sistema de protección social panameño, éste es uno en el que interactúan actores diversos, y que se encuentra en constante perfeccionamiento. Actores fundamentales del sistema son, además del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), aquellos sectoriales como son el Ministerio de Salud (MINSALUD), el Ministerio de Educación (MEDUCA), y el Ministerio de Trabajo. El MIDES, actor central de la protección social, es un ministerio relativamente joven, fruto de un proceso de reordenamiento institucional, se creó en el año 2005, en reemplazo del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia existente en aquel momento, y se le otorgó la responsabilidad de definir y coordinar las políticas sociales en Panamá, asignándole también la gestión de los principales proyectos sociales. Se creó también el Gabinete Social, que se constituyó en un organismo asesor y de coordinación en materia de desarrollo social, con el objetivo de dotar a las políticas sociales de mayor integralidad. Por otro lado, se crearon nuevas instituciones (Senadis, Senapan, Inadeh, entre otras)¹⁹ para apoyar la implementación de las políticas. En 2004 se creó la Secretaría Nacional de Coordinación y Seguimiento del Plan Alimentario Nutricional, la cual depende directamente de la Presidencia de la República y tiene los objetivos de coordinar, elaborar y evaluar planes, programas y acciones dirigidas a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en Panamá.

¹⁹ Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (Senadis), Secretaría Nacional para el Plan Alimentario y Nutricional (Senapan), Instituto Nacional de Capacitación para el Desarrollo Humano (Inadeh).

De cara a los principales riesgos que enfrenta la población panameña, la oferta programática de la protección social proviene de dos vertientes marcadamente distintas. Por un lado, se hallan las prestaciones de la seguridad social vinculadas al trabajo formal, entre ellas las pensiones y las prestaciones a activos, tales como cobertura de salud, subsidio por desempleo, subsidio por maternidad y enfermedad. Por otra parte, existe un conjunto de intervenciones de índole no contributiva, que abarca principalmente²⁰: (i) *Programas de atención a la salud de la población no cubierta por la CSS*, a cargo del Ministerio de Salud. Destaca desde 2003 el programa de fortalecimiento de la atención en áreas rurales, denominado Paquetes de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición (PAISS + N), central al objetivo de incrementar la cobertura y calidad de servicios de salud materno-infantil; (ii) *Programas nutricionales y de alimentación*, del Ministerio de Educación y del Fondo de Inversiones Sociales, además de otros programas del MINSA y MIDES, y (iii) *Programas de transferencias monetarias*, entre los que se encuentran el Programa “100 a los 70”, la Beca Universal y la Red de Oportunidades (RdO), analizados a continuación.

El cuadro 7 lista los principales riesgos a lo largo del ciclo de vida y la oferta programática disponible para atenderlos. Esta oferta combina un conjunto de programas que abordan las diferentes problemáticas de las familias que viven en situación de vulnerabilidad. Como se aprecia, los programas provienen de dos vertientes marcadamente distintas. Por un lado, se hallan las prestaciones de la seguridad social vinculadas al trabajo formal (entre ellas se cuentan las pensiones y las prestaciones a activos, tales como cobertura de salud, subsidio por desempleo, subsidio por maternidad y enfermedad) y, por otra parte, existe un conjunto de intervenciones de índole no contributiva, que abarca transferencias de alimentos, cuidados de salud, nutrición y, recientemente, transferencias de ingreso condicionadas y no condicionadas. La creación en 2006 de la RdO, y la reciente incorporación de programas como “100 a los 70” y “Beca Universal” expanden el sistema de protección social, de índole no contributivo, hacia sectores históricamente desprotegidos por no acceder al sistema contributivo formal.

²⁰ Para una revisión de los programas de protección social, véase Marques, J. Evaluación de Programas de Asistencia Social y Propuesta de Reordenamiento y Racionalización. MIDES, 2009.

Cuadro 7. Riesgos en la vida y programas para enfrentarlos, por edades y programas sociales

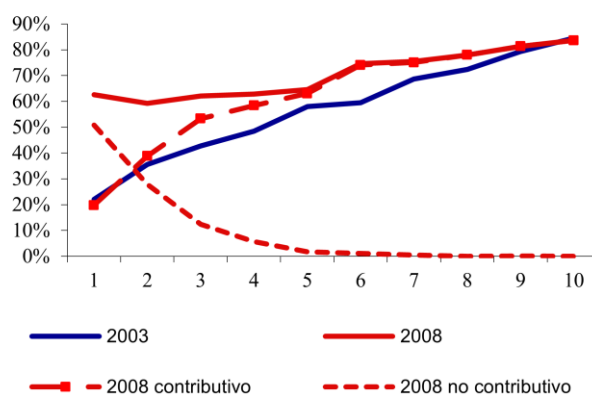
Etapa del ciclo de vida	Principales riesgos	Oferta programática
Prenatal (niño y madre)	Maternidad.	CSS-Subsidio por maternidad para trabajadoras formales.
	Salud materno-infantil.	Red de Oportunidades, Pacmi (Senapan/Minsa).
	Bajo peso al nacer; problemas nutricionales.	Bono familiar para la compra de alimentos (Senapan).
	Enfermedad.	CSS-Asistencia en salud a trabajadores formales y sus familiares.
Primera infancia (0-3)	Desnutrición.	Red de Oportunidades.
	Salud materno-infantil.	PAC (Senapan/MINSA).
	Bajo peso al nacer; problemas nutricionales.	Bono familiar para la compra de alimentos (Senapan).
	Enfermedad.	CSS-Asistencia en salud a trabajadores formales y sus familiares.
Nutrición para escolares	Asistencia escolar y salud.	Red de Oportunidades.
	Bajo peso al nacer; problemas nutricionales.	Bono familiar para la compra de alimentos (Senapan), Programa de Alimentación Complementaria MEDUCA.
	Enfermedad.	CSS-Asistencia en salud a trabajadores formales y sus familiares.
Juventud (13-24)	Capacitación laboral.	Indasah.
	Asistencia escolar y salud.	Red de Oportunidades. Beca Universal
	Nutrición.	Bono familiar para la compra de alimentos (Senapan).
	Enfermedad.	CSS-Asistencia en salud a trabajadores formales y sus familiares.
Edad laboral (25-62)	Desempleo.	CSS-Seguro de desempleo.
	Enfermedad.	CSS-Asistencia en salud a trabajadores formales y sus familiares.
	Analfabetismo.	Muévete por Panamá.
	Bajos ingresos.	Programa gradual de aumento de los ingresos.
	Pobreza extrema.	Red de Oportunidades.
Vejez (63 años y más)	Vejez, viudez y enfermedad.	CSS-Pensión por vejez, invalidez y sobrevivencia, atención de la salud. 100 a los 70
	Vejez.	Red de Oportunidades. 100 a los 70
	Analfabetismo.	Muévete por Panamá.

Fuente: Amarante et. al (2009).

Un análisis exhaustivo del gasto social trasciende los objetivos del presente trabajo. Sin embargo, debe destacarse que diversos análisis muestran que Panamá no necesita invertir más en sectores sociales, sino invertir mejor, es decir con calidad, eficiencia y equidad para mejorar sus indicadores de pobreza y desarrollo humano. En efecto, en 2007 el gasto público social representó 16,5% del PIB. Esta cifra que ha oscilado entre 15% y 18% en los últimos 10 años, es consistentemente más alta que el promedio latinoamericano. Un análisis del impacto redistributivo del gasto público indica que el gasto en RdO, el cual alcanza el 0,2% del PIB en 2008, es el más progresivo, ya que sus beneficiarios se concentran en el primer quintil de consumo (83,7%). En términos de progresividad, este gasto es seguido de lejos por prestaciones alimentarias (35,2% en el primer quintil y educación primaria y preescolar con 34% y 28%, respectivamente). Estas cifras sugieren que el reto es la formulación e implementación de políticas que traduzcan este sólido crecimiento de la economía en una reducción de la pobreza sostenible, sin aumentar el nivel de gasto, y como se verá existe margen para, a partir de una red de protección social efectivamente focalizada, ganar en efectividad y eficiencia del gasto publico social²¹.

Principales programas de transferencias en Panamá. La Red de Oportunidades. Los programas de transferencias monetarias han ido ganando importancia a través del tiempo, y hoy en día son unas de las principales intervenciones del sistema de protección social panameño. La Red de Oportunidades (RdO) fue creada en 2006 con el objetivo de expandir el sistema de protección social hacia hogares en situación de pobreza extrema

Gráfico 3: Cobertura del sistema de protección social según decil de consumo per cápita, 2003 y 2008



Fuente: Elaborado con base en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENV, 2003 y 2008).

²¹ Para obtener un mayor nivel de detalle, remítase al enlace electrónico [Pobreza y protección social en Panamá](#).

históricamente desprotegidos y reducir la indigencia en el corto y largo plazo²². El programa entrega transferencias monetarias condicionadas a la asistencia de los niños a controles de salud y a su matrícula en el sistema educativo. Hoy, la RdO es el principal programa de la red de protección social panameño y el programa social con mayor cobertura en el país (100% de los 621 corregimientos del país y 75.000 hogares en extrema pobreza beneficiarios, fuertemente concentrados en las comarcas indígenas, lo que equivale al 16% de la población²³). Los beneficiarios de la RdO están fuertemente concentrados en las comarcas indígenas con sólo Ngöbe Buglé representando 31,8% del gasto del programa. La incidencia de la RdO sobre la pobreza es muy significativa: En efecto, datos de 2008 encuentran que la mitad de la caída en la incidencia de la pobreza extrema desde 2003 puede asociarse al despliegue de la Red. En las zonas rurales indígenas y no indígenas, su incidencia ha sido contundente: en ausencia de la RdO, la pobreza extrema se hubiese incrementado²⁴.

Bajo la nueva administración de gobierno, se incorporaron al sistema de protección social de Panamá dos programas adicionales de transferencias monetarias llamados “Beca Universal” y “100 a los 70”. La Beca Universal, que inició su ejecución en agosto de 2010, parte de la base de que la carencia de recursos para cubrir los gastos demandados por la asistencia escolar genera deserción escolar (la cual alcanza 3% y 12% en primaria y secundaria, respectivamente). Para disminuir este indicador, otorga un apoyo de 20 balboas mensuales a todo estudiante de educación pre-básica, básica y media, salvo a aquellos que asisten a escuelas que cuestan más de 1.000 balboas al año, condicionado en un rendimiento escolar mínimo²⁵. Con esta focalización, los potenciales beneficiarios del programa son cerca de 64% de los hogares panameños. La Beca

²² Como se observa en el gráfico 3, la RdO extendió el SPS a poblaciones tradicionalmente descubiertas.

²³ Datos para el primer cuatrimestre de 2011.

²⁴ El monto de la transferencia de la RdO es significativo para los hogares más pobres, si se lo compara con su nivel de consumo promedio, representando para el primer decil, cerca del 30% de su consumo. Un ejercicio de microsimulación encuentra que la pobreza extrema hubiera alcanzado al 16,6% en ausencia de la RdO (frente al 14,3% actual) y que en áreas rurales indígenas ésta habría alcanzado 89,7% (frente al 83,7% actual). Cabe destacar que, además de claros efectos sobre la cobertura de la protección social y la pobreza, la evidencia sugiere que la RdO podría estar afectando de modo positivo la acumulación de capital humano de los beneficiarios: Los menores beneficiarios del programa muestran una mayor propensión a concurrir al sistema educativo que sus pares en situación de pobreza extrema pero que no son alcanzados por la RdO, observándose las diferencias más notorias en las áreas indígenas.

²⁵ Los beneficiarios deben tener un promedio mínimo de 3,0 en el caso de la educación básica, y un promedio mínimo de 3,0 por materia para la educación pre media y media. Si el estudiante reprueba el grado, pierde la beca y recién puede volver a recibirla cuando apruebe el grado.

Universal tiene como objetivo operacional beneficiar a 290.000 alumnos en el primer año, a todos los alumnos de escuelas oficiales (800.000) en 2012 y a partir de 2013 a todos aquellos elegibles tanto de escuelas públicas como privadas. Por su parte, el programa “100 a los 70” está enfocado hacia la garantía de un ingreso mínimo a adultos mayores panameños. El programa “100 a los 70” entrega bimensualmente una transferencia monetaria de 200 balboas a los panameños de 70 años o más, que no cuenten con jubilaciones y pensiones, residan en el territorio, y asistan a los controles de salud y participen en charlas, cursos y seminarios de orientación psicológica y médica. Con este mecanismo de focalización, se espera que 10% de los hogares panameños sea elegible. Este programa comenzó a ejecutarse en marzo de 2011, y ya en mayo del mismo año 67.870 adultos mayores recibieron su segundo pago.

Si bien se espera que la Beca Universal y el Programa “100 a los 70” tengan efectos significativos sobre la situación de los individuos más vulnerables del país y sobre el sistema mismo de protección social, dada su novedad no se han evidenciado aún beneficios cuantificables. Resultados preliminares de un estudio de SPH, que utiliza simulaciones para analizar la coherencia de los distintos programas de transferencias monetarias y sus implicaciones en términos de pobreza e incentivos a las familias²⁶, encontraron que la RdO y la Beca Universal alcanzan a hogares en zonas rurales indígenas

Cuadro 8. Porcentaje de población cubierta por programas de transferencias

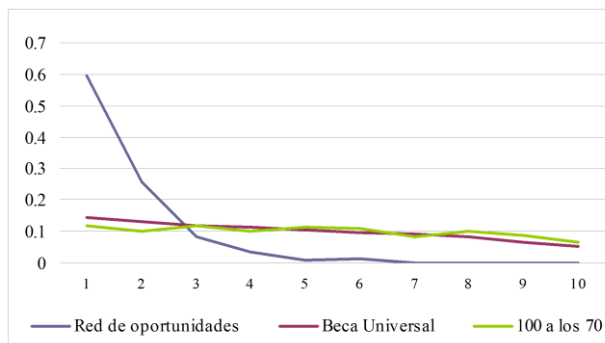
	RdO	Beca Universal	“100 a los 70”
Total	13,3	63,8	10,4
Indigencia	47,3	86,5	11,9
Pobreza	14,4	74,8	11,2
No pobre	1,3	52,3	9,7

pero también a un porcentaje significativo de población no pobre. En el cuadro 8 se observa cómo el programa RdO llega a 13% de los hogares panameños, casi todos indigentes, mientras que “100 a los 70” cubre a un porcentaje similar de hogares, pero en similares proporciones entre indigentes (12%), pobres (11%) y no pobres (10%). La mayoría de pobres y pobres extremos se benefician de la Beca Universal, situación que llega a un poco más de la mitad de los no pobres.

²⁶ Los resultados a continuación son muy preliminares, y se presentan sólo a manera de ilustración de los temas de política.

La fuerte focalización de la RdO y la extensión de los otros dos programas a lo largo de la distribución se evidencian en el gráfico 4. Como se puede ver, mientras que los dos primeros deciles concentran 85% de los beneficiarios de la RdO, los beneficiarios de los otros dos programas se distribuyen de manera más uniforme a lo largo de la distribución, mostrando una leve tendencia decreciente por deciles. El programa más progresivo es Red de Oportunidades, seguido por Beca Universal y luego “100 a los 70”. Sin embargo, la política con un efecto redistributivo mayor es la Beca Universal, básicamente porque el monto de la transferencia promedio es el más elevado²⁷.

Gráfico 4. Cobertura de los programas por deciles de consumo per cápita



A continuación, se resumen las principales fortalezas y debilidades de la RdO. Este diagnóstico plantea retos que pueden servir como base para un plan de acción de fortalecimiento de la Red:

- a) Fortalezas de la RdO: (i) su buen desempeño en la focalización es el logro más claro de la RdO, con 70% de los beneficios concentrados en el primer quintil de ingreso; (ii) se ha desarrollado una capacidad operativa y una experiencia a través de la incorporación de hogares en extrema pobreza tanto en las comarcas indígenas con poblaciones muy aisladas y dispersas como en las zonas rurales y urbanas del país; (iii) posee un diseño de corresponsabilidades que se sustenta en los indicadores de riesgo, pobreza y vulnerabilidad, y que, por lo tanto, puede lograr impactos importantes si se aplican de manera sistemática y se garantiza la oferta de los sectores de educación, salud y nutrición, con calidad, y (iv) ha estimulado la implantación paralela de programas para la ampliación de la cobertura en los servicios de salud materno-infantil y de educación inicial, primaria y media en las zonas de cobertura de la Red, que se orientan a cerrar la

²⁷ Una transferencia es progresiva si el peso en el ingreso de los hogares es decreciente con el nivel de ingreso. El impacto redistributivo de una transferencia suele considerarse comparando la distribución del ingreso antes y después de la transferencia.

“brecha” de atención para esta población. Estos programas de fortalecimiento de la oferta requieren ser ampliados y fortalecidos²⁸.

- b) Debilidades de la RdO: (i) aún no ha logrado consolidar un mecanismo de pago regular y periódico de las transferencias realizadas por entidades externas y especializadas, con mecanismos adecuados de seguridad y transparencia; (ii) necesita actualizar la información de beneficiarios, lo que fortalecerá la certeza y la transparencia del programa; (iii) requiere un intenso fortalecimiento de la capacidad operativa del equipo a cargo de la RdO en el MIDES, a nivel central y regional; (iv) carece de un sistema informático de gestión para dar soporte al conjunto de los procesos y sus implicaciones sobre el control y la calidad de la información, la falta de verificación de corresponsabilidades, las debilidades en los procesos de conciliación sobre la entrega de recursos por parte de las entidades pagadoras y de monitoreo sobre los servicios, las familias y las transferencias; (v) incluye dos tipos de intervenciones: el bono de alimentos de Senapan en 22 comarcas indígenas coexiste con transferencias monetarias del MIDES para el resto de beneficiarios (ambos deberían ser integrados reemplazándose el bono familiar por una transferencia monetaria); (vi) posee un esquema de transferencias único para las familias beneficiarias, independientemente de la composición demográfica de las familias y del nivel de escolaridad (y el costo de oportunidad) de los estudiantes del hogar, y (vii) no existe un marco legal apropiado que asigne fondos permanentes para el funcionamiento de la RdO.

3.2 Institucionalidad y principales programas para la atención a la primera infancia

Justificación a la intervención prioritaria en AIPI. Además de la evidencia empírica en términos de vulnerabilidad de la primera infancia, se destacan tres razones principales por las que existe un importante argumento de política pública para la atención a la primera infancia en Panamá:

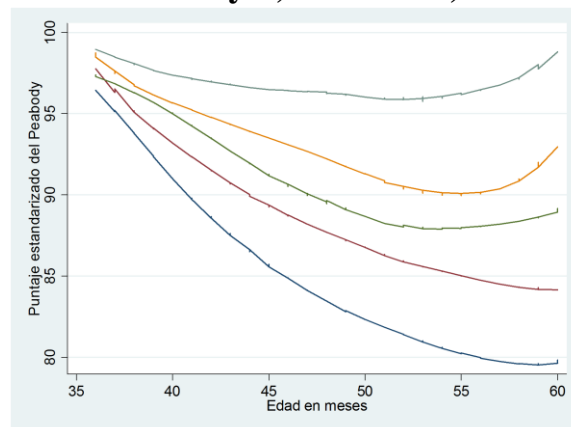
- a) Los primeros años de vida de una persona son definitivos en la formación de sus capacidades físicas, cognitivas y psicosociales, las cuales dependen en gran medida de

²⁸ Es el caso del PAISS + N en salud, o la educación multigrado, por ejemplo.

su acceso a salud, nutrición y estimulación. La experiencia internacional, respaldada por un importante acervo de investigaciones²⁹, demuestra que hay una alta correlación entre las condiciones alcanzadas por un niño o niña en su primera infancia en términos de nutrición, salud, capacidad cognitiva y desarrollo psicosocial, y su desempeño en el futuro en términos de mejor rendimiento académico, menor deserción escolar, mejores ingresos, y menor morbilidad y criminalidad futuras. Asegurar un desarrollo saludable e integral de los niños es por tanto una inversión que se traduce en retornos económicos tangibles.

- b) Las inversiones en la infancia temprana fomentan mayor equidad y potencian los impactos de otras inversiones. Las desventajas socioeconómicas han mostrado tener, en algunos niños y niñas, un impacto empobrecedor en el desarrollo cognitivo, lingüístico e intelectual. En efecto, los niños criados en pobreza muestran una tendencia a un desarrollo integral menor que el correspondiente a su edad cronológica, a diferencia de sus pares de otros niveles socioeconómicos (el Gráfico 5 muestra, como ejemplo, el caso de Colombia). La corrección de esta inequidad recae en gran medida en el Estado, naturalmente con la debida corresponsabilidad de las familias y la sociedad civil. Tradicionalmente, los esfuerzos realizados por los gobiernos con el fin de lograr igualdad de oportunidades estaban centrados en aumentar la cobertura de los niños que asistían a educación básica. No obstante, toda vez que la brecha en desarrollo infantil comienza en los años críticos que preceden al ingreso a

Gráfico 5. Desarrollo cognitivo según quintil de ingreso para niños de SISBEN 1 y 2, Colombia, 2006



Nota: La línea superior corresponde al quintil superior, y la inferior al quintil inferior de ingresos de la población SISBEN 1 y 2.

Fuente: Bernal et al. 2009 Evaluación de impacto del programa HCBF.

²⁹ Para más información remitirse a Bernal Raquel et al. (2009) La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia. Convenio interinstitucional con ICBF.

la escolaridad básica, trabajar en el fortalecimiento de la primera infancia se vuelve un factor crítico para multiplicar los resultados en niveles educativos superiores. El Estado debe garantizar, como una política de equidad, que los niños y niñas más pobres y vulnerables tengan una atención integral en su primera infancia.

- c) En Panamá existe la posibilidad de lograr altísimos beneficios en equidad y desarrollo socioeconómico, a través de una extensión focalizada de la inversión en desarrollo infantil temprano de alta calidad, pues 49,4% de los niños menores de 6 años viven en condiciones de pobreza y 24,6% viven en indigencia. El gráfico 5, elaborado para el caso de Colombia, muestra cómo incluso entre los hogares de los niveles socioeconómicos menos favorecidos se observan diferencias importantes entre los niveles de desarrollo cognitivo de los niños asociadas al nivel de riqueza, y la brecha entre los niños más ricos y los más pobres se agranda en forma importante precisamente entre los 3 y los 5 años de edad, favoreciendo a quienes están en una situación socioeconómica relativamente próspera³⁰. La misma tendencia se observa en otros países latinoamericanos, como es el caso de Ecuador.

Orientación de política y normatividad. Panamá cuenta con una serie de normas, decretos y leyes que reflejan el interés del Gobierno por promover el desarrollo infantil temprano (DIT) en el país. El enfoque que sustenta este marco normativo parte por reconocer que los niños y las niñas son sujetos de derecho y que la primera infancia (entre los 0 y 6 años de edad) es un período crucial del ciclo vital, por ser la etapa cuando el ser humano desarrolla sus potencialidades básicas. Así, los derechos de los niños panameños están protegidos en la Constitución Nacional (1983), que establece la obligatoriedad y gratuidad de la educación para los niños de 4 y 5 años de edad, a la vez que en el Código de la Familia (1994) se ratifica la responsabilidad del Estado de proteger y garantizar los derechos de los menores de edad. En las últimas tres décadas y con base en los fundamentos legales que han apoyado las iniciativas de atención a la primera infancia, el país ha avanzado en el desarrollo de intervenciones específicas

³⁰ El nivel de desarrollo cognitivo medido en el gráfico 5 se basa en el puntaje estandarizado de un test de habilidad cognitiva llamado el test de “Vocabulario en imágenes Peabody”. Este test tiene una desviación estándar de 15, y un puntaje de 100 corresponde al rendimiento promedio de la población de referencia. Los datos para los pertenecientes a SISBEN 1 y 2 en Colombia muestran que a la edad de 3 años los niños de todos los quintiles se encuentran levemente por debajo de la población de referencia. A los 5 años los niños en el quintil más bajo de ingreso (dentro de aquellos de SISBEN 1 y 2) se encuentran más que una desviación estándar por debajo de lo que deberían estar.

a esta población, pero de manera sectorial. En noviembre de 2005, el GPA reglamentó el servicio médico gratuito y universal para todos los niños y niñas menores de 5 años. Así mismo, se han impulsado iniciativas de salud complementarias dirigidas a generar impactos en el DIT, como las desarrolladas con el apoyo de organismos internacionales como el BID y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el diseño e implementación de los planes (i) Nacional de Salud de la Niñez y Adolescencia 2008-2012, (ii) Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil 2008-2015 y (iii) Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015³¹.

Pese a ello, la falta de una política de infancia clara, junto a la débil coordinación interinstitucional, exigieron el desarrollo de un marco normativo e institucional que abordara el enfoque de integralidad en la atención de los más pequeños, estableciendo como principal reto, la articulación de los componentes de educación inicial, salud, nutrición y protección en un sistema unificado de servicios de alta calidad para la infancia. Así, y derivado del creciente interés por satisfacer las necesidades de la población menor de 6 años, el GPA ha hecho de la atención integral a la primera infancia (APII) una prioridad nacional. En efecto, la actual administración se ha propuesto metas específicas en nutrición, educación inicial y DIT como parte de las propuestas programáticas para la formación del capital humano y la inclusión social, presentadas en el Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014, otorgando prioridad a la atención de la población infantil indígena.

Entre las metas prioritarias de DIT que el GPA estableció en su Plan Estratégico, están³²: (i) mejorar la calidad de los programas tradicionales y no tradicionales de DIT y evitar el traslape de intervenciones; (ii) incluir la estimulación psicosocial y cognitiva en los programas de nutrición y salud para las comunidades de alto riesgo; (iii) ampliar la oferta de educación inicial y preescolar de los programas desarrollados por el Ministerio de Educación (MEDUCA) en 34.200 nuevos cupos para los niños y las niñas entre los 3 y 5 años de edad; (iv) ampliar la cobertura por parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en los Centros de Orientación Infantil (COIF) a nivel comunitario, especialmente para los niños menores de 3 años; (v) reducir

³¹ Banco Mundial; Earth Institute y Fundación ALAS (2010). Fortalecimiento de políticas públicas y programas de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe.

³² Presidencia de la República de Panamá (2009). Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014.

la malnutrición a través del fortalecimiento de la atención primaria en salud y aumentando la cobertura de agua y saneamiento en programas coordinados por el Ministerio de Salud (MINSa) y; (vi) crear Centros de Recuperación Nutricional y Alimentación Complementaria, con prioridad a la Comarca Ngöbe Buglé a cargo de Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN), entre otras.

Base Institucional de la atención a la primera infancia. La expedición de los Decretos Ejecutivos 201 y 216 de 2009 marcó dos hitos importantes en el establecimiento de la plataforma estratégica para la AIPI en Panamá: (i) la reglamentación de la política pública de atención integral a la primera infancia, impulsada por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) como ente rector de las políticas sociales para los grupos de atención prioritaria y; (ii) la creación del Consejo Asesor de la Primera Infancia. Este Consejo, de carácter público-privado y presidido por la Primera Dama, está conformado por representantes del más alto nivel de los Ministerios de Salud (MINSa), Educación (MEDUCA) y Desarrollo Social (MIDES), así como de entidades del sector privado y ONG con importante trayectoria de trabajo con la niñez, quienes comparten la responsabilidad por el diseño, la implementación, la articulación institucional, el seguimiento y el monitoreo de intervenciones de AIPI.

Posteriormente, en abril de 2011 y bajo la coordinación del MIDES, se formuló y puso en marcha el Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI), el cual tiene como propósito servir de herramienta para articular programas y líneas de acción que aseguren el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años de edad, en todo el territorio nacional³³. A través de este Plan y de manera concertada, se identificaron los principales nudos críticos en la atención a esta población, se delimitaron las áreas de intervención para el DIT y se definieron 10 “productos estrella”, o estudios y/o actividades necesarios para establecer la plataforma conceptual, operativa y financiera necesaria para brindar una atención efectiva a la primera infancia. Si bien la problemática del DIT y las correspondientes estrategias de intervención están claramente enunciadas, el país debe avanzar en la definición e implementación de acciones específicas que permitan materializar los objetivos del citado Plan, a corto y mediano plazo.

³³ Decreto Ejecutivo 201 del 27 de noviembre de 2009. Incluir link electrónico al [Plan de Atención Integral a la Primera Infancia \(PAIPI\) Panamá](#).

El más reciente paso ha sido el diseño de un Plan de Inversiones en primera infancia, el cual se encuentra en proceso de elaboración y que pretende contribuir al desarrollo de un mecanismo efectivo de articulación de recursos económicos dirigidos a la primera infancia. Con base en la información disponible, se calcula que el GPA tiene proyectado un gasto total de B/. 142 millones en el periodo de 2012 a 2015,³⁴ recursos que estarían destinados específicamente a: (i) aumento y capacitación de personal idóneo para el sector de la salud; (ii) expansión de Centros de Orientación Infantil y Familiar (COIF) para la atención de niños y niñas menores de cuatro años; (iii) avanzar en la universalización de la educación preescolar y; (iv) desarrollo de programas de orientación familiar.

Principales programas de atención a la primera infancia según ente responsable³⁵
Panamá cuenta con una variedad significativa de programas a partir de los cuales se atiende a la primera infancia. A continuación, se presenta una descripción breve³⁶:

Ministerio de Educación. El acceso a una educación de calidad, es una herramienta que contribuye a la reducción de la pobreza y al desarrollo económico y social de un Estado. Uno de los ejes prioritarios del GPA se orienta a proveer una educación de calidad con igualdad de oportunidades, en donde la universalización de la educación inicial cobra máxima relevancia. Para el rango de edad de 0 a 6 años, con un especial énfasis en el rango de 3 a 6 años, Panamá cuenta con una oferta pública y privada de educación formal y no formal brindada a través de las siguientes modalidades que el MEDUCA coordina directamente³⁷ (i) Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial (CEFACI); (ii) Centros de Educación Inicial Comunitario (CEI); (iii) Educación Inicial en el Hogar (EIH) y la educación preescolar (exclusivamente para niños de 4 a 6 años de edad).

³⁴ Programa de inversiones en la primera infancia en Panamá (Versión Jun. 6, 2011). Documento preliminar y en revisión. MIDES, 2011.

³⁵ El enlace electrónico "[Principales programas que cobijan a la primera infancia y la familia](#)". incluye una tabla con un listado detallado de planes y programas de DIT vigentes en Panamá.

³⁶ Se hará énfasis sobre programas específicos de Educación y Desarrollo Social. Véase la [Nota Técnica de Salud](#) para mayor detalle sobre intervenciones clave en primera infancia.

³⁷ Para efectos de la presente nota y dada la amplia gama de servicios disponibles, se hará énfasis en la oferta pública, por ser el foco de interés. De igual modo, conviene advertir que no se cuenta con lineamientos definidos para cada una de estas modalidades, lo que dificulta la caracterización de éstas en términos de costos o calidad (por ejemplo intensidad horaria, relación docente-niño y costos de canasta de atención).

Los Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial (CEFAC EI) son modalidades de atención no convencional que empezaron a funcionar en 1997 y están dirigidas a niños, niñas (menores de 6 años) y familias que viven en condiciones de pobreza en zonas rural, indígena y urbana. Este programa involucra la participación de todos los actores del proceso educativo (familia, comunidad y educadores), responsables por el desarrollo pleno de la primera infancia y se desarrolla en Centros Educativos. Busca proporcionar servicios educativos y asistencia a la población infantil, así como orientación a los padres para potenciar el desarrollo integral de los y las niñas desde el hogar. Los actores encargados del trabajo en los CEFAC EI son promotores(as) educativos escogidos por la comunidad, quienes reciben capacitación por parte del MEDUCA. Este programa está distribuido en las 13 regiones escolares a nivel nacional y focalizado en los 185 corregimientos de extrema pobreza, con una cobertura de 25.200 niños a 2008³⁸. Así mismo, aproximadamente 12.500 padres y madres de familia son beneficiados por este programa cada año³⁹.

Los Centros de Educación Inicial Comunitario (CEIC) cumplen el mismo propósito que los CEFAC EI, pero focalizan beneficiarios en zonas de baja densidad poblacional. Su operación inició en octubre del 2006, con la apertura de 40 CEIC, que para el 2007 ascendieron a 116 Centros, con una cobertura total de 1.160 niños y niñas. Ese mismo año, 118 promotoras fueron capacitadas en educación inicial y metodologías lúdicas para atender a la población infantil en estos Centros, los cuales operan por un período de 10 meses al año⁴⁰. A 2008, se reportaba la existencia de 170 de estos centros, que alcanzaron una cobertura de 1.890 beneficiarios⁴¹.

Los programas de Educación Inicial en el Hogar (EIH) están dirigidos a la población infantil menor de 6 años y sus familias, ubicados en áreas indígenas y rurales apartadas, con nula o escasa oferta institucional de educación preescolar. Esta modalidad también inició en 1997 y pretende brindar orientación y apoyo a los miembros de familias con niños menores de cinco años para garantizar su desarrollo integral. Los actores educativos en este programa son madres animadoras, escogidas por la comunidad. A 2008, 5.313 niños y niñas han sido beneficiados bajo

³⁸ Ministerio de Educación (2008). Reporte oficial de matrícula de educación preescolar.

³⁹ Organización de Estados Iberoamericanos (2007). Experiencias no escolarizadas de educación inicial en Panamá.

⁴⁰ Ministerio de Educación (2007). Implementación de los Centros de Educación Inicial Comunitario (CEIC). Documento elaborado por la Dirección Nacional de Educación Inicial. Sin más datos de edición.

⁴¹ Ministerio de Educación (2008). Reporte oficial de matrícula de educación preescolar.

esta modalidad⁴². Finalmente, la educación preescolar hace parte de la oferta formal tradicional, de cobertura nacional, para los niños de cuatro a cinco años. Para este fragmento de la población, el objetivo es universalizar el acceso y mejorar la calidad.

A pesar de los claros esfuerzos del sector por desarrollar modalidades que faciliten el acceso, se presenta una integración insuficiente de la primera infancia a la oferta educativa. Como se observa en el cuadro 9, para 2008, 94.298 niños y niñas de 0 a 5 años estaban matriculados en alguna modalidad de educación inicial: 79.786 en el sector público y 15.142 en el sector privado. Para ese mismo año, la población estimada de población menor de 5 años era de 417.758 niños y niñas (INEC, 2009). Al cruzar el dato de la población, con la matrícula total (oficial y particular) en preescolar, resulta que sólo 23% de la primera infancia tiene acceso a alguna modalidad de educación inicial (PAIPI, 2011).

⁴² Ídem.

Cuadro 9: Matrícula en educación preescolar oficial y particular, 2008

Dependencia y origen	Escuelas / Modalidades	Total
Total	2.977	94.928
Oficial	2.584	79.786
Formal	827	41.795
Municipal	13	973
Institucional	29	2.083
CEIC*	170	1.890
CE.FA.CE.I.*	1.099	25.265
Educación Inicial en el Hogar*	375	5.313
Ministerio de Desarrollo Social**	71	2.467
Particular	393	15.142
Formal	214	11.555
Alfabetización y literatura (Alfalit)*	31	634
Iglesia Católica*	106	1.980
Iglesia Evangélica*	28	681
Iglesia Adventista*	11	219
Iglesia Bautista*	1	21
Iglesia Bahai*	1	25
Iglesia Metodista*	1	27

*Modalidades de educación preescolar no formal (no son escuelas).

**No se tiene claridad a qué modalidad hace referencia.

Fuente: Reporte oficial, MEDUCA, 2008.

Las cifras presentadas anteriormente esconden grandes heterogeneidades entre matrículas por grupo etario. Como se puede observar en el cuadro 10, el déficit en cobertura se concentra en aquellos niños y niñas que tienen entre 0 y 3 años de edad.

Cuadro 10: Distribución de la matrícula en educación preescolar oficial y particular por edad y género, 2008

Edad	Número	Total	
		H	M
Total	94.928	48.356	46.572
> 1 año	599	303	296
1 año	1.080	543	537
2 años	1.788	923	865
3 años	4.147	2.089	2.058
4 años	28.397	14.344	14.053
5 años	55.719	28.512	27.207
6 años	3.109	1.592	1.517
7 años	89	50	39

Fuente: Reporte oficial. MEDUCA, 2008.

En este contexto, el MEDUCA tiene como objetivo para el cuatrienio fortalecer los diferentes programas arriba mencionados y aumentar la oferta para los niños entre los 3 y 5 años. En la actualidad, de una población cercana a 69.500 niños de 3 años, apenas se matriculan 6%, mientras que en los grupos etarios de 4 y 5 años (69.100 y 68.700, respectivamente) la matrícula alcanza a 41% y 87%, respectivamente. La ampliación de cobertura que se ha fijado el GPA en esta materia asciende a 34.200 nuevos cupos, para lo cual impulsará de manera gradual la construcción de 946 aulas de preescolar con una inversión total estimada de B/. 45 millones a 2014⁴³, con el fin de elevar las tasas de matrícula a 15%, 60% y 100% de los niños de 3, 4, y 5 años, respectivamente.

Ministerio de Desarrollo Social. Dada la alta demanda del servicio de atención a la primera infancia, el MIDES participa activamente en varios aspectos de la educación inicial y la AIPI a través de los Centros de Orientación Infantil y Familiar (COIF) que funcionan en instituciones públicas y privadas, estatales y municipales. Los COIF surgieron del interés por cubrir el rango de la población infantil, por fuera del sistema educativo formal. Así, esta

⁴³ Presidencia de la República de Panamá (2009). Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014.

modalidad tiene como objetivo brindar atención integral a niños y niñas menores de 4 años de edad⁴⁴, a través de espacios que promuevan su desarrollo y la formación a sus familias. El objetivo es brindar la estimulación temprana, la educación inicial, la salud integral preventiva y la salud nutricional necesarias para el DIT, así como incidir en el desarrollo de un óptimo ambiente familiar.

Esta modalidad es quizá la que en la actualidad más se acerca al concepto de desarrollo infantil e integralidad propuesto en la normatividad vigente, como lo es el PAIPI. Sin embargo, no se cuenta con información cuantitativa y cualitativa sobre el impacto de esta intervención en el DIT. Así mismo, información parcial disponible, sugiere que algunos de estos centros no cumplen con estándares de calidad, en términos de condiciones físicas y de seguridad, para brindar una atención adecuada a los niños⁴⁵. De acuerdo con información reportada, hay diversidad de COIF en términos de tamaño y carácter (público, privado, ONG), lo cual genera diferencias, no sólo en calidad de la atención, sino en los gastos de inversión, como el pago de nómina y la canasta de atención *per cápita*. Para citar un ejemplo, el valor mensual de la canasta por niño es de B./ 15 en centros que ofrecen los servicios básicos, mientras que en centros que incorporan servicios adicionales, el valor mensual de la canasta asciende a B./ 45⁴⁶.

Una innovación interesante que el GPA quiere llevar adelante es el Centro de Orientación Infantil y Familiar Asociado (COIFA) semiprivado, donde el gobierno subsidiará 50% de los costos de inversión, alentando a mujeres emprendedoras para iniciar y administrar su propio centro. Así, esta iniciativa busca empoderar a las mujeres, fomentar su inclusión en el mercado laboral y generar plazas de trabajo, mientras se amplía la oferta de AIPI⁴⁷.

Con respecto a coberturas, las cifras oficiales muestran que en 2008 había 4.147 niños y niñas de 3 años de edad captados en los COIF, mientras que información más reciente señala que a 2010 los COIF atendían a un total de 8.581 niños y niñas entre los 0 y 4 años de edad. Por su

⁴⁴ Pese a que la edad obligatoria para ingresar a la educación preescolar formal es a partir de los 4 años, el MIDES señala que hay niños y niñas de esta edad que asisten a los COIF.

⁴⁵ Propuesta de consultoría para el proyecto de 100 COIF nuevos (2011). Documento suministrado por el MIDES. Sin más datos de edición.

⁴⁶ Programa de inversiones en la primera infancia en Panamá (versión junio 6, 2011). Documento en elaboración, suministrado por el MIDES. Sin más datos de edición.

⁴⁷ Ídem.

parte y en línea con lo planteado en el Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014 y el PAIPI, el Programa de Inversiones en Primera Infancia (2011) prevé la expansión de los COIF para el cumplimiento de la meta de 8.000 nuevos cupos a 2015. Este Programa de inversiones establece que este incremento de 8.000 cupos se distribuirá así: (i) 50% de la nueva capacidad en COIF, o 4.000 plazas nuevas; (ii) 30% (2.400 plazas) se cubrirá a través de COIFA, y el 20% restante (1.600 plazas) será oferta privada o de ONG y no requiere gastos públicos. Para lograr esto, se estima una inversión en espacios nuevos equivalente a B./ 6.080.000 a 2015 y en gastos públicos recurrentes adicionales de B./ 5.413.600 por año.

Una oferta fundamental del MIDES, en lo que se refiere a la primera infancia es la Red de Oportunidades. En materia de primera infancia, la Red representa una plataforma idónea para afectar el entorno inmediato del niño y la niña y garantizar de esta forma la integralidad en la atención. De hecho, el Programa de Inversiones en Primera Infancia la identifica como un área estratégica para la intervención del DIT y propone inversiones para fortalecerla. El objetivo es maximizar sinergias entre la oferta del Estado y fortalecer el cumplimiento de las condiciones para recibir la transferencia, mediante la vinculación de los padres en programas de orientación familiar. Lo anterior se lograría a través de talleres mensuales con los padres y visitas mensuales al hogar, sólo para las familias con madres gestantes y niños menores de los años. La frecuencia se reduciría a la mitad después del segundo cumpleaños del niño y duraría hasta tres meses después del ingreso a la escuela primaria. Bajo los anteriores supuestos, se estima que el costo unitario anual por familia sería de B./ 78,60 y el costo anual sería del orden de B./ 2.062.474, si todas las familias en extrema pobreza (es decir, 26.250) participaran.

*Ministerio de Salud*⁴⁸. Como instancia encargada de velar por la salud de la población en general, a través del desarrollo de actividades de promoción, protección, restitución y rehabilitación de la salud, el MINSA cuenta con planes y programas que aseguran la atención básica en este componente y en el de nutrición a población infantil, madres gestantes y lactantes; los cuales se enlistan en el enlace electrónico "[Principales programas que cobijan a la primera infancia y la familia](#)". La gran variedad de programas demuestra que el MINSA cuenta con los medios necesarios para ofrecer el servicio de salud requerido para la atención a la primera

⁴⁸ Para conocer un listado detallado de servicios de salud que abarcan la primera infancia en Panamá, remítase al enlace electrónico "[Principales programas que cobijan a la primera infancia y la familia](#)".

infancia, pero una debilidad detectada es que el sector no está organizado alrededor de la primera infancia como etapa, sino que su organización es más bien programática.

La malnutrición es un factor de riesgo asociado a alteraciones en el crecimiento (talla y peso) y en el desarrollo cognitivo y social de los niños y niñas. Según el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, todas las inversiones del sector en nutrición representan una inversión anual de aproximadamente B./ 20 millones (cerca del 1,4% del gasto público en salud y educación). A pesar de los esfuerzos, la desnutrición crónica y otros problemas de salud materno-infantil urgente siguen siendo una preocupación nacional. Para esto, el GPA se ha propuesto ampliar la cobertura en los programas de: (i) desparasitación masiva a niños de 2 a 5 años de edad; (ii) suplementación preventiva de hierro y ácido fólico a mujeres en edad fértil y niños menores de cinco años, y (iii) fortalecimiento de la red de servicios de salud en comarcas indígenas, entre otros⁴⁹. Por otra parte, el Programa de Inversiones en la Primera Infancia plantea que entre los factores asociados a los problemas de salud materno-infantil figuran: (i) la escasez cuantitativa y cualitativa de personal de salud, en particular calificado, y (ii) las dificultades para el acceso a servicios médicos. En relación con el primer punto, se propone como meta global capacitar e incrementar el número total de trabajadores de la salud a 2,5 por 1.000 habitantes en cada provincia que esté por debajo de ese umbral, mientras que para el segundo se sugiere la compra de ambulancias vehiculares y acuáticas, y la transformación de puestos de salud a centros de salud en zonas sub-atendidas. Se estima que estas inversiones estén cerca de los B./ 21.200, a lo que se le adicionaría un costo aproximado de funcionamiento de B./ 751.760 por año⁵⁰.

Despacho de la Primera Dama. Esta oficina desarrolla programas, proyectos y actividades dirigidos a fortalecer y complementar la política social del Gobierno Nacional. Además de tener la responsabilidad de presidir el Consejo Asesor de Primera Infancia, participa activamente en el diseño y seguimiento a la formulación de estrategias innovadoras de DIT.

Como parte de la Estrategia Nacional, el Despacho elaboró recientemente una propuesta técnica para elevar el desarrollo psicomotor de la población menor de 4 años de edad a través de

⁴⁹ Presidencia de la República de Panamá (2009). Plan Estratégico de Gobierno 2010-2014.

⁵⁰ Ídem.

la construcción de salas o unidades de estimulación temprana.⁵¹ Los componentes del proyecto son: (i) construcción de 10 unidades de estimulación que harían parte de la red fija del sistema de salud panameño; (ii) adecuación/adaptación de 31 unidades en centros de salud seleccionados; (iii) dotación y capacitación de personal, y (iv) producción de herramientas pedagógicas. La meta potencial es beneficiar a 60% de los menores de 4 años en el presente cuatrienio. El costo total estimado para el desarrollo de esta iniciativa es de B./ 9.051.086.

Instituto Panameño de Rehabilitación Especial. Desarrolla servicios y recursos de rehabilitación especial de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, a la vez que promueve su inclusión educativa y social. La estimulación temprana en Panamá inició en el IPHE, creado en 1951, con niños nacidos en condiciones de alto riesgo y con discapacidad. En la actualidad el IPHE tiene salas de estimulación grupal en todos los corregimientos del distrito capital y en las cabeceras de provincias del interior del país, para lo cual cuenta con 73 estimuladores que trabajan en Hospitales, Centros de Salud y Policlínicas de la Caja del Seguro Social a nivel nacional. Según un diagnóstico realizado por el Despacho de la Primera Dama, estos servicios se prestan con amplias deficiencias tanto en infraestructura, como en las dotaciones y disponibilidad de personal especializado, lo que evidencia que no hay un servicio continuo⁵².

⁵¹ Ministerio de la Presidencia de la República de Panamá (2011). Programa de Desarrollo Infantil Temprano. Red de Salas de Estimulación Temprana. Solicitud de Cooperación a Taiwán. Sin más datos de edición.

⁵² Ídem.

IV. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA DE CARA A LOS RETOS EN PROTECCIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

4.1 Protección social

Panamá vive un período de crecimiento sostenido que se ha reflejado en mejoras sistemáticas en indicadores económicos y sociales básicos. El dinamismo económico de la última década se tradujo en una fuerte reducción del desempleo, una reducción de la informalidad laboral y una caída en la incidencia de la pobreza extrema y no extrema. A su vez, los altos niveles de desigualdad en la distribución del ingreso que caracterizan al país muestran un auspicioso patrón descendente desde mediados de la década pasada. Sin embargo, pese a estos avances, persisten fuertes brechas y disparidades regionales en los logros alcanzados en distintas dimensiones constituyentes del bienestar. Las diferencias entre el medio urbano, rural no indígena e indígena persisten, y no hay evidencias que indiquen una tendencia hacia su reducción. Panamá enfrenta el desafío de aprovechar el período de bonanza económica para construir bases sólidas que permitan afrontar algunos de los problemas sociales endémicos: alta incidencia de la pobreza extrema en las comunidades rurales, especialmente indígenas; brechas en el acceso a servicios básicos de salud y educación; inserciones laborales endebles y de baja productividad entre los empleados con menor nivel educativo y adscriptos a los segmentos menos dinámicos de la economía, etc. El propio dinamismo económico podría estar en cuestión sin avances sustanciales en esta dirección que sustenten un incremento sostenido y equitativo en la dotación de capital humano –en educación y salud– y el grado de integración de su población.

Panamá se encuentra inmerso en un proceso de transformación de su matriz de protección social, con la incorporación de varios programas de transferencias de ingresos específicos. La cobertura de Red de Oportunidades, implementada en 2006, se complementa con dos dispositivos innovadores cuya implementación está actualmente en marcha: el programa “100 a los 70” y la Beca Universal. El esfuerzo institucional y fiscal que implica el despliegue de estos programas es importante, requiriéndose evaluaciones sistemáticas sobre sus impactos y eficiencia. El programa “100 a los 70” conlleva a cubrir un déficit de cobertura específico del sistema de protección social, asociado a la contingencia de la vejez en ausencia de cobertura del sistema de seguridad social contributivo. Por su parte, las becas universales alientan la acumulación de capital humano en las cohortes más jóvenes, otra dimensión donde la sociedad

panameña requiere de avances vigorosos. No obstante, subsiste la duda sobre la pertinencia de los esquemas de cobertura de corte universalista en que se basan ambos programas, que evitan prioritizaciones necesarias en el contexto de una sociedad con fuertes disparidades sociales y avances desiguales en el bienestar de su población. Ambos programas, implican la transferencia de recursos importantes a sectores de la sociedad que se encuentran, en términos relativos, en situaciones privilegiadas. Un 25% del total de recursos destinados al programa “100 a los 70” serían percibidos por 30% de las personas más ricas de la sociedad panameña, y un 20% de la Beca Universal también sería recibido por los tres últimos deciles de la distribución; mientras que más de 50% del total de recursos de ambos programas serán apropiados por 50% de la población en mejores condiciones socioeconómicas del país. En vista de esta situación, se recomienda:

- (i) **Analizar si los requerimientos presupuestales de la Beca Universal y “100 a los 70” podrían ser aplicados a programas que se encuentren más claramente destinados a reducir brechas de acceso a recursos y servicios básicos, a partir de esquemas más focalizados** y cuyos efectos presentes (reducción de la pobreza y la desigualdad) y futuros (reducción de brechas sanitarias, nutricionales y educativas) pudieran coadyuvar a que Panamá continúe transitando por una senda de crecimiento sostenido con mejores niveles de equidad e integración social. Focalizar los recursos fiscales en poblaciones vulnerables puede constituir una estrategia eficiente y eficaz en pos de obtener estos objetivos.
- (ii) **Se requiere ampliar la cobertura de la malla de protección social entre los sectores más vulnerables.** Este desafío implicará diseñar adecuadamente nuevos dispositivos de protección que permitan incluir en la malla de protección a la totalidad de la población en situación de vulnerabilidad. Red de Oportunidades logró avances significativos de cobertura de la población panameña más vulnerable. Cerca de la mitad de la población en situación de pobreza extrema participa en el programa. Los programas comentados en este apartado pueden constituir un germen en esta dirección, desde que podrían alcanzar sectores en situación de desprotección que, por distintas razones, no han sido incluidas en Red de Oportunidades. Por ejemplo, programas que atiendan la situación del adulto mayor en situación de privación podrían mejorar sensiblemente la cobertura global de la red de protección social. Un objetivo razonable sería mejorar la cobertura entre la

población pobre, mejorando así su capacidad para atender las vulnerabilidades sociales, lo cual requeriría definiciones estratégicas precisas sobre el universo objetivo de las políticas vigentes y las futuras a ser diseñadas.

- (iii) **A su vez, se requieren mejoras sistemáticas en la institucionalidad de soporte de las políticas sociales, incluyendo documentación y evaluación sistemática de todos los programas.** Hasta el momento la Red Oportunidades, Plan de Seguridad Alimentaria, “100 a los 70” y Beca Universal han sido pensados como programas no contributivos basados principalmente en el MIDES, MINSA, Senade y MEDUCA. Sin embargo, la coordinación de estos programas parece aún frágil, lo que puede debilitar las sinergias imprescindibles para mejorar su eficiencia global. Un dato no menor, que informa sobre algunas debilidades institucionales, es la ausencia de documentación sistemática sobre los objetivos, avances, criterio de selección (altas y bajas) de beneficiarios y evaluaciones de los distintos programas. El presente estudio encontró limitantes importantes en esta área. La falta de documentación desalienta el aprendizaje institucional y limita la posibilidad de reformular a partir de información sistemática los programas. El sistema no contributivo de protección no cuenta tampoco con un marco normativo sólido e integrado, lo que puede dar lugar a problemas futuros de sustentabilidad. La cobertura del sistema de protección social entre la población vulnerable debe ser pensado como un tema de largo plazo o permanente, para que resulte plausible obtener resultados de largo aliento que rompan los circuitos de reproducción intergeneracional de la privación.
- (iv) **Las políticas de transferencias no contributivas, que incentivan la demanda por servicios de educación y salud, deben acompañarse de un importante esfuerzo de redimensionamiento de la oferta de servicios.** Red de Oportunidades presionó sobre la demanda de servicios de educación y salud básicos, pero los nuevos programas como Beca Universal y “100 a los 70” implicarán por su mayor alcance una disposición de infraestructura —fundamentalmente vinculada al sistema educativo— aún mayor. Es crucial la creación de centros escolares o de salud necesarios para elevar el nivel de vida de la población objetivo y hacer efectivas las contraprestaciones. Dadas las disparidades en los niveles de matriculación según estrato socioeconómico y radicación geográfica, la respuesta de la oferta es clave para aprovechar los incentivos creados desde los programas mencionados. Asimismo, es necesario monitorear la calidad de los servicios,

en el caso de la educación podría darse el caso que la llegada masiva de estudiantes incentivados por Red de Oportunidades o Beca Universal a centros educativos ubicados en áreas vulnerables genere problemas de calidad. En los centros de salud podría darse un patrón similar, tanto Red de Oportunidades como “100 a los 70” tienden a demandar más servicios en esta área. Es de destacar que los diversos diagnósticos existentes ponen de manifiesto importantes carencias a nivel de personal especializado y desabastecimiento periódico.

- (v) **Las políticas alimentarias y sanitarias constituyen un eslabón clave para el desarrollo de la protección social.** Los problemas nutricionales en la población infantil continúan siendo acuciantes. Si bien no hay estudios recientes, en 2008 aproximadamente 60% de los niños menores de 5 años en situación de desnutrición crónica no accedía a los beneficios de las principales políticas de protección nutricional. El estado nutricional de los niños depende de factores genéticos, ambientales y de infraestructura, como es el caso del acceso a agua potable y saneamiento. La superación de la pobreza de ingresos o el acceso a transferencias no es suficiente para lograr avances en términos de abatimiento de la desnutrición crónica, la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mortalidad materna. Existe una multiplicidad de instituciones implementando programas de combate a la desnutrición, por lo que se requiere de una fuerte coordinación interinstitucional. A su vez, la expansión de la red de saneamiento y agua potable es uno de los aspectos que inciden en los logros nutricionales y sanitarios y que deben ser atendidos con prioridad. Los resultados hallados en el presente trabajo indican que este tipo de infraestructura sanitaria explica un segmento significativo de las diferencias en la situación nutricional de los niños menores de 5 años. Como sucede con los otros componentes de la red de protección social, se vuelve necesario realizar una evaluación de impacto rigurosa de las intervenciones alimentarias y de salud, para establecer los cambios en el diseño que sean necesarios para alcanzar mejores resultados.
- (vi) **Continúa pendiente un rediseño sistemático de las transferencias condicionadas asociadas a Red de Oportunidades, y una identificación de programas complementarios que permitan avanzar en términos de cobertura e impacto sobre el**

bienestar presente y futuro. Uno de los puntos que deberían considerarse es otorgar variabilidad a la transferencia según el tamaño del hogar⁵³ y ciclo educativo, unificando las prestaciones y mejorando el control de las contrapartidas. Uno de los problemas asociados a la presencia de transferencias planas es que no es posible reducir una parte de la transferencia porque hay un niño que, por ejemplo, no asiste a enseñanza secundaria. La prestación plana puede crear incentivos para el no cumplimiento así como penaliza a los hogares más grandes y carenciados. En ese sentido, se sugiere tomar una estructura similar a la de Oportunidades/Progresá o Bolsa Familia, donde existe una transferencia básica al hogar que aumenta con el número de niños y con el ciclo educativo al que asiste cada niño. Esto vuelve más factible el acatamiento de las contrapartidas al tiempo que genera mayores incentivos cuando los niños crecen y no penaliza a las familias grandes. Por supuesto, esta recomendación deberá considerarse a la luz de la forma que finalmente tome el programa Beca Universal, puesto que implicará una transferencia asociada a la concurrencia y rendimiento escolar por niño.

- (vii) **Se precisa un esfuerzo sostenido de fortalecimiento institucional del MIDES y el desarrollo de herramientas de gestión social.** En términos generales, Panamá necesita de un marco articulador de sus objetivos de reducción de pobreza y desarrollo social, en la cual se inscriban los objetivos de cada programa y del sistema, de forma tal de asignar eficientemente los recursos fiscales invertidos en las políticas de protección social. Cada tipo de intervención social suele requerir tecnologías de gestión específicas, muchas de las cuales se derivan de la propia necesidad de los programas, pero otras son transversales. La Red de Oportunidades ha sido exitosa en su implementación, pero se debe fortalecer su gestión. Se considera crucial que se fomente la generación de un sistema de evaluación⁵⁴ e información⁵⁵ para la mejora de la gestión de éste y otros programas de protección social.

⁵³ Este es un problema que “100 a los 70” y Beca Universal no enfrentan, dado que el monto del beneficio se asocia a un individuo en particular, por lo que si un hogar cuenta con más de un miembro en condiciones de percibir el beneficio recibirá el monto ajustado por tamaño.

⁵⁴ Evaluar las políticas sociales permite: 1) identificar los diferentes grados de vulnerabilidad dentro de la población de beneficiarios vulnerables protegidos para observar su grado de mejora e identificar si el plan funciona en sus objetivos y, a la vez, delimitar a la población en situación de potencial salida del plan; 2) incentivar a una correcta

4.2 Atención integral a la primera infancia

La consolidación de una política de atención integral a la primera infancia a gran escala, efectiva y sostenible, contempla los siguientes retos para Panamá⁵⁶:

- (i) **Asegurar la coordinación interinstitucional necesaria para la atención integral.** Tal y como lo ha identificado el GOP, la coordinación es un requisito indispensable para contar con un sistema integrado de atención que disuelva las visiones sectoriales tradicionales y maximice el impacto de las intervenciones sobre el desarrollo infantil temprano. Esta coordinación debe garantizar la articulación y evitar el traslape de intervenciones, la heterogeneidad en la calidad de los servicios y la fragmentación de la oferta. La creación del Consejo Asesor de la Primera Infancia como organismo público-privado de alto nivel encargado de armonizar intervenciones, generar sinergias y propiciar eficazmente la coordinación transversal entre los sectores involucrados en la atención de los más pequeños, sobresale como un avance significativo en este ámbito. Sin embargo, dada la novedad de esta institución y el estado de desarrollo del PAIPI, estos mecanismos de coordinación no se corresponden aún a intervenciones concretas, sino que se restringen a una coordinación para el diseño. Como punto de partida, es indispensable delimitar responsabilidades entre sectores, para lo cual se propone proyectar una ruta de acceso a los servicios AIPI a partir de la cual se puedan identificar vacíos o puntos de encuentro y asignar roles específicos por entidad. Adicionalmente, se debe tomar una decisión sobre el esquema de articulación territorial para la prestación y seguimiento de servicios AIPI, adoptando acuerdos en términos de la centralización-descentralización en la administración de programas de DIT, y en la regulación del esquema seleccionado. Lo anterior requerirá de la eventual formalización de los procesos por medio de decretos,

implementación; 3) transformar iniciativas exitosas en políticas de Estado, y 4) a más largo plazo, establecer un diálogo con la población acerca del rol positivo de las políticas sociales, diseminando sus objetivos concretos.

⁵⁵ Respecto de la generación de un sistema de información, se considera clave el desarrollo de un sistema de información para la gestión integrada de programas sociales, que identifique las variables e indicadores que mejor caractericen a las poblaciones vulnerables, a efectos de conformar el registro único de beneficiarios.

⁵⁶ Teniendo en cuenta que el PAIPI es una iniciativa reciente en Panamá y que por lo tanto se encuentra en una fase inicial de diseño e implementación, esta sección trabaja sobre cinco retos importantes, identificados como puntos críticos para el estado actual.

convenios, actos administrativos o reformas legislativas que ayuden a asegurar la sostenibilidad de la política.

- (ii) **Dar prioridad a la cobertura de la atención integral, con foco en la población de 0 a 3 años de edad, y énfasis en modalidades pertinentes al contexto de la población infantil vulnerable del país.** Los indicadores de DIT del país sugieren que la oferta existente es inadecuada, insuficiente e inequitativa. Según reportes oficiales, tan sólo el 23% de los niños y niñas menores de cinco años se encontraban atendidos bajo alguna modalidad de educación preescolar a 2008. La evolución de la matrícula en los COIF y en los programas de educación entre el 2008 y el 2010 muestra que si bien se está cerca de la universalización de la educación preescolar de los niños de 5 a 6 años, hay un importante camino por recorrer para expandir la oferta a la población de 0 a 4 años. Con este propósito, deberá adecuarse y organizarse la oferta existente para el desarrollo de mejores o de nuevas modalidades de atención garanticen la integralidad y la pertinencia de la atención. A corto plazo, se sugiere realizar un diagnóstico de los CEFACEI, los COIF y el preescolar, como principales proveedores de servicios. Se sugiere así mismo explorar a modo de pilotaje, modelos de atención integral de la infancia de 0 a 3, incluyendo por ejemplo, el trabajo con la población beneficiaria infantil de la RdO, a través de su componente de acompañamiento familiar. A mediano plazo se propone⁵⁷: (i) el desarrollo de lineamientos y estándares unificados de AIPI; (ii) el desarrollo de proyectos de cuidado infantil que reconozcan la diversidad étnica y cultural del país; (iii) la creación e implementación de un programa nacional de acompañamiento y asistencia técnica en la ejecución del AIPI dirigido a los entes territoriales, los prestadores del servicio y los agentes educadores, y (iv) la generación, fortalecimiento y aprovechamiento de alianzas público-privadas. Así mismo, se debe prestar especial atención a la creación de estudios de línea de base, sistemas de información y mecanismos de supervisión, ya que éstas parecen ser áreas débiles en los programas de infancia panameños.

⁵⁷ Como ya se ha mencionado, el país se encuentra en una fase inicial de desarrollo de la política AIPI. Se hace referencia a una serie de actividades consideradas como elementos básicos de una meta amplia como el fortalecimiento institucional.

(iii) **Garantizar una financiación adecuada y sostenible.** Panamá no dispone de información consolidada del gasto público y privado dedicado a la primera infancia. Si bien el Programa de Inversiones que está en proceso de elaboración es una herramienta importante de planeación financiera⁵⁸, ésta incluye información básica para cuatro estrategias sectoriales, por lo que resulta difícil determinar el costo real total de la implementación de la estrategia AIPI en el presente cuatrienio. Para enfrentar este reto, se sugiere: (i) hacer un diagnóstico nacional de la inversión en primera infancia, incluyendo costos de provisión por tipo de canasta de servicios; (ii) tomar decisiones sobre el valor de la canasta AIPI per cápita, calcular el marco de gasto para el cumplimiento de metas y formular un plan plurianual de inversiones en primera infancia. Basado en evidencia internacional, algunos aspectos a considerar para garantizar la apropiación de fuentes sostenibles y continuas de financiación son: (i) crear un rubro específico para la AIPI en los presupuestos de las entidades públicas, para asegurar la asignación de recursos al interior de cada sector; (ii) diseñar y establecer alianzas con el sector privado; y (iii) prever el uso de impuestos con destinación específica⁵⁹.

Finalmente, se destaca que Panamá tiene prevista la creación de un Fondo de Proyectos AIPI, el cual puede ser una estrategia facilitadora de canalización de recursos público-privados. Las experiencias de Chile y Colombia con el diseño e implementación de estos tipos de instrumentos son referentes que pueden servir de orientación para su diseño.

(iv) **Diseñar e implementar un sistema integrado de monitoreo y aseguramiento de la calidad de la AIPI.** La calidad de los servicios constituye una prioridad para el país. Las modalidades no formales de educación (CEFACEL, CEIC y EIH) y los COIF son los que enfrentan un mayor desafío, ya que han sido elegidas por el GOP para ampliar la

⁵⁸ Programa de inversiones en la primera infancia en Panamá (versión junio, 2011). Documento en elaboración, suministrado por el MIDES. Sin más datos de edición.

⁵⁹ Un estudio realizado por Emiliana Vargas y Lucrecia Santibáñez (2010) señala que los impuestos con destinación específica son un mecanismo utilizado por varios países para la programación de DPI, que han servido para asignar y administrar fondos de acuerdo a prioridades nacionales. Tal es el caso de Francia, Colombia y Jamaica, que financian programas de infancia con impuestos sobre la nómina del sector privado. Sin embargo, las autoras advierten sobre posibles efectos negativos que se deben evaluar al optar por este mecanismo. Se sugiere consultar el estudio para obtener mayor información: <http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/PromesaDesarrolloTemprano.pdf>

cobertura e incorporar gradualmente el enfoque integral. Pese a que sectores como el de salud y educación cuentan con sistemas internos de evaluación y monitoreo, éstos corresponden a iniciativas restringidas a servicios o programas particulares. Con objeto de desarrollar un esquema de aseguramiento de la calidad para la prestación de un servicio integrado se requiere: (i) diseñar estándares de calidad y exigir su implementación de manera gradual, (ii) definir un mecanismo normativo para asignar competencias a los diferentes sectores, (iii) reglamentar la inscripción y el registro de prestadores de servicio AIPI, (iv) gestionar procesos de evaluación y habilitación del servicio, (v) desarrollar procesos de acreditación o certificación, y (vi) desarrollar una plataforma tecnológica para la gestión del sistema de monitoreo y supervisión. En el futuro próximo, Panamá deberá crear instrumentos para monitorear la trayectoria individual de desarrollo de los niños y asegurar así un enfoque integral de DIT para todos. En este sentido, la prioridad que el GPA viene brindando a la medición del desarrollo infantil temprano y a la construcción de una base de información de la primera infancia constituye un paso en la dirección correcta.

- (v) **Generar apropiación y credibilidad de la estrategia de primera infancia.** La implementación del PAIPI implica una transformación política y cultural en torno a la infancia. Si se han de lograr los cambios esperados, se debe convocar y movilizar actores para lograr la apropiación, credibilidad y compromiso con la estrategia a nivel nacional. Paralelo al proceso de diseño de política y de manera permanente durante su implementación, se sugiere desarrollar una estrategia de comunicaciones dirigida a la población en general (incluidos líderes políticos, Estado, sociedad y familia). La experiencia actual de construcción de una estrategia de comunicación amplia y con el concurso de actores diversos, como la que el BID apoya en Colombia puede servir de referente al país en este esfuerzo.

V. EXPERIENCIA DEL BID EN EL SECTOR SOCIAL Y POSIBLES ÁREAS DE TRABAJO CON EL PAÍS

Experiencia del Banco en el sector social. El Banco ha financiado varios programas de protección social que contemplan acciones intersectoriales y la modalidad de transferencias monetarias condicionadas a hogares pobres en varios países de la región. En particular en Panamá, el BID ha apoyado a la RdO desde 2008 por medio de la operación “Programa de Protección Social- Fase I”⁶⁰ (PN-L1007). En esta operación, el Banco apoya la consolidación de la RdO trabajando con el GOP en sus esfuerzos por (i) mejorar la efectividad del sistema de TMC a través del fortalecimiento de las herramientas de gestión técnica, operativa y administrativa, y de aquellas de monitoreo y evaluación; (ii) promover acciones de acompañamiento y reducción de la exclusión social de los hogares, de modo tal que se asegure el pleno aprovechamiento de los beneficios de la RdO, y (iii) fortalecer la capacidad de formulación, coordinación operativa, planificación presupuestaria y evaluación estratégica de políticas y programas sociales por parte del GOB, y la rectoría del sector de asistencia y protección social por parte del MIDES. Como resultado del acompañamiento técnico que han brindado tanto el BID como el BM a lo largo de estos últimos 3 años al programa, y pese a las debilidades de la RdO reseñadas en el acápite 3.1 del presente trabajo, se destaca que ésta viene adelantando procesos clave para su consolidación operativa, tales como el mejoramiento del SIG para su efectiva implementación, la consolidación y depuración de un padrón de beneficiarios, el diseño de un plan de recertificación, la implementación de un piloto de verificación de corresponsabilidades y de un mecanismo de transición para pagos en lugares dispersos (MIDES-móvil), la activación de un comité interministerial y la contratación de una evaluación de impacto.

Por medio de la misma operación, y como refuerzo de la oferta de servicios sociales a los que se condiciona la transferencia monetaria, el BID ha apoyado la estrategia de extensión de cobertura de servicios de salud materno infantil y nutricionales (PAISS+N) del MINSA, buscando atender la problemática de salud que se presenta en comunidades indígenas y zonas rurales con mayores problemas de acceso a los servicios de salud y fortalecer la oferta de

⁶⁰ Contrato de préstamo PN-L1007 “Programa de Protección Social-Fase I”. Entrada en efectividad: 06/2008. Fecha estimada de terminación: 06/2013. A final de 2011 se espera una ejecución de 48,7% de los recursos del préstamo.

servicios básicos de salud y nutrición con acciones comunitarias culturalmente pertinentes⁶¹. El acceso a PAISS+N ha aumentado de 120.000 a más de 222.000 personas (superando ampliamente la meta del proyecto de llegar a 180.000 personas) y el MINSA cuenta con un desarrollo avanzado de la estrategia de AIN-C Panamá (según datos administrativos, 43.140 niños menores de 5 años recibieron intervenciones de AIN-C con servicios de promoción de crecimiento y desarrollo, y 74% de las mujeres embarazadas registradas recibieron tres o más controles prenatales y postnatales adecuados)⁶².

Adicionalmente, el Banco ha acompañado al programa por medio de cooperaciones técnicas orientadas al mejoramiento del Sistema de Protección Social. Las operaciones “Fortalecimiento de la protección social” (PN-T1019)⁶³ y “Diseño de políticas y programas sociales” (PN-T1058) tienen como objetivo generar conocimiento de base para contribuir a un diálogo de políticas e identificar proyectos de inversión en el sector social.⁶⁴

Posibles áreas de trabajo con el país. Sobre la base de esta experiencia, y en pos de atender los retos destacados en el presente documento, se propone el apoyo técnico y financiero del Banco en dos de las áreas identificadas por la [“Estrategia para una política social favorable a la igualdad y productividad”](#) como esferas prioritarias para la labor del Banco en el área social: (i) mejorar las transferencias condicionadas en efectivo y otros programas de alivio a la pobreza y (ii) enfatizar la atención integral de la primera infancia. La estrategia da prioridad a las intervenciones encaminadas a crear capital humano a lo largo del ciclo de vida, bajo el argumento de que el capital humano es el factor determinante más importante del crecimiento económico.

Estas áreas de trabajo son consistentes con el [“Plan estratégico de Gobierno 2010-2014 de Panamá”](#), que prioriza el fortalecimiento del sistema de protección social por medio de la

⁶¹ La intervención nutricional descansa en el desarrollo e implementación de la Estrategia de Atención Integral de la Niñez en la Comunidad (AIN-C), la cual introduce servicios de monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños menores de dos años a nivel comunitario.

⁶² Con financiamiento del proyecto se han desarrollado los protocolos de atención de AIN-C adaptados culturalmente a las poblaciones beneficiarias, el reglamento operativo de la estrategia y todos los materiales necesarios para la oferta de servicios y para la capacitación de las monitoras comunitarias.

⁶³ Cooperación técnica PN-T1019 “Fortalecimiento de la Protección Social”. Entrada en efectividad:12/2006. Fecha estimada de terminación: 03/2012.

⁶⁴ Cooperación técnica PN-T1058 “Diseño de políticas y programas sociales”. Entrada en efectividad: 02/2009. Fecha estimada de terminación: 12/2011.

consolidación de la RdO como programa integral de combate contra la pobreza y eje central para conseguir la inclusión social. Este mismo plan propone atender el DIT por medio de estrategias orientadas a mejorar la calidad de los programas, evitar duplicaciones de esfuerzos e incluir la estimulación psicosocial y cognitiva en los programas de nutrición y salud para las comunidades de alto riesgo, con prioridad de los niños indígenas.

Áreas de intervención estratégica. En términos estratégicos, se propone concentrar el apoyo técnico y/o financiero del Banco en dos de las áreas identificadas por la “Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y Productividad”, como esferas prioritarias dentro de la labor del Banco en el área social: (i) mejorar las transferencias condicionadas en efectivo y otros programas de alivio a la pobreza y (ii) enfatizar la atención integral de la primera infancia (APII). Específicamente, se apoyará el fortalecimiento de la red de protección social de Panamá en tres líneas de acción:

(1) *Consolidación y eventual ampliación de la Red de Oportunidades.* El Banco está en condiciones de acompañar el fortalecimiento continuo del diseño, la gestión y las evaluaciones de la RdO, en tanto programa central para la política social del país;

(2) *Apoyo a la implementación del PAIPI.* Una de las prioridades del Gobierno panameño que el Banco podría respaldar es la ampliación de cobertura y de inversiones destinadas a mejorar la calidad de los servicios de atención integral para la población de 0 a 3 años de edad, con enfoque intercultural y a través de diferentes modalidades de servicio con participación público-privada. Esto requiere, a su vez, de esfuerzos de consolidación del marco regulatorio y de seguimiento de los servicios orientados a la primera infancia, áreas en las que el Banco posee amplia experiencia a nivel de otros países de la Región; y

(3) *Fortalecimiento institucional y de la capacidad de gestión de programas para reducción de la pobreza en el marco de la protección social.* El fortalecimiento institucional del MIDES en su rol de ente coordinador de la protección social requiere de un esfuerzo comprehensivo y continuado de desarrollo de sus sistemas e instrumentos de gestión, en áreas que abarcan desde sistemas tecnológicos hasta sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación de programas sociales y de recursos humanos, entre otros.

Estas líneas de acción estratégicas se complementarían con las acciones previstas en el préstamo de extensión de servicios de cobertura en salud primaria (PN-L1068) y con la Iniciativa

de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), las cuales serán aprobadas por el Directorio del Banco en agosto 2011⁶⁵. Finalmente, se prevé el apoyo técnico a la elaboración de los “productos estrella” del PAIPI, listados en el enlace “[Áreas de intervención y productos estrella del PAIPI de Panamá](#)”, como piezas fundamentales en la construcción de la política nacional para la atención integral de la primera infancia en Panamá, con apoyo de los recursos de la CT PN-T1058.

⁶⁵ PN-L1058 “Programa de Mejoramiento de la Equidad y fortalecimiento de los Servicios de Salud”.

VI. RIESGOS

Cabe señalar que las acciones enunciadas podrían verse afectadas por (i) falta de la voluntad política necesaria para implementar algunas de las reformas necesarias; (ii) deficiente coordinación de intervenciones que, para ser efectivas, deben ser integrales y basarse en el trabajo intersectorial, como es el caso de las destinadas al niño o al joven en riesgo, y (iii) la debilidad del MIDES como ejecutor, que refleja su juventud como institución. Este último punto cobra especial relevancia en esta nueva gestión del GPA. Para mitigar estos riesgos el Banco propone mantener una estrecha interrelación con el gobierno y fomentar la articulación entre los diversos actores involucrados.

VII. RESULTADOS ESPERADOS

Las intervenciones planteadas hacen hincapié en el perfeccionamiento de programas de transferencias condicionales en efectivo y de otros programas de atención a la primera infancia. El cuadro presentado a continuación expone las metas planteadas a nivel país, partiendo del entendido de que si bien las intervenciones del Banco aportan hacia el logro de los objetivos, éstas no serán enteramente responsables por los efectos descritos.

Cuadro 11: Matriz de Resultados

Objetivos del Plan Estratégico de Gobierno (PEG)	Sectores de intervención (BID)	Objetivos estratégicos (BID)	Resultados esperados de la estrategia	Indicadores	Línea de base (año) ⁽¹⁾	Metas indicativas ⁽²⁾
Fortalecer las acciones de protección social, con énfasis en la primera infancia	Protección social y atención a la niñez	Mejorar la eficiencia y efectividad de la Red de Oportunidades	Reducción de la pobreza	Incidencia de la pobreza extrema	14,2% (2008)	10% (2013)
			Consolidación de los procesos operativos de la Red de Oportunidades	Porcentaje de hogares que verifican corresponsabilidad	18% (2011)	70% (2015)
		Mejorar la atención integral de la niñez.	Aumento de la cobertura de la atención integral a la niñez.	Niños que reciben atención integral ⁶⁶	8.581 (2008)	16.581 (2015)
				Niños con desnutrición crónica	19,1% (2008)	14,0% (2015)
				Niños entre 3 a 5 años que atienden preescolar.	88.263 (2008)	122.391 (2015)

(1) Nota: Los indicadores con meta indicativa a 2013 serán medidos a través de la ENV 2013. Los indicadores a 2015 provienen de datos administrativos y son susceptibles de ser medidos anualmente.

(2) Las metas indicativas serán revisadas o reemplazadas, según sea el caso, a través de los Documentos de Programación que se elaborarán durante el período de la Estrategia de País.

⁶⁶ Un niño que recibe atención integral es un niño que recibe los servicios de salud, nutrición, cuidado y protección de manera coordinada. Hoy, la única modalidad de atención integral en Panamá es la que se brinda a través de los centros COIF.

VIII. REFERENCIAS

1. Pobreza y desigualdad en Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36332480>
2. Pobreza multidimensional: acceso de los pobres a servicios sociales y resultados en desarrollo humano
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36332538>
3. La Red de Protección Social en Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36332739>
4. Principales programas que cobijan a la Primera Infancia y la Familia
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335176>
5. Amarante, V., Arim. R, Rubio, M. y Vigorito, A. Pobreza y protección social en Panamá, 2009
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35541602>
6. Áreas de intervención y productos estrella del PAIPI de Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335144>
7. Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI) Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36332590>
8. Programa de inversiones en la primera infancia en Panamá
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335206>
9. Plan estratégico de Gobierno de Panamá: 2010-2014
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36154645>
10. Esquemas de Financiación de Atención Integral a la Primera Infancia en Colombia
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335137>
11. Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y Productividad
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36167695>
12. Estrategia de País del BID con Panamá: 2010-2014
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36157799>
13. Nota técnica de salud
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35392344>
14. Población indígena y retos de su educación

- <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35393540>
15. Nota técnica de educación
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35392334>
 16. Invertir en los primeros años de vida: Una prioridad para el BID y los países de América Latina y el Caribe
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35450919>
 17. Plan de fortalecimiento del ministerio de desarrollo social de Panamá. Versión Preliminar
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335828>
 18. Banco Mundial; Earth Institute y Fundación ALAS (2010). *Fortalecimiento de políticas públicas y programas de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe.*
 19. Instituto Nacional de Estadística y Censo; Contraloría General de la República de Panamá (2009). *Panamá en cifras 2004-2008.*
 20. Ministerio de Educación (2008). *Implementación de los Centros de Educación Inicial Comunitario (CEIC).* Documento elaborado por la Dirección Nacional de Educación Inicial del MEDUCA. Sin más datos de edición.
 21. Ministerio de Educación (2008). *Reporte oficial de matrícula de Educación Preescolar.*
 22. Ministerio de la Presidencia de la República de Panamá (2011). *Programa de Desarrollo Infantil Temprano. Red de Salas de Estimulación Temprana.* Solicitud de Cooperación a Taiwán. Sin más datos de edición.
 23. Organización de Estados Iberoamericanos (2007). *Experiencias no Escolarizadas de Educación Inicial en Panamá.*
 24. Propuesta de consultoría para el proyecto de 100 COIF nuevos (2011). Documento suministrado por el MIDES. Sin más datos de edición.
 25. RISE Institute y UNICEF (2009). *Implementación a Gran Escala: El Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina*
 26. Santibáñez, L. y Vegas, E. (2010). *La Promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe.* Colombia: Banco Mundial.