



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

# Las niñas, niños y adolescentes son primero

Resumen Ejecutivo  
Quinto informe anual de  
avances al 2016

del Plan Nacional de Acción por la Infancia y  
la Adolescencia 2012-2021 (Ley N°27666)



# Las niñas, niños y adolescentes son primero

Resumen Ejecutivo  
Quinto informe anual de  
avances al 2016

del Plan Nacional de Acción por la Infancia y  
la Adolescencia 2012-2021 (Ley N°27666)



# Índice

1	Presentación .....	5
2	Gestión de la Comisión Multisectorial Permanente encargada de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021).....	7
3	Avances y desafíos en el cumplimiento de los resultados del PNAIA 2012-2021:.....	9
3.1	<b>Objetivo Estratégico N° 01:</b> Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad. ....	9
3.2	<b>Objetivo Estratégico N° 2:</b> Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.....	22
3.3	<b>Objetivo Estratégico N° 3:</b> Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.....	28
3.4	<b>Objetivo Estratégico N° 4:</b> consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.....	38
4	Estrategia Acción Social con Sostenibilidad en el marco de la implementación del PNAIA 2021.....	50
5	Inversión en infancia y adolescencia durante el año 2016.....	53
6	Conclusiones y recomendaciones .....	56



# 1. Presentación

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) constituye la política marco del Estado peruano en materia de infancia y adolescencia. Dicho plan se encuentra jurídicamente reconocido mediante Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y fue elevado a rango de ley en noviembre del año 2015 mediante la Ley N° 30362.

El citado PNAIA 2021, representa la principal herramienta de política pública del Estado peruano, para articular y vincular las políticas en materia de infancia y adolescencia en el país. Además, establece la agenda sobre la cual el Perú debe trabajar hacia el Bicentenario, con miras a lograr un país en el que nuestras niñas, niños y adolescentes ejerzan plenamente sus derechos y accedan a oportunidades, con equidad y sin discriminación, logren su desarrollo integral en su entorno familiar, escolar y comunitario libre de violencia.

La promulgación de la Ley N° 30362, que declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos en los tres niveles de gobierno, permitirá garantizar el cumplimiento del PNAIA. Ello constituye un desafío para la Comisión, principalmente por su vinculación con lo establecido en los Lineamientos Estratégicos del Plan de Gobierno<sup>1</sup>.

Queda pendiente en la agenda en materia de infancia y adolescencia, relevar la etapa de vida adolescente (Objetivo Estratégico N° 3 del PNAIA), conforme lo dispuesto en la Observación General Número 20 del año 2016 “Sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia”. Ello constituye un reto para la actual gestión de gobierno, en tanto es necesario generar intervenciones y servicios centrados en sus problemáticas, con el objetivo de garantizar el ejer-

cio de sus derechos y apoyar el desarrollo de sus capacidades físicas, psicológicas, sociales, emocionales, cognitivas, culturales y económicas; creando asimismo entornos saludables que permitan el logro de estos objetivos.

De esta manera, la apuesta por la adolescencia, impulsará procesos que permitan generar competencias y habilidades en las y los adolescentes, para lograr la toma de decisiones acertadas y evitar así conductas sociales de riesgo, abuso y consumo de drogas; el embarazo adolescente y el contagio de enfermedades de transmisión sexual; frenar la violencia juvenil; evitar la deserción escolar y generar mejores condiciones para su empleabilidad e integración social.

Un reto asumido por la actual gestión, cuyos logros esperamos reportar en el próximo informe anual correspondiente al año 2017, es la desinstitucionalización de niñas y niños y adolescentes, vinculado al resultado 22 del PNAIA; asumiendo de manera frontal las deficiencias formuladas en la precitada Observación General del Comité de Derechos del Niño, que pone en relevancia evidencias que permiten afirmar que la estancia prolongada en centros de atención residencial, tiene un impacto desfavorable en el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.

El presente documento contiene el estado situacional de las niñas, niños y adolescentes en el ámbito nacional al año 2016, teniendo como referente los indicadores establecidos en el PNAIA. Este nos permite identificar los avances más relevantes, así como las dificultades, las medidas adoptadas y una serie de recomendaciones de hacia donde debemos dirigir nuestras acciones durante este año 2017.

<sup>1</sup> 1) Fortalecer las intervenciones para el Desarrollo Infantil Temprano. 2) Atender a Niñas, Niños y Adolescentes en estado de abandono. 3) Erradicar el trabajo infantil. 4) Prevenir el Embarazo Adolescente. 5) Garantizar la promoción, protección y fortalecimiento de las familias. 6) Reducir la violencia contra las niñas, niños, adolescentes y toda persona vulnerable. 7) Reducir la deserción escolar. 8) Relanzar la educación rural y la educación intercultural bilingüe. 9) Desarrollar un modelo de inclusión educativa en todas las IIEE de la Educación Básica Regular, que permita atender a niños con necesidades educativas especiales asociadas o no a discapacidad.

Al mismo tiempo, el presente reporte contiene información sobre el seguimiento a la inversión en la niñez y adolescencia que realizó el Estado peruano en el año 2016, el cual constituye el camino para garantizar la transparencia de la gestión de los recursos públicos, especialmente los destinados a las niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, se debe considerar que este informe significa un punto de referencia sobre aspectos vinculados a la situación de las niñas, niños y adolescentes en el Perú, el cual permitirá analizar las intervenciones en la implementación de la política pública, en aras del desarrollo y de un futuro mejor para la infancia y la adolescencia del país.



## 2.

## Gestión de la Comisión Multisectorial Permanente Encargada de la Implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021).

Mediante el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP -publicado el 14 de abril del 2012- se constituyó la Comisión Multisectorial Permanente encargada de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021- PNAIA 2021 (Ley N° 30362), cuya finalidad es monitorear y contribuir al cumplimiento de las metas emblemáticas, objetivos estratégicos, resultados esperados, metas y estrategias de implementación del PNAIA 2010-2021.<sup>2</sup>

Entre las principales acciones desarrolladas por la Comisión Multisectorial durante el año 2016, se señalan las siguientes:

- 1) Rendición de cuentas: se presentó ante el Congreso de la República el IV Informe Anual de Avances del PNAIA 2012-2021, correspondiente al año 2015, en cumplimiento a la Ley N° 27666, a cargo del Presidente del Consejo de Ministros.
- 2) Aprobación del Decreto Legislativo N°1297 (30.12.16) para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlo; cuyo objetivo es brindar protección integral a las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, a fin de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos; priorizando su derecho a vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia.
- 3) Elaboración de la propuesta de Reglamento de la Ley N° 30466 “Establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del Niño”, la misma que recibió los aportes de los sectores.
- 4) Reconocimiento de la metodología Taxonomía por la Organización Ciudadanos al Día, como una Buena Práctica en Gestión Pública 2016, por la experiencia en el Gasto Público en Niñas, Niños y Adolescentes.
- 5) Realización del estudio “Análisis de Calidad del Gasto Público en Niñas, Niños y Adolescentes en la Amazonia”, que abarca los componentes de educación, violencia y salud; y que permite generar evidencias de las problemáticas en estas regiones, tomando en cuenta los programas presupuestales correspondientes a los componentes.
- 6) Diez (10) Gobiernos Regionales que cuentan con Planes Regionales de Acción por la Infancia y la Adolescencia vigentes: Cusco, Huánuco, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Moquegua, Pasco, Piura y Ucayali.
- 7) Diez (10) Gobiernos Regionales que han iniciado el proceso de formulación; y cinco (05) por iniciar el proceso de actualización.
- 8) Organización de la primera reunión de los integrantes del Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes-CCONNA con el señor Presidente de la República Pedro Pablo Kuczynski, el Presidente del Consejo de Ministros y la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con la finalidad de dialogar y expresar sus opiniones sobre la violencia hacia niñas, niños y adolescentes e incluso sus propuestas para la promoción del buen trato y prevención del castigo físico y humillante.
- 9) Reunión de la Tercera Asamblea Nacional del CCONNA (diciembre 2016) con la participación de 39 niñas, niños y adolescentes, representantes de 20 regiones: Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Provincias, Loreto, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna y Tumbes.
- 10) Elección de la Junta Directiva del CCONNA, periodo 2016-2017, conformada por un equipo coordinador, el cual lo integran los representantes del

<sup>2</sup> Este espacio es presidido por el Despacho Viceministerial de Poblaciones Vulnerables del MIMP, la Secretaría Técnica está a cargo de la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes y la conforman 15 entidades públicas, tres miembros supernumerarios y en calidad de invitados UNICEF, MCLCP y CCONNA. Así mismo, se coordina con el MEF con el fin de articular los programas presupuestales y facilitar la implementación del PNAIA 2021.

Cusco (Coordinador General), Piura (Sub Coordinador) y Lambayeque (Coordinador de Actas y Organizaciones).

- 11) Realización del diagnóstico situacional sobre niñas, niños y adolescentes en las cuencas de los ríos Morona, Napo y Putumayo en los departamentos de Loreto y Puno (Islas del Lago Titicaca). Destaca que ha sido la primera vez que se levanta información de fuentes primarias sobre esta población.
- 12) Conformación de 03 CCONNA en las cuencas de la Amazonia. Cuenca de Napo: Distrito de Torres Causana (Ordenanza Municipal N°007-2016-AMDTM); Cuenca de Putumayo: Distrito Teniente Manuel Clavero (Ordenanza Municipal N° 014-2016-SO-CM-MDTMC; Cuenca del Morona: Distrito del Morona (Ordenanza Municipal N° 008-2016-MDM).
- 13) Lanzamiento de la Campaña Sin pegar ni humillar, en el marco de la Ley N° 30403, “Ley que prohíbe el uso de castigo físico y humillante contra los niños, niñas y adolescentes”, la cual plantea el nuevo reto de eliminar la creencia que señala que para criar o educar a las hijas e hijos es necesario maltratar.
- 14) Elaboración de la propuesta de Protocolo de Intervención y Circuito de Fiscalización y Derivación de presuntos casos de Trata de Personas y Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, en transportes fluviales de Loreto, conjuntamente con los operadores del departamento de Loreto. Actualmente, ésta se encuentra en revisión para la aprobación del Gobierno Regional de Loreto.
- 15) 514 operadores de servicio de atención de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas de Arequipa, Callao, Cusco, Lima, Loreto, Madre de Dios, Puno, Tacna y Ucayali, canalizan de manera adecuada las denuncias sobre trata de personas y realizan el análisis del tipo de casos que se presentan sobre trata de personas.
- 16) 293 operadores de 42 Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes e instituciones vinculadas a la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en los departamentos de Arequipa, Cusco, Lambayeque, Lima, Huánuco, Loreto y Madre de Dios, formados en temas de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, y la diferencia con la trata de personas.

## 3. Avances y Desafíos en el cumplimiento de los Resultados Esperados del PNAIA 2021:

### 3.1 Objetivo estratégico N° 01: garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.

La esencia del desarrollo adecuado tiene su base en el desarrollo físico, emocional y social durante los cinco primeros años de vida. Es en ese periodo donde se desarrollan las capacidades, habilidades y potencialidades que permiten a las niñas y los niños asumirse como personas, sujetos de derechos y reconocerse

como seres sociales, por lo que es impostergable su atención a través de servicios y cuidados oportunos y de calidad.

Esta sección presenta información organizada en tres partes:

1.

#### **Embarazo y nacimiento: Resultado 1**

Contiene los indicadores referidos a mortalidad neonatal, parto institucional, nacidos vivos con bajo peso al nacer, mortalidad materna, lactancia materna en el primer día de nacido y proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas.

2.

#### **Salud y Nutrición: Resultado 2**

Considera indicadores referidos a desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad, mortalidad infantil, anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, y niñas y niños con vacunas completas.

3.

#### **Control de crecimiento y educación: Resultados 3**

Incluye indicadores referidos a controles de crecimiento, desarrollo y cobertura en educación inicial de niñas y niños de 0 a 2 años.

4.

#### **Educación Inicial: Resultados 4**

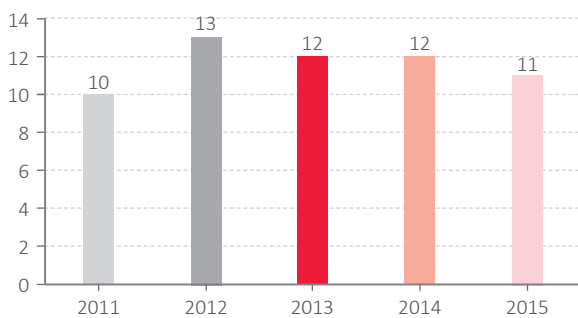
Considera los indicadores de tasa de matrícula en educación inicial de calidad de niñas y niños de 3 a 5 años.

## Resultado esperado 1

Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.

### ▪ Mortalidad neonatal

Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos



Fuente: INEI-ENDES 2015

Para el año 2016, de acuerdo al INEI no se dispone de información sobre este indicador, por tener pocos casos en la muestra.

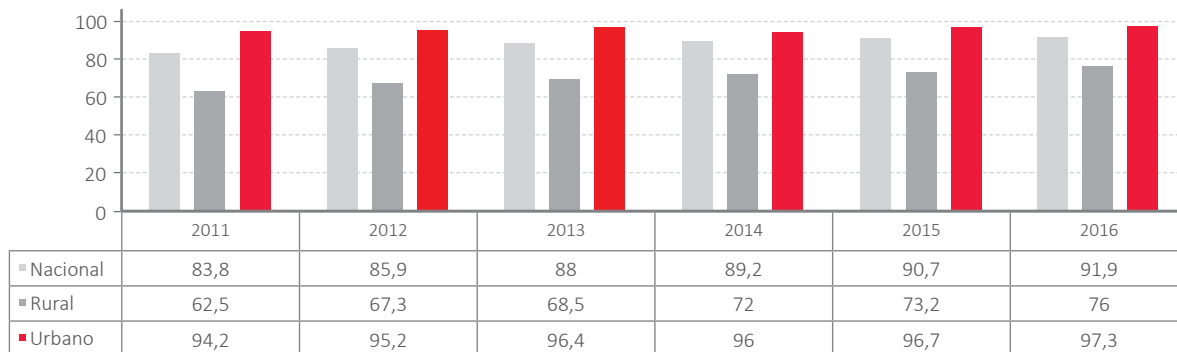
De otro lado, para el año 2015, la tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional fue de 11 por cada mil nacidos vivos. Comparando el periodo 2012 al 2015, ésta ha disminuido 2 por cada mil nacidos vivos; y en relación al año 2014, ha disminuido en 1 por cada mil nacidos vivos.

Cabe destacar, que durante el año 2016, se aprobó el Plan para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Neonatal en el Perú 2016-2020 (R.M. 495-2016-MINSA). Además, se trabajó a nivel nacional en la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal N° 106; y, se conformó la Red Nacional de Reanimadores en RCP Neonatal (102 reanimadores), mediante la Resolución Ministerial N° 499-2016-/MINSA, la cual permite mejorar las destrezas y el manejo en la atención de los recién nacidos con complicaciones por asfisia.

A través del Plan Bienvenidos a la Vida, se han distribuido 83,645 kits (19 regiones y Lima Metropolitana), los cuales permiten promover el control prenatal (mínimo 6 controles), el cumplimiento de la atención integral neonatal (corte tardío del cordón umbilical, inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida, contacto piel a piel, 6 consejerías en cuidado del recién nacido en alojamiento conjunto), el Registro del Certificado de Nacido Vivo y el seguimiento del recién nacido a través de la visita domiciliaria (4 visitas). Ahora bien, el Plan Bienvenidos a la vida se encuentra en proceso de evaluación.

### ▪ Parto institucional

Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta, por área de residencia



Fuente: INEI-PpR-ENDES 2016 P/.

De acuerdo al gráfico, se evidencia un incremento del porcentaje de parto institucional del último nacimiento, al comparar el año 2016 con la línea de base al 2011, siendo de 8.1 puntos porcentuales a nivel nacional, y ubicándose el mayor logro en el área rural con un incremento del 13.5 puntos porcentuales. Adicionalmente, se cuenta con información sobre la región selva, donde se aprecia un incremento en Loreto y Amazonas, de 16.1 y 18.1 puntos porcentuales respectivamente, como consecuencia de las intervenciones y el trabajo articulado de los diferentes sectores en la materia.

Desde el Ministerio de Salud, se ha incrementado el parto institucional con el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud: recursos humanos capacitados, equipamiento, medicamentos, insumos, etc. (aunque aún es insuficiente), la adecuación cultural de los servicios de salud, la atención del parto vertical con adecuación cultural, se cuenta con 459 casas de espera materna operativas a nivel nacional y el seguro integral de salud para todas las gestantes que no cuentan con seguro de EsSalud. En el siguiente cuadro, se observa la cantidad de casas de espera por región:

N°	Regiones	N°
1	Amazonas	20
2	Ancash	20
3	Apurímac	33
4	Arequipa	13
5	Ayacucho	43
6	Cajamarca	30
7	Cusco	107
8	Huancavelica	25
9	Huánuco	22
10	Junín	22
11	La Libertad	11
12	Lambayeque	5
13	Lima región	8
14	Loreto	10
15	Madre de Dios	3
16	Moquegua	3
17	Pasco	7
18	Piura	7
19	Puno	54
20	San Martín	8
21	Ucayali	8
<b>TOTAL</b>		<b>459</b>

Fuente: MINSA.

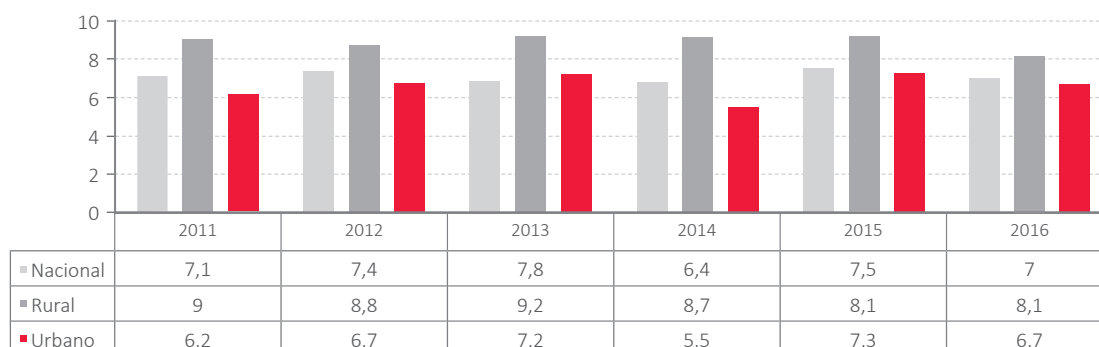
Por su parte el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, en el marco de los Ejes N° 1 “Nutrición Infantil” y N° 2 “Desarrollo Infantil Temprano” ha contribuido en el logro de estos resultados a través de un mecanismo de incentivo (Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales- FED), un programa social (Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS) y de una estrategia (Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad-EASS), los cuales desarrollaron acciones que coadyuvaron a la atención de parto institucional.

Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS emitió la R.D.E. N° 066-2016/MIDIS/PNADP-DE que modificó la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 171-2015-MIDIS/PNADP-DE para reemplazar la “Directiva del Proceso de Verificación del Cumplimiento de Corresponsabilidades”, donde se resalta como parte de las corresponsabilidades sobre las gestantes, acudir al establecimiento de salud para el control prenatal, según las normas y protocolos del sector.

De esta manera, durante el año 2016, se logró que 11,750 mujeres gestantes, correspondientes a 11,745 hogares en situación de pobreza, cumplan con la corresponsabilidad de acudir al establecimiento de salud para sus controles pre natales, siendo 3,842 mujeres gestantes del ámbito urbano y 7,908 del ámbito rural.

## ▪ Nacidos vivos con bajo peso al nacer

Proporción (%) de nacidos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (< 2.5 kg.), por área de residencia



Fuente: INEI-PpR-ENDES 2016 P/.

La proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, para el año 2016 a nivel nacional fue de 7,0%; observándose un ligero descenso con respecto al año 2015 donde la proporción a nivel nacional fue de 7,5%. En el área rural, ambos años esta cifra se mantiene (8,1%), mientras que en el área urbana pasó de 7,3% (2015) a 6,7% (2016).

Cabe destacar, que ha habido un incremento en la captación de gestantes para la atención prenatal, en el I trimestre, de 79,8% ENDES 2015 a 80,2% ENDES 2016 preliminar.

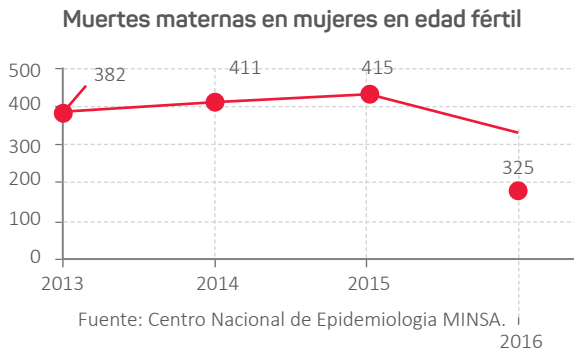
Con relación al control prenatal (6 controles), la proporción se ha ido incrementando ligeramente desde el año 2014 (86,6%), 2015 (88,4%) y I semestre 2016 (89,4%), según la publicación de ENDES I semestre 2016, relacionado al indicador "Proporción de Gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales, según característica seleccionada". Se considera que parte de la contribución a este ligero incremento se debió a los materiales de protección del recién nacido que ofrecía el Plan Bienvenidos a la Vida, considerando que uno de los criterios de inclusión (requisito) para recibir el precitado kit, era que la madre haya recibido por lo menos 6 controles prenatales.

Asimismo, es preciso resaltar que de acuerdo a la información del Seguro Integral de Salud – SIS a septiembre 2016 la proporción de mujeres con parto institucional afiliadas al SIS de los distritos de quintiles de

pobreza 1 y 2 del departamento que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico, fue de 29% en el ámbito urbano, 30% en el ámbito rural, 31% en la sierra, 27% en la selva, 23% en distritos amazónicos y 30% en el quintil inferior.

Igualmente, en el marco de la implementación del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y a fin de lograr nacimientos saludables, se ha contribuido en la mejora de la provisión de los servicios públicos de salud dirigidos a las mujeres gestantes, asegurando el paquete de servicios que toda gestante debe recibir para lograr que su niño nazca con el peso y en el tiempo adecuado, para lo cual se ha promovido el trabajo con los Gobiernos Regionales en asegurar que toda gestante reciba durante su embarazo 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina/hematocrito, tamizaje, sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico. La cobertura del paquete orientado a la gestante se incrementó de 9% a 29% entre julio 2014 y septiembre 2016 debido, entre otros, a las mejoras en la disponibilidad de insumos críticos (pruebas de laboratorio, suplementación); en las instituciones prestadoras de servicios de salud-IPRESS se incrementó de 8% a 76% en ese mismo periodo.

## ▪ Tasa de mortalidad materna



Desde el año 2012 no se cuenta con información de este indicador desde el INEI, por lo cual no puede hacerse comparación con datos de línea base. No obstante ello, se cuenta con los registros del MINSA a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE).

*Durante el año 2016, han ocurrido 325 muertes maternas, lo cual representa 90 casos menos que las ocurridas en el año 2015, lográndose con ello reducir en 21%. Un aspecto clave para esta mejora, ha sido el incremento en la cobertura y el financiamiento para intervenciones, en la atención prenatal y el parto institucional. Así como, el fortalecimiento de las competencias de los proveedores de salud en orientación/consejería en salud sexual reproductiva, metodología anticonceptiva, parto vertical, manejo oportuno de las emergencias obstétricas, prevención del embarazo en adolescente.*

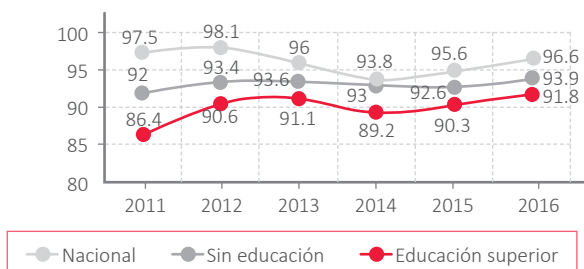
Además, se debe considerar la mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, para

brindar una atención de calidad a las gestantes y resolver las complicaciones y emergencias obstétricas oportunamente logrando reducir la morbilidad; y, finalmente, la atención de las complicaciones obstétricas por personal de salud calificado en establecimientos de salud con capacidad resolutoria.

Se han fortalecido los Comités Regionales de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal, realizando un acompañamiento periódico para el análisis de los casos de mortalidad materna, planteamiento de soluciones y seguimiento de las recomendaciones. Adicionalmente, se ha mejorado la oferta integral de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR, mejorando la capacidad resolutoria a través del Presupuesto del Programa de Salud Materno Neonatal, de los presupuestos regionales y locales (incrementando el número de profesionales de salud, el equipamiento, los medicamentos, los métodos anticonceptivos e insumos). Finalmente, se ha realizado la adecuación cultural de los SSR, parto vertical, casas de espera e implementación de la Norma Técnica de Salud para la Atención de Parto Vertical, en el marco de los derechos con pertinencia intercultural, a nivel nacional; así como la realización de pasantías de parto vertical dirigida a profesionales de salud (ginecólogos y obstetras), con el fin de promover el parto vertical no sólo como una adecuación cultural de los servicios, si no como un derecho de todas las mujeres a decidir la forma de dar a luz de acuerdo a la evidencia científica.

## ▪ Lactancia materna

**Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos según estudios superiores o sin estudios**



*El porcentaje de neonatos que recibieron lactancia materna dentro del primer día de nacidos a nivel nacional, para el año 2016 fue de 93,9%, cifra que se incrementó respecto al año 2015 (92,6%). El grupo de madres sin educación (96,6%) y con estudios superiores (91,8%), en el año 2015, las madres sin educación obtuvieron un menor porcentaje (95,3%) y las madres con educación superior (90,3%)*

Se incorporó a la Directiva N° 201-MINSA/DGSP V. 01 "Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la niña y el niño, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, los anexos (formatos) complementarios para la evaluación de EESS. Por otro lado, para complementar las acciones a favor de la práctica

de la lactancia materna, se viene incentivando la "Implementación de Establecimientos de Amigos de la Madre y el Niño (a)" (RM 609-2014/MINSA / RM 353-2016/MINSA), los mismos que promueven el cumplimiento de los diez pasos para garantizar una lactancia materna exitosa, cumplimiento de las disposiciones relacionadas a la publicidad y adquisición de sucedáneos de la leche materna, todo ello en el marco del Reglamento de Alimentación Infantil y la implementación del Lactario Institucional.

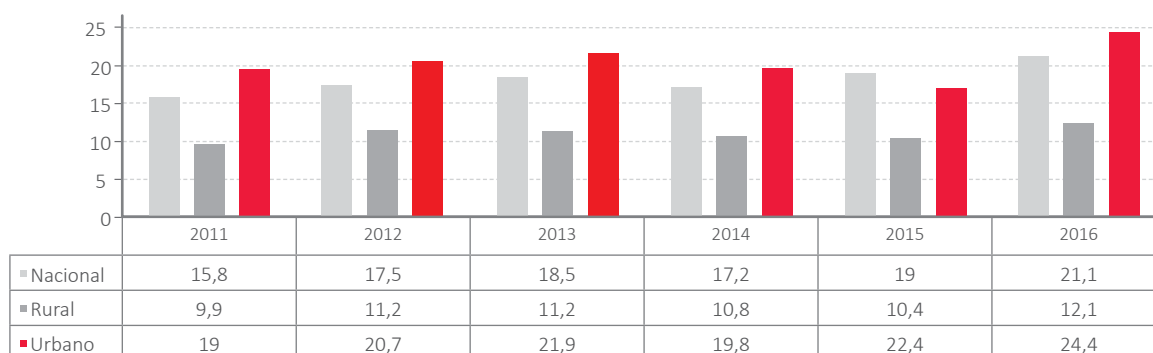
El Plan Bienvenidos a la Vida durante el año 2015-2016, desarrolló asistencias técnicas en la formación de consejeros en lactancia materna en Lima Metropolitana y en las regiones del país, de tal forma que se constituyan en sus respectivas regiones, redes y establecimientos de salud, en un efecto multiplicador para la promoción y protección de la lactancia materna, en beneficio de los recién nacidos, sus madres, sus fami-

lias, su comunidad y nuestro país. Adicionalmente, en el marco de reforzar las acciones de promoción de la lactancia materna, desde el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social se ha contribuido con la emisión del D.S. N° 010-2016-MIDIS que aprobó los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano denominado "Primero la Infancia" que plantea como parte de sus intervenciones efectivas la consejería sobre lactancia materna exclusiva.

Ello, ha permitido tener como avances, el desarrollo de acciones intersectoriales para consensuar mensajes en relación al paquete educativo que la madre debe recibir para asegurar que su niño tenga un desarrollo adecuado, habiéndose consensuado mensajes y protocolo para promover la lactancia materna, entre otras prácticas de cuidado de los niños de 5 años.

## ▪ Nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación

Proporción (%) de recién nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación



Fuente: INEI-ENDES 2016 P/.

La proporción de nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación para el año 2016 a nivel nacional fue de 21,1%, mostrando un incremento de 2.1 puntos porcentuales con respecto al año 2015, en el que alcanzó el 19,0%. Asimismo, que a nivel nacional, la proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas ha ido en aumento desde el año 2011. Además, a nivel rural se observa un aumento de 1.7 punto porcentual entre los años 2015 y 2016; y a nivel urbano, un aumento de 2 puntos porcentuales comparando ambos años.

Cabe destacar, que se ha incrementado la captación de gestantes para la atención prenatal en el I trimestre de 79,8 ENDES 2015, a 80,2 ENDES 2016 preliminar. Además, hubo incremento de las gestantes controladas con 6 o más controles de 88,4, según ENDES 2015, a 88,9 ENDES 2016 preliminar.

Se realizaron acciones en el marco del Plan Bienvenidos a la Vida, en la línea de acción para la promoción de prácticas saludables y comunicación social, a fin de sensibilizar y concientizar a la gestante, familia y comunidad en la importancia de los cuidados tanto de la madre como del recién nacido; toda vez que para impulsar el mejoramiento de éste indicador, es importante mejorar las actividades promocionales y buscar la sensibilización y educación de la población objetivo (gestante y mujer en edad fértil). Adicionalmente, se realizaron acciones en atención a la gestante.

Se han implementado casas de espera para el alojamiento cerca de un establecimiento de salud, de las gestantes con factores de riesgo que puedan condicionar un parto prematuro u otras morbilidades. Actualmente, se cuenta con 459 casas de espera que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones



de Salud ubicadas en las zonas rurales. 34,241 familias con gestantes que recibieron consejería, a través de visitas domiciliarias, se conformaron 123 grupos de apoyo comunal para las acciones de promoción de la salud; se efectuaron 811 vigilancias comunitarias a familias con gestantes, entre los principales.

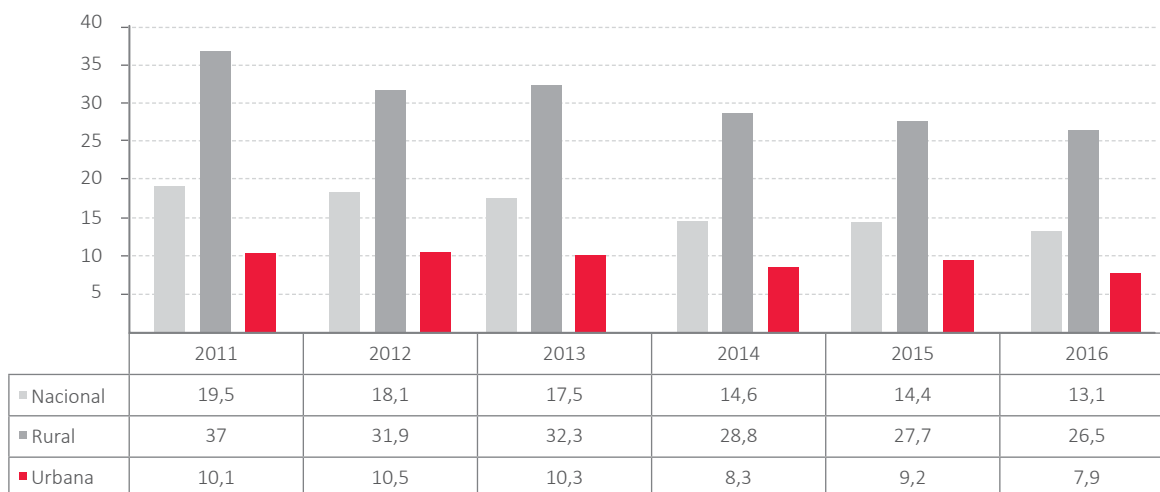
Igualmente, 34,241 familias con gestantes recibieron consejería, a través de visitas domiciliarias; se conformaron 123 grupos de apoyo comunal para las acciones de promoción de la salud; y, se efectuaron 811 vigilancias comunitarias a familias con gestantes, entre las principales acciones.

## Resultado esperado 2

Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.

### Desnutrición crónica

Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia



Fuente: INEI-ENDES, 2016 P/.

Con relación al patrón de referencia OMS, entre los años 2015 (14,4%) y 2016 (13,1%), se muestra esta reducción, siendo de 1.3 puntos porcentuales; de igual forma sucede a nivel rural donde se muestra una reducción de 1.2 punto porcentual; y a nivel urbano de 1.3 punto porcentual, observándose una mejora en todos los estratos analizados

De otro lado, destaca que en las regiones Huánuco y San Martín, se observan las diferencias significativas, con una reducción de 5.0 y 4.2 puntos porcentuales en cada región en comparación al año anterior.

*En tanto, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 p/, en relación al patrón de referencia NCHS, muestran una reducción altamente significativa con respecto a la línea de base (2011), con una reducción de 5.9 puntos porcentuales; aunque, con respecto al 2015, esta reducción fue de sólo 0.9 punto porcentual.*

Con respecto al acceso a agua clorada para consumo humano en niñas y niños, en el marco de la implementación del FED del MIDIS, se ha promovido el fortalecimiento y empoderamiento de las Direcciones/Gerencias Regionales de Vivienda Construcción y Saneamiento y las Direcciones/Gerencias de Salud (Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental) para el cumplimiento de su rol y competencias de asistencia técnica y financiera a los gobiernos locales y a los establecimientos de salud.

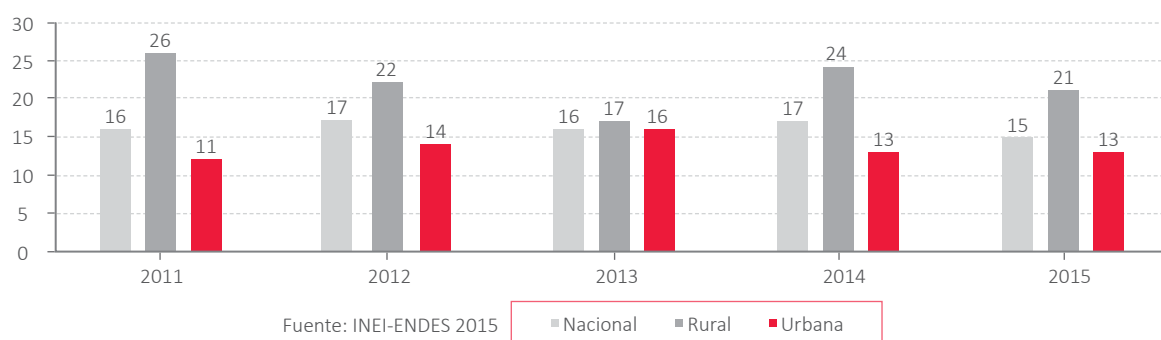
Adicionalmente, en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) se estableció en los Convenios de Asignación por Desempeño (CAD) suscritos entre 25 Gobiernos Regionales, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la incorporación y mejora de indicadores vinculados a la cobertura de paquetes integrados de atención a niñas y niños menores de 12 meses y de 24 meses, así como, a la oportunidad

en la emisión del Documento Nacional de Identidad – DNI en menores de 12 meses y acceso a agua clorada para consumo humano en menores de 60 meses. Todo ello contribuyó con el sector salud en el cierre de brechas de las coberturas de paquetes integrados de atención a niñas y niños, emisión oportuna de DNI hasta los 30 días de edad y acceso a agua clorada para consumo humano en niñas y niños, especialmente en los distritos de mayor pobreza de cada región.

Finalmente, se ha trabajado en la Incorporación de metas referidas al desarrollo infantil temprano, específicamente de reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil en las prioridades de la Política Social de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) desde el MIDIS.

## ▪ Mortalidad infantil

Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia



Para el año 2016, el INEI, señala que no se dispone de información por tener pocos casos en la muestra. Al año 2015, a nivel nacional la tasa de mortalidad infantil fue de 15 por cada mil nacidos vivos. La tasa urbana fue de 13 por cada mil y la rural de 21 por cada mil nacidos vivos. Comparativamente desde el año 2011 al 2015, la tasa de mortalidad infantil disminuyó en uno por cada mil nacidos vivos a nivel nacional.

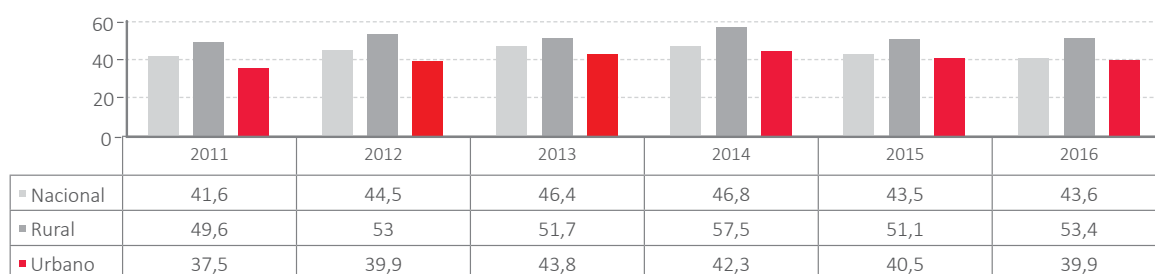
La cobertura de partos atendidos en establecimientos de salud, se mantiene en más del 80%, habiéndose incrementado en la zona rural, logrando una cobertura del 90,7% en el 2015, e incrementándose en 1.2% para el año 2016 (96,7%), en zona rural el incremento fue de 73,2% a 76,0% del 2015 al 2016 respectivamente. Igualmente, se ha implementado el “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de Anemia en niños menores de 3 años en

el País, 2014- 2016”- RM N° 258 – 2014/MINSA, en el que se prioriza el control de crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños de 3 años, lo que mejoró el indicador del niño menor de 5 años con desnutrición crónica infantil, reduciéndola en 1.2 puntos porcentuales al año 2016 en relación al 2015 (14.4 – 13.1 respectivamente).

De otro lado, se ha extendido la cobertura del Seguro Integral de Salud a los grupos poblacionales entre 0 y 5 años, siempre que no cuenten con otro seguro de salud (D.L. 1164) y mediante DS N° 305-2014/SA, se regula el ingreso de forma gradual de este grupo etario: en el año 2014 se incorporaron los recién nacidos hasta los 28 días de nacido; a partir del 1 de enero del 2015 acceden a este beneficio las niñas y los niños menores de 3 años, y a partir del 1 de enero del 2016 lo hacen los menores de 5 años de edad.

## ▪ Anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad

Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad por área de residencia, región natural y departamento.



Fuente: INEI-ENDES 2016 P/.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 p/ no muestran cambios significativos en relación a este indicador con respecto al año anterior. Además, al observarse la información del indicador en el año 2011, se aprecia que los valores han aumentado. Este hecho evidencia que aún se deben seguir impulsando esfuerzos para mejorar esta situación que afecta el desarrollo infantil. En todo caso, aunque no se presente en este gráfico, se debe considerar, que entre los años 2015 y 2016, existe una disminución de 1.4 puntos porcentuales en la prevalencia de la anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad en la región sierra, en relación al 2015. En cambio, se tiene un aumento de 3.8 puntos porcentuales en la región Selva y de 2.3, en el área rural.

Se ha producido un ligero incremento en la cobertura de detección de anemia. Así, se reporta 1'136,608 de niñas y niños menores de cinco años tamizados en el 2016, en comparación con los 1'052,888 en el 2015 (OGEI-MINSA: HIS). Además, hay un ligero incremento en cobertura de suplementación con Sulfato ferro-

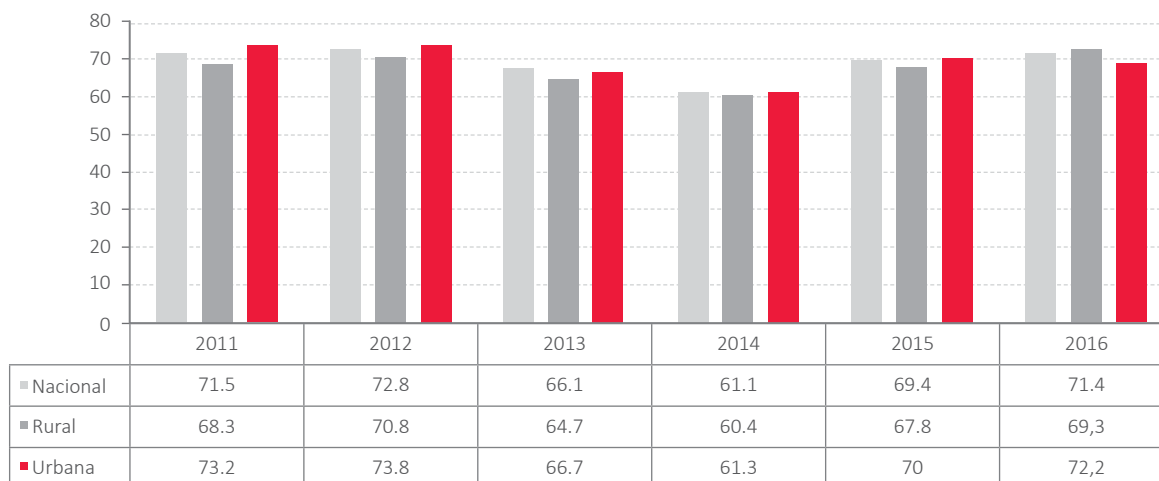
so a gestantes y puérperas durante el 2016, en una proporción de 8% y 6% con respecto al 2015. (OGEI-MINSA: HIS)

De otro lado, hay un incremento en la cobertura de suplementación con hierro (sulfato ferroso) a niñas y niños de 4 a 5 meses, como producto de la normatividad impulsada (Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP-V.01) (OGEI-MINSA: HIS).

Cabe destacar, que en el marco del Premio Nacional "Sello Municipal Incluir para Crecer. Gestión Local para las Personas", dirigido a la mejora de los servicios públicos orientados a los/as ciudadanos/as fueron 585 las municipalidades que emitieron ordenanzas municipales que declararon como prioridad la lucha contra la desnutrición crónica y anemia infantil y, por ello, realizarán actividades educativas, visitas domiciliarias y acciones de difusión de medidas preventivas de lucha contra la anemia.

## ▪ Niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas

Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia



Fuente: INEI-ENDES, 2016 P/.

La cobertura de niñas y niños menores de 36 meses con vacunas básicas completas (BCG, tres dosis anti poliomielítica, tres dosis DPT y una dosis sarampión), se incrementó 2 puntos porcentuales, pasando de 69,4% (2015) a 71,4% (2016).

Se ha fortalecido la capacidad técnica de los equipos regionales de la Estrategia de Inmunizaciones para el análisis de los indicadores de acceso, seguimiento, cobertura y deserción; y se han realizado intervenciones de vacunación en distritos con bajas coberturas y alta deserción en Lima Metropolitana con contratación de recursos humanos. Y en regiones del país, vacunación en horarios diferenciados con actividades intra y extramurales.

Destaca que, a partir de noviembre del año 2016, se usó el padrón nominal en el Barrido Nacional contra Sarampión y Rubeola que permitió la identificación de

la niña y el niño en las jurisdicciones de cada establecimiento de salud y el seguimiento de los mismos en el esquema regular de vacunación.

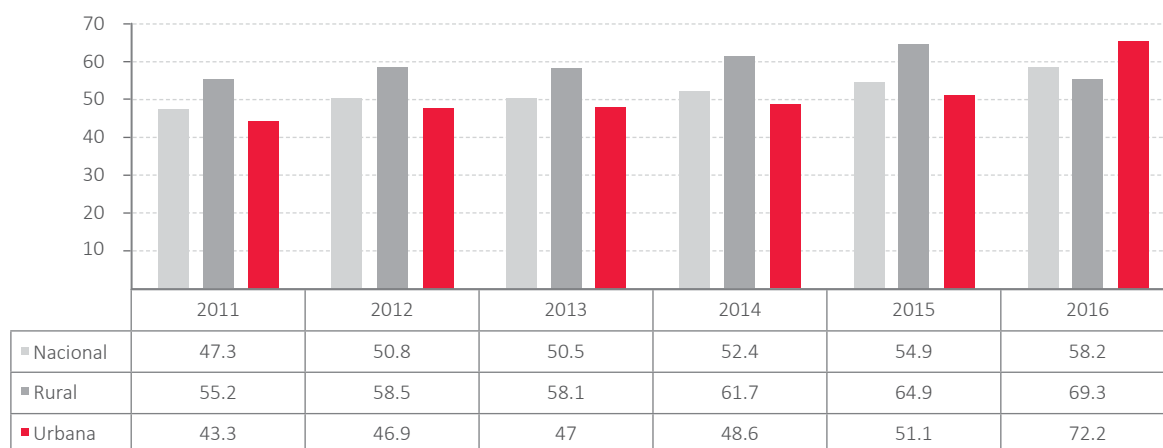
Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social como ente rector de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente de los Ejes N° 1 "Nutrición Infantil" y N° 2 "Desarrollo Infantil Temprano", durante el año 2016, ha contribuido en el logro de estos resultados a través de dos programas sociales (Programa Nacional Cuna Más y Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS) y una estrategia (Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad EASS), los cuales desarrollaron acciones que contribuyen a mejorar el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.

## Resultado esperado 3

Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno

### ▪ Niñas y niños menores de 36 meses con CRED

Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que tienen Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos para su edad, por área de residencia



Fuente: INEI-ENDES, 2016 P/.

Se incrementó en 3.3 puntos porcentuales la proporción de niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo, aumentando de 54,9% en el año 2015 a 58,2% en el año 2016.

El aumento de la cobertura en este indicador se debe al incremento de personal de enfermería contratado con el presupuesto transferido por el “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de Anemia en niños menores de 3 años en el País, 2014- 2016”-aprobado a través de la RM N° 258 – 2014/MINSA, el cual permitió asegurar la atención de una cantidad mayor de niñas y niños con sus controles CRED y por ende mejorar los indicadores de desnutrición crónica infantil el cual presentó una reducción de 14,4% a 13,1% a nivel nacional. El gobierno central realiza el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las actividades como también de la ejecución del presupuesto transferido a las regiones para la contratación de recursos humanos en el marco de dicho Plan.

Además, el MIDIS como ente rector de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente de los Ejes N° 1 "Nutrición Infantil" y N° 2 "Desarrollo Infantil Temprano", ha impulsado el trabajo intersectorial a fin de promover la implementación de los Lineamientos “Primero la Infancia”. Esto se ha

visto expresado en el impulso de sus mecanismos de incentivos, programas sociales y estrategias de acercamiento de servicios a zonas dispersas.

Igualmente, se aseguró la compra de Micronutrientes para la Suplementación de Hierro a niñas y niños menores de 03 años a nivel nacional; actualmente se viene trabajando con el propósito de mejorar la consejería nutricional con el fin de asegurar una mayor adherencia a los Micronutrientes como también el mayor consumo de alimentos ricos en hierro; y el abastecimiento de medicamentos e insumos para la atención de las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas; además, se incrementaron las actividades de comunicación y educación a la población, como también se logró mejorar la participación comunitaria.

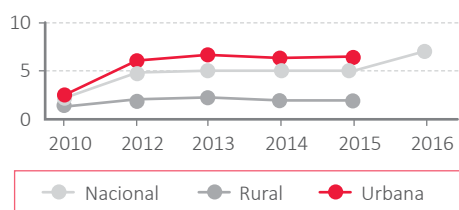
Asimismo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, mediante el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS, emitió la R.D.E. N° 066-2016/MIDIS/PNADP-DE que modificó la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 171-2015-MIDIS/PNADP-DE para reemplazar la “Directiva del Proceso de Verificación del Cumplimiento de Corresponsabilidades”, donde se resalta como parte de las corresponsabilidades sobre el desarrollo de las niñas y los niños, el ser llevadas y llevados al establecimiento de salud, tanto

por los padres de familia como por los cuidadores, para el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), según las normas y protocolos del sector, dando prioridad a recién nacidos y niñas y niños hasta los 36 meses.

De esta manera, al cierre del año 2016, se logró que 128,860 niñas y niños menores de 36 meses cumplan con la corresponsabilidad de realizar los controles CRED, los cuales representan a 122,811 hogares en situación de pobreza.

## ▪ Educación inicial en niñas y niños de 0 a 2 años de edad

**Tasa de cobertura total (%) en educación inicial de la población de 0 a 2 años de edad, por área de residencia**



Fuente: MED- ESCALE 2016<sup>3</sup>.

En el gráfico, se observa que en comparación con el año 2010 (2,2), en el año 2016 (7,0%), ha habido un avance en la tasa de cobertura de educación inicial para niñas y niños menores de 2 años, de 4,8 puntos porcentuales a nivel nacional. A la fecha no se cuenta con información por área de residencia rural y urbana.

Actualmente, la política del sector educación prioriza la atención y cierre de brechas en las niñas y los niños menores de 3 a 5 años (ciclo II), y para los niños de 0 a 2 años (ciclo I) se tiene una política que prioriza la mejora de calidad de los servicios existentes, basada en la mejora de la implementación de la propuesta pedagógica, la mejora de condiciones (espacio, materiales, interacción adulto-niño) tanto en cunas como en PRONOEI de Ciclo I del entorno Familia y Comunitario.

Además, debido al incremento de la cobertura en el ciclo II y el cierre de brechas en algunas unidades de gestión educativa descentralizadas (DRE y UGEL), se asignó presupuesto para el pago de propinas de promotoras educativas y de profesoras coordinadoras, lo cual permite ampliar servicios destinados a la atención de ciclo I.

Cabe indicar que, la norma técnica para el funcionamiento de Programas no escolarizados (PRONOEI) RVM 036-2015 emitida en julio del 2015, permitió sentar las bases para iniciar un proceso de ordenamiento para la mejora de condiciones de los PRONOEI que atienden a niñas y niños de 0 a 2 años. La implementación de la norma ha permitido el incremento de propinas a promotoras educativas, la dotación de movilidad/viáticos para que las profesoras coordinadoras realicen el acompañamiento y asistencia técnica a los PRONOEI. Además, ha permitido simplificar la denominación de las modalidades de atención en ciclo I ahora llamados PRONOEI de entorno comunitario y de entorno familiar, ambos con participación de la familia como lo señala la Ley General de Educación.

Finalmente, desde el MIDIS, como entidad rectora de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente desde el Eje N° 2 “Desarrollo Infantil Temprano”, durante el año 2016, en el marco de reforzar las acciones de acceso y calidad de la educación inicial, se aprobó los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano denominados "Primero la Infancia" (D.S. N° 010-2016-MIDIS). Estos lineamientos plantean siete resultados: nacimiento saludable, apego seguro, adecuado estado nutricional, camina solo, regulación de emociones, comunicación efectiva y función simbólica, para lograr el desarrollo infantil temprano, lo cual se fomenta desde las familias, las comunidades, las instituciones educativas, entre otros.

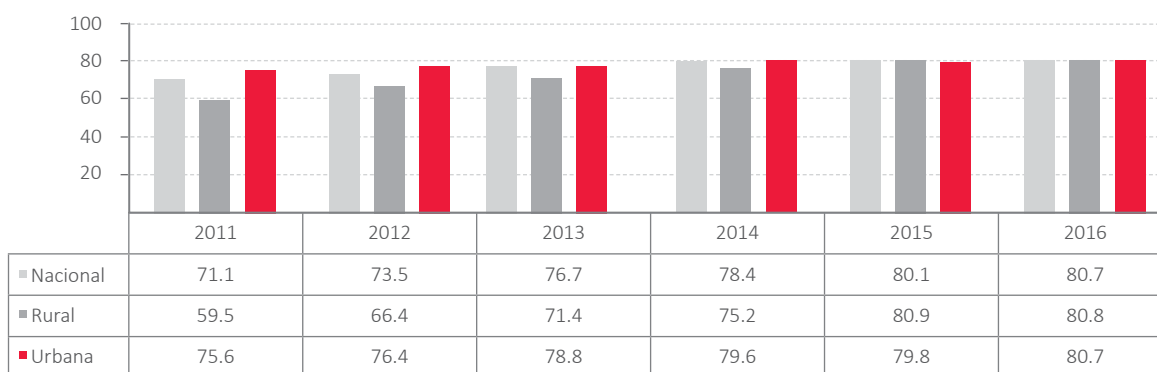
<sup>3</sup> El indicador no incluye a las niñas y los niños que vienen siendo atendidas y atendidos en los centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria (CPVC) y en el Programa nacional Cuna Más.

## Resultado esperado 4

Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia

### ▪ Acceso de niñas y niños de 3 a 5 años de edad a la educación inicial

Tasa neta de matrícula en educación inicial, del grupo de 3 a 5 años de edad, por área de residencia



Fuente: INEI-ENAO, 2016 P/

Entre el periodo 2011-2016 se ha observado un incremento de la tasa neta de matrícula en educación inicial de niñas y niños de 3 a 5 años de edad, a nivel nacional, aumentando de 71,1% a 80,7%, es decir 9 puntos porcentuales, siendo mayor el aumento en el ámbito rural, en 21.3 puntos porcentuales, a diferencia del ámbito urbano que sólo creció 5.1 puntos porcentuales. Como se puede observar, este incremento ha sido progresivo año tras año.

Este incremento de la tasa neta de matrícula en la educación inicial para niñas y niños entre 3 y 5 años de edad, focalizado especialmente en el ámbito rural, y se ha efectuado por el fortalecimiento de la gestión articulada intersectorial e intergubernamental entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y los gobiernos regionales.

El Ministerio de Educación, durante el año 2016, financió 3,119 plazas en 2,530 servicios educativos, logrando beneficiar a más de 63 mil niñas y niños; además, realizó la conversión de 1,273 PRONOEI de II ciclo de entorno comunitario a instituciones educativas del nivel Inicial. Se ha brindado asistencia técnica a las 26 regiones del país en la gestión del incremento del acceso. Asimismo, se logró que 187,941 niñas y niños entre 3 y 5 años, correspondiente a 180,462 hogares en situación de pobreza, cumplan con la co-

rresponsabilidad en la matrícula y permanencia en el sistema educativo, en el ámbito del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres-JUNTOS.

En el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) se estableció en los Convenios de Asignación por Desempeño (CAD) suscritos entre 25 Gobiernos Regionales, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la incorporación y mejora de un indicador vinculado a la cobertura de educación inicial en niñas y niños de 3 años de edad de quintiles de pobreza 1 y 2 de las regiones. Ello ha permitido contribuir con el sector educación en el cierre de brechas de acceso a la educación inicial en el grupo menos favorecido, como son las niñas y los niños de 3 años con respecto a las niñas y los niños de 4 y 5 años, así como, en los distritos de mayor pobreza de cada región al promover: matrícula oportuna de niñas y niños cumpliendo la normativa del sector; docentes y directores de instituciones educativas con mejor manejo del SIAGIE (Sistema de Apoyo a la Gestión Educativa); articulación de la oferta y demanda educativa en distritos de q1 y q2; articulación intersectorial (salud y educación) e intergubernamental (regional-local) para el logro del indicador.

## 3.2

### Objetivo estratégico N° 02:

## garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad

La niñez es la etapa del desarrollo humano que se sitúa entre los 6 y 11 años de edad. Este periodo se caracteriza principalmente por el desarrollo del pensamiento lógico, donde cada niña y niño es capaz de mostrar más objetividad interpretando el medio ambiente tal y como es.

El desarrollo de la niña y del niño implica una serie de aprendizajes que permitirán la socialización y formación como adulto, en este proceso de aprendi-

zaje y educativo, la niña y el niño asimila los valores de su cultura y la concepción vigente de la moral y la ética de su comunidad. Es principalmente en esta etapa que se consolidan las capacidades fisiológicas, intelectuales, sociales y emocionales adquiridas en la primera infancia.

Esta sección presenta información organizada en dos partes:

5.

#### **Participación en Educación Primaria: Resultado 5**

Considera los indicadores que alcanzan eficiencia en Evaluación Censal de Estudiantes – ECE, que concluyen la educación primaria oportunamente y que reciben educación en lengua materna.

6.

#### **Trabajo Infantil: Resultado 6**

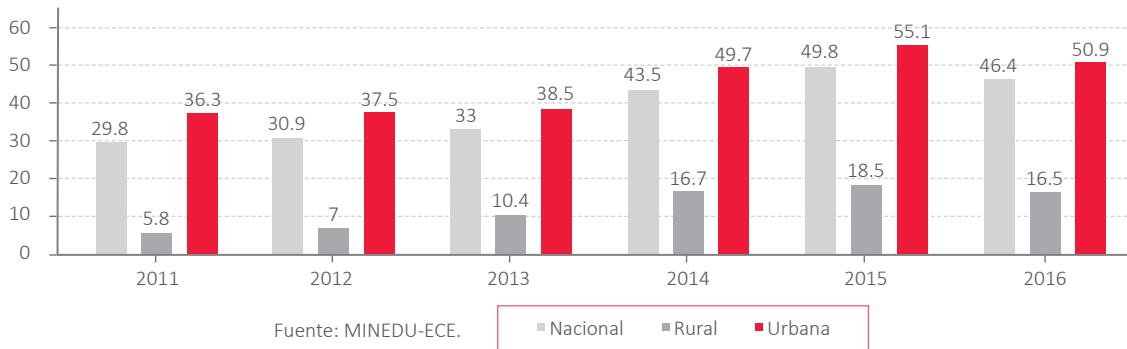
Considera los indicadores de niñas y niños que trabajan, por debajo de la edad mínima, por actividad económica y horas ocupadas.



## Resultado esperado 5

Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y concluyen en la edad normativa una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia

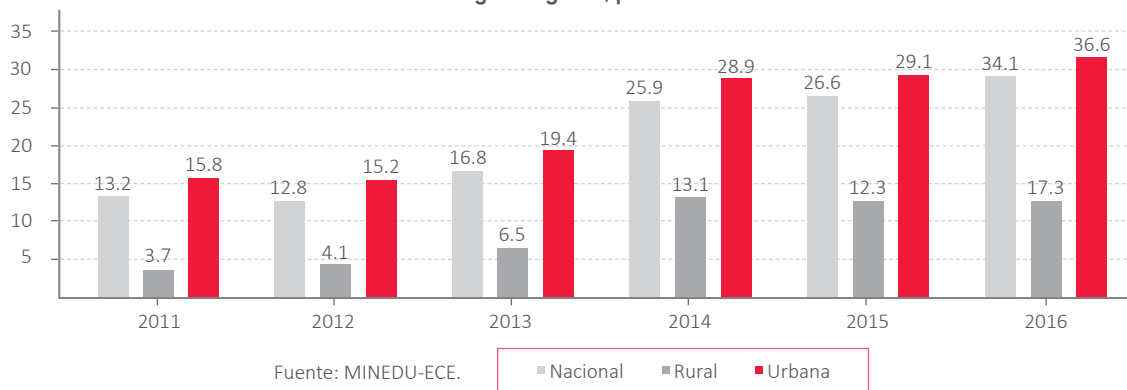
**Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias Comprensión Lectora en segundo grado por área de residencia**



Los resultados para el año 2016, señalan que en Lectura (46,4%) ha habido una disminución de 3.4 puntos porcentuales en el nivel satisfactorio, respecto al año 2015 (49,8%). Sin embargo, los avances en el tiempo

siguen siendo importantes, tanto así que el resultado de 2016 es 100% mayor al obtenido en 2009, en el mismo nivel de logro.

**Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de Matemática en segundo grado, por área de residencia**



Los aprendizajes en Matemática han mejorado sostenidamente en los últimos años, es así que entre los años 2015 y 2016 el porcentaje de niñas y niños en el nivel satisfactorio aumentó 7.5 puntos porcentuales, pasando de 26,6% a 34,1% respectivamente.

A lo largo de los años los aprendizajes en Matemática han mejorado. Esto se ve reflejado en el crecimiento del nivel Satisfactorio y la disminución del porcentaje de estudiantes en el nivel En inicio. Esta disminución resulta importante porque significa que más estudiantes están en camino de alcanzar los aprendizajes esperados en el III ciclo.

Entre las regiones con mayor índice de pobreza, Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, son las que han logrado mejoras significativas en Matemática. La región Loreto muestra una gran reducción en la cantidad de estudiantes ubicados en el nivel En inicio. Esto indica que hay un progreso destacado en la mejora de los aprendizajes de sus estudiantes.

Cabe destacar, que la Dirección de Educación Primaria implementa herramientas que se ofrecen para el mejoramiento de la Comprensión Lectora y de Matemática, así como de otras competencias de Ciencia y Tecnología y Personal Social, que se encuentran en el Currículo Nacional, a través de las unidades didácticas y sus sesiones de aprendizaje. Estas se encuentran

a disposición de docentes y directivos, a través de la web del MINEDU y también se entregan a cada docente de manera impresa.

En el 2016, se ha implementado la Estrategia de Soporte Pedagógico en 3,218 instituciones educativas de 18 Regiones: Amazonas, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima Metropolitana, Lima Provincias, Loreto, Madre de Dios, Piura, San Martín y Ucayali. El soporte pedagógico cuenta con cuatro líneas de intervención, i) línea de fortalecimiento de desempeños en docentes y directivos de IE; ii) línea de refuerzo escolar; iii) línea de articulación con la familia y comunidad; iv) línea de materiales educativos.

Los resultados de la evaluación de impacto del Programa, según el American Institutes For Research, muestran que el Soporte Pedagógico generó una mejora modesta pero promisoriosa en el rendimiento académico de los estudiantes de las escuelas intervenidas. En promedio, los resultados muestran que los estudiantes que recibieron el programa de Soporte Pedagógico presentan resultados superiores en las pruebas de la Evaluación Censal de Estudiantes de aproximadamente 0.1 desviaciones estándar en comprensión lectora en relación a los estudiantes del grupo de comparación y de 0.07 desviaciones estándar en Matemática.

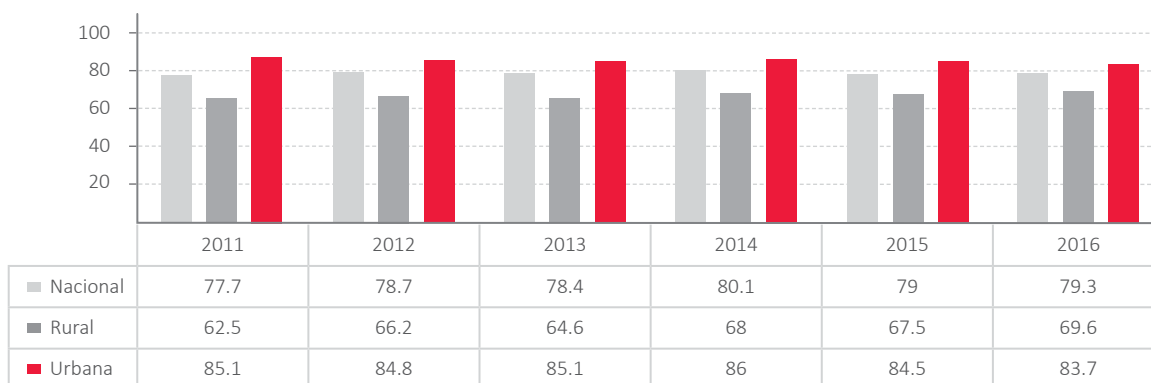
Por su parte, los resultados en las variables de logro muestran que los estudiantes con Soporte Pedagógico resultan 3 puntos porcentuales menos probables de pertenecer al grupo de nivel inicial de logro tanto en Comunicación como en Matemática. Los resultados presentados son robustos a diferentes tipos de especificaciones, variables de control y tipo de muestras empleadas.

Además, en el marco de este Programa, el proceso de fortalecimiento del desempeño de los docentes de aula y docentes fortaleza, se realizó a través de cuatro estrategias formativas: una de ellas es los Grupos de Interaprendizaje (GIA). El nivel de ejecución de los GIA programados para los docentes de aula del III ciclo, fue del 97%, en algunas regiones se realizaron hasta 9 GIA. El 92,61% de docentes de aula del III ciclo encuestados expresaron sentirse satisfechos y muy satisfechos con el desarrollo del GIA y desempeño del acompañante.

Finalmente, cabe destacar que el Ministerio de Cultura promovió la participación de 8,990 niñas, niños y adolescentes (de 6 a 12 años de edad aproximadamente) en actividades de fomento de lectura en trece regiones del país. El público beneficiario fueron principalmente las niñas entre 6 y 12 años, impulsando así su empoderamiento y reducción de brechas de género.

## ▪ Tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad

Tasa de conclusión (%) en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad, por área de residencia



Fuente: INEI-ENAH0, 2016 P/.

Entre el periodo 2011-2016 se ha dado un incremento de la tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad, a nivel nacional, de 77,7% a 79,3%, es decir 1.6 puntos porcentuales. Es mayor el aumento en el ámbito rural, en 7.1 puntos porcentuales, a diferencia del ámbito urbano, donde se presentó una reducción en 1.4 puntos, debiendo

evaluar las acciones necesarias para lograr la conclusión en ambos ámbitos territoriales.

En el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (ENPETI) en Huánuco, se brindó asistencia técnica a 44 IIEE rurales, de ellas 9 son polidocentes, 17 son multigrado y

18 son unidocentes, con el propósito de contribuir a que las niñas y los niños expuestos al trabajo infantil mejoren sus logros de aprendizaje y concluyan oportunamente su escolaridad.

Como parte de la asistencia, los docentes y directivos de las IIEE focalizadas, con la ENPETI, han recibido talleres de capacitación pedagógica y materiales para la enseñanza con el propósito de fortalecer sus competencias docentes; así mismo, han recibido acompañamiento docente en aula, con la finalidad de mejorar su práctica docente, y han participado en grupos de interaprendizaje el cual les ha permitido socializar sus prácticas pedagógicas exitosas. Adicionalmente, las familias de las IIEE focalizadas con la ENPETI, han participado en talleres vivenciales que les han permitido fortalecer su rol protagónico en la educación de sus hijos y mejorar el vínculo familiar. Las familias de los estudiantes expuestos al trabajo infantil han recibido visita a hogares, con el propósito de sensibilizar a los padres, madres o cuidadores, sobre la importancia de la educación y los aprendizajes que imparte la escuela para el desarrollo del estudiante y de su comunidad.

Los estudiantes de las IIEE focalizadas con la ENPETI, han mejorado sus logros de aprendizaje con relación al año 2012. Además, el 100% de los estudiantes de las 44 IIEE ENPETI, 101 estudiantes de 12 a 13 años han concluido la educación primaria.

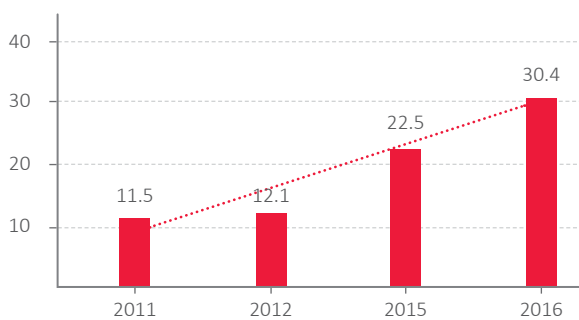
El incremento de la tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad, con énfasis en el ámbito rural, se ha hecho posible por el fortalecimiento de la gestión articulada intersectorial

e intergubernamental entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y los gobiernos regionales. Mediante dos (2) programas sociales, JUNTOS y QALI WARMA, han desarrollado acciones que coadyuvan al incremento de la tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de edad de 12 a 13 años, especialmente de aquellos que se ubican en los distritos quintiles I y II de pobreza.

El Programa QALI WARMA, durante el año 2016, realizó la provisión del servicio alimentario a través de la modalidad de “ración”, con la cual se programó la cantidad de 141’672,481 raciones, lográndose otorgar 127’926,565 raciones, lo cual representa una ejecución del 90,3%, que beneficia a 788,918 niñas y niños de 3,171 Instituciones Educativas públicas de inicial y primaria. Además, la provisión del servicio alimentario a través de la modalidad de “producto”, con la cual se programó la cantidad de 705’155,106 raciones, lográndose otorgar 665’437,263 raciones, lo que representa una ejecución del 94,4%, beneficiando a 2’779,475 niñas y niños de 57,469 instituciones educativas públicas de inicial y primaria. En las instituciones educativas del nivel secundaria de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana (Modalidad “producto”), se logró otorgar 8’736,807 raciones de 10’332,167 raciones, lo que representa una ejecución del 85%, lográndose atender a 36,016 escolares de 448 instituciones educativas (Fuente: Base de Datos del Servicio Alimentario – Año 2016).

## ▪ Centros educativos en comunidades indígenas desarrollan aprendizajes en la lengua materna

**Porcentaje de Centros Educativos en comunidades indígenas que desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos de nivel primaria**



Fuente: Padrón de IIEE de ESCALE – MINEDU.

En el año 2016, el 30,4% de las IIE en comunidades indígenas desarrollaron aprendizajes en la lengua materna de las y los estudiantes de nivel primaria; en comparación con lo reportado en el 2015, se observa un incremento de 7.9 puntos porcentuales.

El cálculo de 30,4% considera a las 1,980 IIEE que cuentan con docentes capacitados en EIB que enseñan en la lengua originaria de las 6,522 IIEE en comunidades indígenas, según lengua étnica del Padrón de IIEE de ESCALE – MINEDU.

Durante el año 2016, se ha dado continuidad al soporte pedagógico intercultural a docentes de más de 4,000 IIEE ubicadas en zonas dispersas y de difícil acceso en las 24 regiones, a cargo de equipos regionales

de asistentes de Soporte Pedagógico Intercultural (AS-PIS), bajo la asistencia técnica de la Dirección General de Educación Intercultural Bilingüe (DIGEIBIRA), que permite la mejora de aprendizajes. A partir del 2017, esta estrategia será parte de un Proceso por Resultados (PPR).

Se ha realizado la implementación de la Propuesta Pedagógica de Educación Intercultural Bilingüe, en instituciones educativas bilingües y de revitalización lingüística del ámbito nacional; sin embargo, aún no se tiene el informe de impacto.

Se apoyó al Programa de Especialización a Formadores EIB (Convenio UNMSM-CILA) en 3 sedes macro-regionales, el cual recibió asistencia técnica para formar a formadores de docentes EIB, actividad desarrollada por la Sociedad Civil y la UNMSM.

A las 31 lenguas con alfabetos normalizados, se sumaron durante el 2016 el desarrollo y aprobación mediante Resolución Ministerial de las lenguas ka-

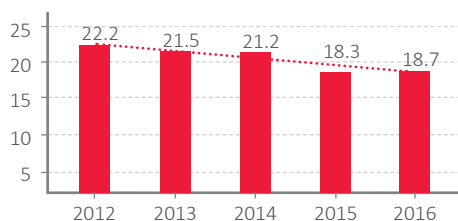
panawa (RM N° 009-2016-MINEDU), urarina (RM N° 095-2016-MINEDU y arabela (RM N° 436-MINEDU). Se concluyeron además, los procesos de normalización de los alfabetos de las lenguas ocaina, amahuaca, yaminahua y kawki, que están a la espera de resolución para la oficialización de sus respectivos alfabetos.

Finalmente, resaltan dos avances normativos, la aprobación de la Política de Educación Intercultural y de Educación Intercultural Bilingüe (DS N° 006-2016-MINEDU), que traza metas de mediano plazo en educación intercultural para todas y todos, por primera vez, así como en educación intercultural bilingüe; y la aprobación del Plan Nacional de Educación Intercultural Bilingüe al 2021 (RM N° 629-2016-MINEDU) el cual permitirá implementar las actividades relacionadas a la EIB determinadas por la Política.

## Resultado esperado 6

Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.

**Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima (5-13 años de edad)**



Fuente: INEI- ENAHO 2016 P/.

El porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, está definida por la proporción de niñas y niños de 5 a 13 años que trabajan, sobre el total de población en ese rango de edad. Según resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2016, representa el 18,7% de la población total. *Aunque las cifras aún son altas, reflejan una reducción de (-3.4) puntos porcentuales referidos al periodo 2012.*

Con relación al promedio de horas trabajadas de las niñas, niños y adolescentes por debajo de la edad mínima, en promedio para el año 2016, las niñas y los niños dedican 12,2 horas a la semana para realizar actividades económicas (ENAHO 2016 P/). En este grupo de edad, el 18,7 % están realizando alguna actividad económica y dedicando en promedio 12,2 horas al trabajo, combinadas con la asistencia a la escuela.

Se debe mencionar que, si bien a partir de la ENAHO no es posible obtener información acerca de las actividades económicas, a través del SRTI ha sido posible obtener datos acerca de las actividades económicas que realizan las niñas, niños y adolescentes en las zonas donde se ha aplicado la encuesta.

La Estrategia Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (ENPETI) ha desarrollado dos aspectos importantes de la política destinados a este fin: la validación de estrategias de intervención y focalización de la política con un enfoque preventivo; y el desarrollo de acciones de sensibilización e información de los actores clave.

Como parte de estas experiencias piloto el MINEDU, implementó entre los años 2013 y 2016, el programa de Acompañamiento Pedagógico<sup>4</sup> en 44 escuelas primarias de Huánuco, donde se desarrolló el piloto, beneficiando a 2,677 estudiantes. Este programa consistió en asistencia técnica pedagógica a los docentes, directivos y equipos técnicos de las UGEL para sumar esfuerzos en la mejora de los aprendizajes y la conclusión oportuna de la escolaridad de las niñas y los niños expuestos al trabajo infantil, involucrando en el proceso también a las familias.

En su segunda etapa (2015-2018) la ENPETI se encuentra implementando un Sistema de Registro de Trabajo Infantil en Huánuco (Huánuco), Comas (Lima), Carabaylo (Lima) y Ciudad Nueva (Tacna), con el fin de registrar, identificar y monitorear a las niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil para poder implementar una oferta de servicios adecuados a esta población objetivo.

Es clave para la intervención la acción intersectorial, lo cual exige que los diferentes sectores vinculen a la ENPETI, sus servicios o programas relacionados a la protección de las niñas, niños y adolescentes que trabajan o estén en riesgo de hacerlo o a los temas vinculados como generación de ingresos, desarrollo productivo, educación, uso del tiempo libre. En ese sentido el Programa Nacional Yachay, aporta a este resultado, ya que incluye en su público objetivo a niñas, niños y adolescentes que trabajan y que están en situación de calle.

En ese sentido, cabe señalar que, la población total atendida por el Programa Nacional YACHAY en el 2016 fue de 7,228 niñas, niños y adolescentes, de los cuales 3,384 son hombres y 3,844 son mujeres. Del total, 66% (4332) eran niñas, niños y adolescentes que trabajan en edades de 6 a 13 años; correspondiendo a

mujeres el 48,5% (2,099) y a varones el 51,5% (2,233). Durante el 2016 la cobertura de Yachay, en lo que corresponde a la atención entre 6 y 13 años de edad, se incrementó en 5 puntos porcentuales, pasando del 61% en el año 2015 al 66% en el año 2016. Haciendo la comparación por lugar de la atención observamos que, la región que ha incrementado su número de casos en más del 100% es Piura, donde se han detectado 122 casos más que en el año 2015. Ucayali y Lima han incrementado su población atendida en alrededor de 60 casos, en comparación con el año 2015. Sin embargo, las regiones cuyos casos han bajado, comparando los mismo años son Tacna (con 24 casos menos) y Puno (con 20 casos menos).

Asimismo, a través del Programa, se logró que 1,124 niñas, niños y adolescentes trabajadores (NAT) (26%) entre 6 y 13 años dejen de trabajar, como resultado de la aplicación de la metodología de educadores de calle; habiéndose incrementado en 6 puntos porcentuales con relación al año 2015 que alcanzó a 798 NAT (20%); se consiguió que los padres asuman su rol protector y proveedor. De igual forma, los NAT son beneficiados con servicios del Programa y mediante gestiones realizadas ante los gobiernos locales y regionales, accediendo a otros servicios identificados en la comunidad, para cubrir las necesidades de los usuarios y sus familias. De otro lado, se consiguió que 2,926 NAT entre 6 y 13 años, reduzcan su jornada laboral por los siguientes motivos: cambio laboral a actividad de menor riesgo; participación en actividades formativas y de recreación; escolarización; acceso a becas deportivas; actividades recreativas; seguir estudios técnicos (becas).

<sup>4</sup> Este programa consistió en asistencia técnica pedagógica a los docentes directivos y equipos técnicos de las UGEL para sumar esfuerzos en la mejora de los aprendizajes y la conclusión oportuna de la escolaridad de los niños y las niñas expuestos al trabajo infantil, involucrando en el proceso también a las familias.

### 3.3

## Objetivo estratégico N° 03: consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad

La adolescencia es una época de evolución permanente, marca el proceso de transformación de la niña y niño en adulto es una etapa de descubrimiento de la propia identidad, identidad psicológica, identidad sexual, así como de la autonomía individual.

En el aspecto emocional, se profundiza la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones, se promueven los procesos de identificación con líderes, grupos o personas. La o el adolescente puede hacer uso de su autonomía y comenzar a elegir a sus pares.

Aparece el pensamiento abstracto y desarrolla su capacidad para relativizar.

La o el adolescente está en un camino medio entre la edad adulta y la infancia, en lo que hace referencia a la vivencia de sus emociones, estando presente una mezcla singular de sus comportamientos, de su capacidad cognitiva y afectiva. Esta sección presenta información organizada en 7 partes.

7.

**Promedio de estudiantes de 15 años de edad obtenidos en la prueba PISA y conclusión en educación secundaria en el grupo de 17 a 18 años de edad: Resultado 7**

8.

**Protección frente a trabajo infantil: trabajo peligroso, horas de trabajo, condición de trabajo: Resultado 8**

9.

**Embarazo y maternidad adolescente como factor de riesgo: Resultado 9**

10.

**Consumo de drogas: Resultado 10**

11.

**Adolescentes en conflicto con la ley penal: Resultado 11**

12.

**VIH y SIDA en adolescentes: Resultado 12**

13.

**Atención integral de salud: sobrepeso y anemia: Resultado 13**

14.

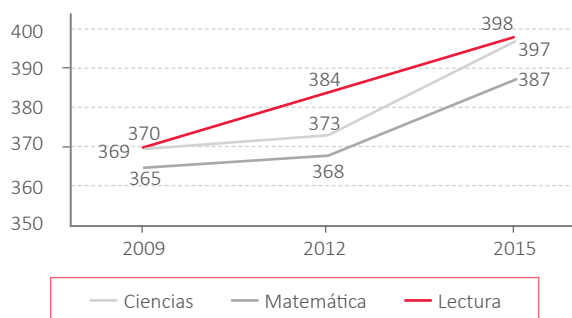
**Explotación sexual: Resultado 14**

## Resultado esperado 7

Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.

### ▪ Prueba PISA<sup>5</sup>

Resultado promedio de las y los estudiantes peruanos de 15 años de edad obtenidos en la prueba PISA, por materia evaluada



Fuente: OCDE, 2016.

Los resultados que se observan en la evaluación PISA muestran un aumento en los promedios obtenidos en los años medidos. En Ciencias, en el año 2009, el Perú alcanzó 369 puntos en promedio, mejorando en PISA 2012 a 373 y en PISA 2015 alcanzó 397 de medida promedio. Ello implica que ha crecido en 14 puntos porcentuales, al comparar la variación de resultados en los últimos años.

En Matemática, en el año 2009, alcanzó un resultado promedio de 365, mientras que en el año 2015, un promedio de 387. Se aprecia un incremento sostenido en la tendencia promedio, equivalente a 10 puntos porcentuales en los últimos años.

En Lectura, se aprecia un incremento en los resultados por medida promedio, entre el año 2009 y el 2015. Además, desde 327 en PISA 2000, hasta 398 en PISA 2015, el aumento es equivalente a 15 puntos porcentuales

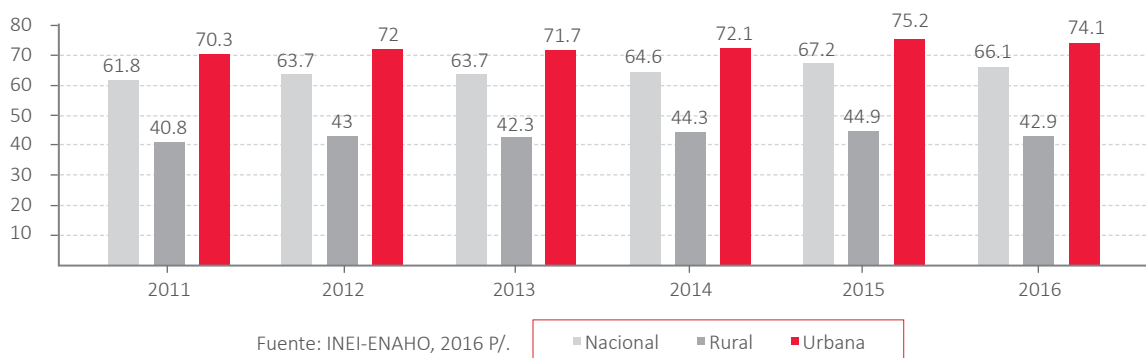
El MINEDU ha desarrollado diversas estrategias para mejorar este indicador, una de ellas es la implementación del Modelo Jornada Escolar Completa en 1,602 escuelas de educación secundaria, a las cuales se dotó de recursos pedagógicos modernos y se reestructuró la carga horaria brindando mayor tiempo para el desarrollo de las áreas curriculares. Además, se implementó la estrategia de Soporte Pedagógico para secundaria rural, a través del acompañamiento en las áreas de Comunicación y Matemáticas, para fortalecer las competencias de los docentes; y la estrategia de Soporte Social Comunitario para mejorar la convivencia escolar.

Asimismo, entre otros aspectos, se dotó a las escuelas de educación secundaria con materiales educativos de calidad, tales como Textos escolares, Cuadernos de Trabajo para el estudiante, Manuales para los docentes de las áreas de Comunicación, Matemáticas, Sociales y Ciencias. Se distribuyeron kits de evaluación (incluye cuadernillos de entrada, proceso y salida) y Manual de uso de estos kits. Se distribuyeron módulos de Biblioteca (Matemáticas) y Kits de Máquinas Simples (Ciencias) para el desarrollo de la competencia de indagación científica.

<sup>5</sup> PISA es el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes que se realiza cada 3 años, evalúa a estudiantes de 15 años de edad seleccionados al azar que asisten a algún grado de secundaria o a la modalidad equivalente. PISA busca conocer en qué medida los estudiantes evaluados, próximos a culminar su educación obligatoria y seguir estudios superiores o ingresar al mercado laboral, son capaces de utilizar los conocimientos y habilidades necesarios para hacer frente a las situaciones y desafíos que les plantea la sociedad actual.

## ▪ Tasa de conclusión de educación secundaria

Tasa de conclusión en educación secundaria en el grupo de 17 a 18 años de edad, por área de residencia



La tasa de conclusión en la educación secundaria de las y los adolescentes de 17 a 18 años de edad, presenta un incremento de 4.3 puntos porcentuales entre los años 2011 y 2016, pasando de 61,8% a 66,1%. En la zona rural, en ese mismo periodo se observa un incremento de 2.1 puntos porcentuales, pasando de 40,8% a 42,9%; y en el área urbana, la tasa de conclusión pasó de 70,3% a 74,1% incrementándose en 3.8 puntos porcentuales.

La tasa de conclusión a nivel nacional ha aumentado en relación a los años anteriores, esto se debe a las diversas estrategias que el MINEDU desarrolla para promover la conclusión de la secundaria, tales como la implementación del modelo de servicio de Jornada Escolar Completa cuya característica es el acompañamiento que se le brinda a los estudiantes a través de la Atención Tutorial Integral (ATI). La estrategia "Soporte Pedagógico para la Secundaria Rural" aborda directamente la deserción escolar, promoviendo la conclusión oportuna de los estudiantes de las zonas rurales.

La difusión de la Ley 29600 promueve la reinserción y culminación de la educación secundaria de las estudiantes embarazadas.

Las acciones de tutoría promueven el fortalecimiento de competencias socio afectivas para la construcción de un proyecto de vida, entre otros. Se difunden sesiones de tutoría para el desarrollo de competencias socioafectivas en 1,602 IIEE de jornada escolar completa, que son utilizadas por docentes tutores, contribuyendo a la formación integral y la prevención de problemáticas psicosociales en estudiantes de secundaria. Hasta el año 2016, no se ha realizado una evaluación de los resultados en los estudiantes sobre el desarrollo de las competencias socioafectivas, pero se vienen revisando los indicadores y elaborando instrumentos para tal fin.

Se va a complementar el trabajo de la tutoría con la distribución de una Guía tutorial para los docentes, a fin de que tengan herramientas que le permitan orientar a los estudiantes en las horas de tutoría, en casos que son causas de deserción.

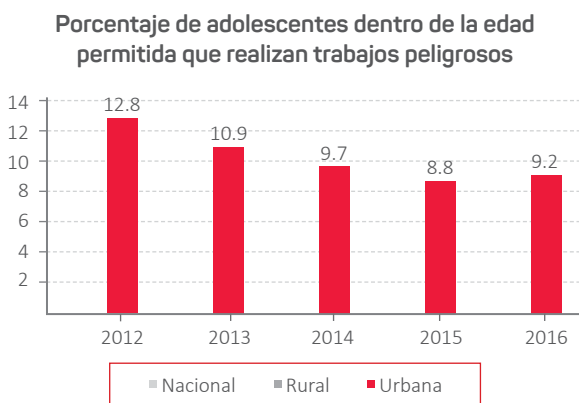
Se aceleraron los procesos de ajuste de las sesiones de aprendizaje en el ámbito rural, para la actividad Acompañamiento Pedagógico en las IIEE polidocentes del ámbito rural.



## Resultado esperado 8

Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.

### ▪ Trabajo peligroso, horas ocupadas y actividad económica



Fuente: INEI-ENAO, 2016 P/.

La ENAO es una encuesta anual con inferencia nacional y regional, que brinda información sobre las tendencias del trabajo infantil a nivel del país. Sin embargo, ésta no recoge todas las dimensiones de la actividad económica; sin embargo, la encuesta sí permite tener información acerca de la intensidad de horas, el cual es un aspecto del trabajo peligroso. *En base a esta información se puede identificar que el porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos, muestra una disminución de (-3.6) puntos porcentuales en el periodo 2012-2016.*

En el Perú, el trabajo peligroso intensivo en horas, se desarrolla, principalmente, en la actividad agropecuaria (36,3%) y, en menor medida en el sector servicios (30,6%), luego el sector industria (9,2%) y el sector comercio (4,8%).

La mayor parte de las y los adolescentes que realizan estos trabajos, desarrollan su actividad económica en el seno del propio hogar, es decir, en la chacra o en un negocio donde sus padres o tutores son los dueños. Esto revela que el trabajo infantil y peligroso tiene, especialmente, un rostro rural.

Según cifras preliminares de la ENAO 2016, si bien el promedio de horas de trabajo de las y los adolescentes ha disminuido en los últimos cinco años, este sector de la población aún realiza trabajo intensivo en horas, con una tendencia a superar las horas reglamentadas por el Código del Niño y del Adolescente: 48 horas semanales.

Cabe destacar, la aprobación de la Resolución Ministe-

rial N°. 114-2016-TR en la cual se define el trabajo peligroso como el número de niñas y niños que realizan alguna actividad económica por lo menos una hora a la semana y que cumplen alguno de los 4 criterios de trabajo peligroso: horas, horario, naturaleza y condiciones, sobre el total de la población de 5 a 17 años. Este indicador se calcula a partir de la ETI.

Además, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, inició en el 2016 la implementación del Sistema de Registro de Trabajo Infantil (SRTI), en el marco de la segunda etapa (2016 – 2018) de la ENPETI, la cual prioriza la generación de información y conocimiento para el desarrollo de la política pública en materia de trabajo infantil. El SRTI busca desarrollar la capacidad institucional nacional para identificar a las niñas, niños y adolescentes en riesgo o en situación de trabajo infantil y derivarlos a los servicios de atención pertinentes para restituir los derechos perdidos por el trabajo prematuro y/o peligroso. Este sistema, permitirá disponer de datos confiables sobre la atención efectiva de casos y conocer más acerca del impacto de las políticas nacionales.

Como parte de las actividades de implementación de la ENPETI el Piloto SEMILLA dio inicio al Programa de Reconversión Laboral Adolescente (PRELAR). Dirigido a adolescentes entre 14 y 17 años que realizan trabajos peligrosos PRELAR ofrece capacitación en habilidades blandas y técnicas y promueve y acompaña emprendimientos de los y las adolescentes. A lo largo del proceso los y las adolescentes son parte de un sistema de protección que los conecta con servicios sociales requeridos (salud educación, guardería para sus hijos, etc.).

El programa, en el 2016, dio atención a 328 adolescentes, 158 mujeres y 170 hombres de la región Junín, donde contó con participación de los municipios locales. En su primera fase PRELAR recibió apoyo de los Gobiernos locales para el traslado de los adolescentes en algunos casos.

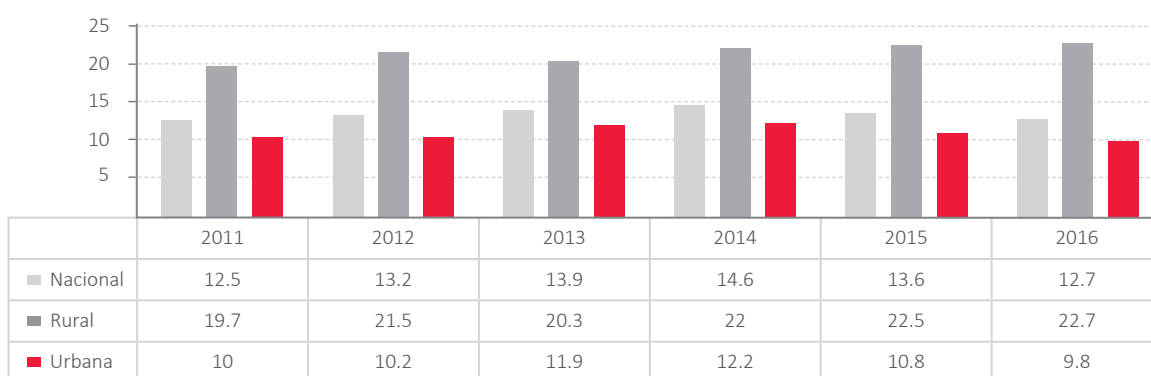
Así mismo, el programa de PETI de Carabaylo incluye en su programa de nivelación escolar a adolescentes quienes asisten a los centros de referencia a recibir apoyo con las tareas escolares. Los estudiantes asisten con hermanos más pequeños donde encuentran dos tutoras y voluntarios que los orientan.

Frente a la alta tolerancia al trabajo infantil, se han desarrollado diversas actividades de sensibilización en las 25 regiones en la que se cuentan con Comités Directivos Regionales para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil.

## Resultado esperado 9

Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.

Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia



Fuente: INEI-ENDES, 2016 P/.

Se observa que para el año 2016, el indicador registra el 12,7% a nivel nacional, mostrando un ligero descenso de 0,9 punto porcentual respecto al año 2015 (13,6%). El valor en el área rural fue de 22,7%, el cual se mantiene respecto al año 2015 (22,5%), mientras que en el área urbana disminuyó un punto porcentual en ese mismo periodo, de 10,8% (2015) a 9,8% (2016).

Es importante que durante el 2016, se implementó la Norma técnica de salud de planificación familiar, aprobada el 31 de agosto del 2016, la cual contiene la interpretación del Artículo 4 de la Ley General de Salud, en la que se hace mención al tratamiento médico y quirúrgico, no así a la prevención como es la planificación familiar. Ello ha permitido poder brindar la orientación o consejería en planificación familiar y el método que elijan las y los adolescentes, sin necesidad de estar acompañadas o acompañados por sus madres, padres o tutores.

Además, a través del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en adolescentes 2013-2021, se ha movilizado a la opinión pública para reducir el embarazo precoz y a la vez abogar para que la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes se con-

vierta en un tema de atención prioritaria para el Estado Peruano. Así mismo cada sector o institución tiene un objetivo con metas a cumplir.

Durante el año 2016, el MINEDU apoyó en la capacitación docente en los temas de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, mediante la priorización de presupuesto para el desarrollo de acciones preventivas a través de la Tutoría, que considera la Educación Sexual Integral (ESI) y por ende la prevención del embarazo en la adolescencia. Además, se ha trabajado en la capacitación y sensibilización de especialistas de tutoría DRE/UGEL a nivel nacional, a través de capacitaciones macroregionales en las que se difunde la importancia de fortalecer las capacidades de los actores educativos frente a la necesidad de reportar y consolidar los casos vinculados a embarazo en la adolescencia. Se capacitó a 220 especialistas de tutoría de las 26 regiones del país. Se fortalecieron sus competencias para la implementación de la tutoría en las IIEE de su jurisdicción; entre otras.

Adicionalmente, el MINEDU desarrolló intervenciones preventivas y a su vez promovió la difusión de la Ley 29600 (inserción de la adolescente embarazada al

sistema educativo) conjuntamente con las DRE, UGEL e IIEE en las siguientes regiones: Amazonas, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Ica, Lima Metropolitana, Loreto, Madre de Dios, Piura, San Martín, Tumbes y Ucayali, las cuales han sido priorizadas por presentar una alta prevalencia de embarazo en la adolescencia.

En la plataforma de la jornada escolar completa se ha puesto a disposición de los docentes tutores, 17 sesiones para cada grado, entre las que corresponden al eje "Sexualidad y Género" de la dimensión personal, sesiones que abordan temáticas como roles, estereotipos, creencias relacionadas al género, cambios corporales, identidad, inicio de relaciones sexuales, sexualidad, diversidad y discriminación por identidad

de género y orientación sexual, violencia de género y mensajes en los medios de comunicación, entre otras. Cada sesión de sexualidad tiene alrededor de 23,000 descargas, estas sesiones están disponibles en la plataforma de tutoría JEC.

Incorporación en el Currículo Nacional actual, las competencias y capacidades relacionadas con el desarrollo integral de la persona que aportan a la ESI, las cuales se desarrollan de manera progresiva-de acuerdo a la edad y etapa de desarrollo de las y los estudiantes- articulando las acciones de Tutoría con áreas curriculares como: Desarrollo Personal, Ciudadanía y Cívica en particular con el desarrollo de la competencia "Construye su identidad".

## Resultado esperado 10

### Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales

#### ▪ Prevalencia de consumo de drogas

Durante el periodo 2013-2016 no se han realizado mediciones vinculadas al indicador. No obstante, en el presente año, se está ejecutando el VI Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2017. A través de esta investigación se podrá estimar el indicador de porcentaje de variación de prevalencia anual de drogas legales e ilegales. El valor del indicador estará disponible en noviembre.

De otro lado, la línea de base indica la prevalencia de 28,9% en drogas legales (alcohol 44,9%, tabaco 34,8%) y de 4,6 % en drogas ilegales (marihuana 2,4%, inhalantes 2,0%) de acuerdo al III Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria desarrollado por DEVIDA el año 2009. Mientras que en el año 2013, la prevalencia en drogas legales es 23,3% (alcohol 19,7%, tabaco 12,8%) y de drogas ilegales 3,8% (marihuana 2,2%, inhalantes 1,2%).

En el marco de las actividades de nivel preventivo, DEVIDA ha desarrollado "Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar", en 580 instituciones educativas de nivel secundario en 21 Direcciones Regionales de Educación (Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Piura, Puno, Lima Provincias, Lima Ciudad, Huánuco, Junín, La Libertad, Moquegua, San Martín, Tacna, Ucayali, y Callao), el cual benefició a 15,692 familias con hijos de 10 a 14 años, haciendo un total de 31,384 personas atendidas. Adicionalmente,

en la presente actividad se realizó coordinaciones con las Fuerzas Armadas y con las Instituciones Educativas de la Región Loreto, Ica y la Libertad, logrando beneficiar a 342 adolescentes y padres de familia, haciendo un total de 684 personas atendidas. Esta actividad fue ejecutada directamente por DEVIDA, y benefició a un total de 32,068 personas (16,034 adolescentes y padres de familia).

Igualmente, se realizaron actividades de "Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo", el cual ha sido desarrollado en 580 instituciones educativas de nivel secundario en 21 Direcciones Regionales de Educación (Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Piura, Puno, Lima Provincias, Lima Ciudad, Huánuco, Junín, La Libertad, Moquegua, San Martín, Tacna, Ucayali, y Callao), el cual benefició a 291,640 estudiantes de nivel secundario, de los cuales el 97% aproximadamente son niños/as y adolescentes.

Por su parte, el Ministerio del Interior, a través de la Policía Nacional del Perú, Dirección Ejecutiva Antidrogas de la PNP (Dirección la División de Prevención del Tráfico Ilícito de Drogas) y con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la "Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas" a cargo de DEVIDA, focalizó sus acciones preventivas para disminuir el uso y consumo indebido de drogas en comunidades vulnerables de riesgo al tráfico ilícito de drogas y sus delitos conexos en Lima, Satipo, La Merced, Cuzco,

Quillabamba y Ayacucho (Huanta). Se logró ejecutar 253 actividades preventivas que consistieron en presentaciones artísticas, títeres, teatro, socio dramas, show navideños, conferencias donde participaron 105,704 niñas, niños y adolescentes, integrantes de juntas vecinales, docentes y alumnos de las diferentes instituciones educativas públicas y privadas, padres de familia, personal policial, personal de serenazgo, personal de las FF.AA.

Por último, a nivel de tratamiento, se implementaron 179 módulos de atención en adicciones, ubicados en establecimientos de salud en 21 Regiones. En los módulos se atendieron un promedio de 12,874 personas con problemas de consumo de drogas, de los cuales

aproximadamente 41 eran niñas y niños (0.32%) y 3,995 adolescentes (31%).

De otro lado, se ha atendido a 419 adolescentes en conflicto con la Ley Penal en los 5 Centros juveniles de la Región Lima, La Libertad, Junín y Lambayeque.

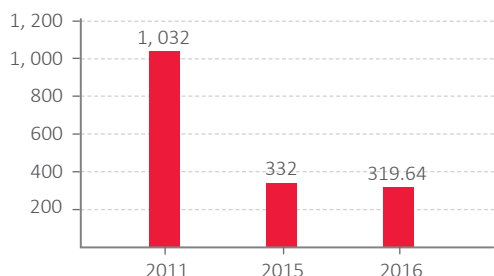
Igualmente, el servicio de información, orientación y consejería "Habla Franco", orientó a 1,769 personas a través de la modalidad telefónica (0800-44-400); 460 contactos a través de la vía on line y 319 personas atendidas a nivel individual y grupal en la modalidad presencial. Cabe señalar, que en las 3 modalidades de atención que brinda el presente servicio, 10 son niñas y niños y 323 son adolescentes.

## Resultado esperado 11

Las y los adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal disminuyen

### ▪ Expedientes sobre infracción de ley penal en menores de 17 años

**Tasa de expedientes ingresados a la fiscalía y/o mixtas por infracción de la Ley Penal por cada 100 mil habitantes entre 14 y 17 años de edad**



Fuente: Oficina de Racionalización y Estadística- ORACE del Ministerio Público

El Ministerio Público ha reportado haber recibido un total de 7,407 expedientes de adolescentes por infracción a la ley penal; lo que de acuerdo al cálculo correspondiente al indicador del presente resultado esperado equivale a una tasa de 319.64 expedientes ingresados a las Fiscalías de Familia y/o Mixtas por infracción de la Ley Penal por cada 100 mil habitantes entre 14 y 17 años de edad.

Cabe destacar, que en cuanto a la justicia juvenil restaurativa, se cuenta con el Protocolo Interinstitucional para la atención especializada de adolescentes en conflicto con la Ley Penal (Decreto Supremo N° 011-2016-JUS). Este instrumento operativo permitirá delimitar la actuación de las diversas entidades del Estado, tales como el Ministerio Público, la Policía Nacional del Perú

y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en los Módulos Especializados de Atención a Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal en las Comisarías, en el marco del objetivo de impacto 3 de la Política Nacional PUEDO, referido al logro de una administración de justicia efectiva y con enfoque garantista.

De igual forma, se cuenta con un análisis de resultados del Primer Censo en Centros Juveniles 2016, realizado en coordinación con el INEI y el Poder Judicial que permite que se pueda conocer de manera más profunda el perfil de las y los adolescentes infractores en medio cerrado; teniendo información desagregada por sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, último lugar de residencia, nivel educativo, antecedentes laborales, ingresos económicos, salud, contexto familiar, características de la infracción, situación jurídica y condiciones de vida durante el internamiento.

Entre los principales resultados tenemos, que de 10 Centros Juveniles de Diagnóstico y Rehabilitación, se cuenta con la siguiente información, son 10 Centros de los cuales sólo uno (01) es para Mujeres, con un total de 1,965 internos de los cuales 87 son mujeres, y el resto son varones (1,878); en promedio los varones tienen 17 años y las mujeres 16 años de edad. Es importante señalar que el censo arrojó que los internos tienen hijos, principalmente uno (01), siendo 244 casos que representan el 98,1%. En cuanto al estudio, con primaria completa o incompleta existen unos 814

internos; con secundaria incompleta 1,118 internos que representan el 57,3%, en tanto que 183 con Secundaria completa; por otra parte con Educación Superior universitaria y no un total de 21 internos (1,1%).

Las Direcciones Territoriales PNP reportan en el año 2016 a nivel nacional, el registro de (4,618) adolescentes presuntos infractores de la Ley Penal. De este grupo, la mayor incidencia, el 55,06% (2,543) corresponde a infracciones contra el patrimonio, seguido de tráfico ilícito de drogas con 8% (369), lesiones con 6% (277), homicidio 3,2% (150), terrorismo con 1,03% (48) y otros con 26,7% (1231). Las cinco regiones con mayor incidencia de casos son Lima (904), Ica (549), Cusco (459), Junín (424) y La Libertad (547).

El 14 de octubre del 2016, el Ministerio del Interior inició la implementación de la Estrategia Multisectorial "Barrio Seguro", donde se prioriza la reorganización de las comisarías y la capacitación a las y los integrantes de las Juntas Vecinales y personal policial. Asimismo, entre las acciones efectuadas en relación al trabajo con niñas, niños y adolescentes, especialmente a nivel de coordinaciones intersectoriales, se puede mencionar la reactivación en Trujillo del "Módulo de Atención al Adolescente en Conflicto con la Ley Penal"

en la Comisaría de Ayacucho, en un esfuerzo intersectorial con el Ministerio Público y el sector Justicia. Con esta acción, son tres las Comisarías que cuentan con dicho Módulo de Atención (Comisaría de El Agustino -2008- y la Comisaría de Villa María del Triunfo-2015).

Igualmente, esta estrategia aborda la disminución del crimen y la violencia desde la esfera preventiva repercutiendo sus acciones estratégicas en los factores de riesgo a través de un trabajo multisectorial que espera convertir a los distritos en lugares donde sus pobladores puedan vivir en paz y con desarrollo. La estrategia, se viene implementando en Florencia de Mora, La Esperanza y el Porvenir, Trujillo, en el Barrio San Agustín en Chincha Alta (Ica) y en el barrio Chocoy, ubicado en el corazón de Barranca (región Lima). Los primeros resultados se tendrán en abril del 2017.

Finalmente, el Poder Judicial destaca que, en términos generales, al 2016 se continua produciendo un incremento del uso de la capacidad instalada preparada solo para 1,473 adolescentes infractores en medio cerrado, sin embargo a Diciembre del 2016 se encuentra utilizada la misma para 2,168 adolescentes internos, reportándose a nivel nacional un exceso de utilización de capacidad instalada en 147% a diferencia del año 2015 en que se reportó un exceso de 131,9%.

## Resultado esperado 12

Se reduce la infección de vih y sida de las y los adolescentes.

### ▪ Incidencia y tratamiento VIH

De acuerdo a la información proporcionada por el MINSA, entre los años 2011 (66) y el 2015 (94), el número de adolescentes con diagnóstico positivo de VIH ha aumentado en 28. Para el año 2016, se ha reportado el número de casos acumulados notificados entre 1983 y 2016, siendo 507 hombres y 280 mujeres.

Para el año 2016, el porcentaje de adolescentes con diagnóstico de VIH que reciben el tratamiento en forma gratuita oportuna y continúa es de 82%.

Se cuenta con la Norma Técnica N° 102- MINS/DGSP. V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)", que actualiza los esquemas de TARV e ingreso inmediato al tratamiento.

Además, con la nueva Norma Técnica PF 525-2016/ MINS, las y los adolescentes pueden acceder a métodos anticonceptivos y preservativos voluntariamente.

Se actualizaron las definiciones operacionales, para la extensión de actividades preventivas de ITS/VIH en adolescentes, en los diferentes niveles de atención, tanto dentro como fuera del establecimiento de salud (Resolución Ministerial N° 907-2016/MINS).

Se ha incorporado la figura del educador para adolescentes en el nuevo marco normativo de ITS, VIH/SIDA (incluyendo poblaciones clave)- Resolución Ministerial N° 980-2016/MINS (NTS N° 126-MINS/2016 "Norma técnica de Salud de atención integral de la población Trans Femenina para la prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA") y; Resolución Ministerial N° 1012-2016/MINS (NTS N° 129-MINS/2016/DGIESP "Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de las ITS y el VIH en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural").

Las y los adolescente, son un grupo vulnerable, en especial en las zonas indígenas amazónica. Para ello,

se ha implementado una intervención que incluye un plan comunicacional dirigido a las y los adolescentes. El plan considera la realización de caravanas en colegios secundarios de la Amazonia, donde se brinda información preventiva sobre el VIH y otras ITS, a través de actividades lúdicas, sociodramas y materiales desarrollados con enfoque intercultural. En la actualidad, alrededor de 1,000 jóvenes han sido beneficiados con este programa.

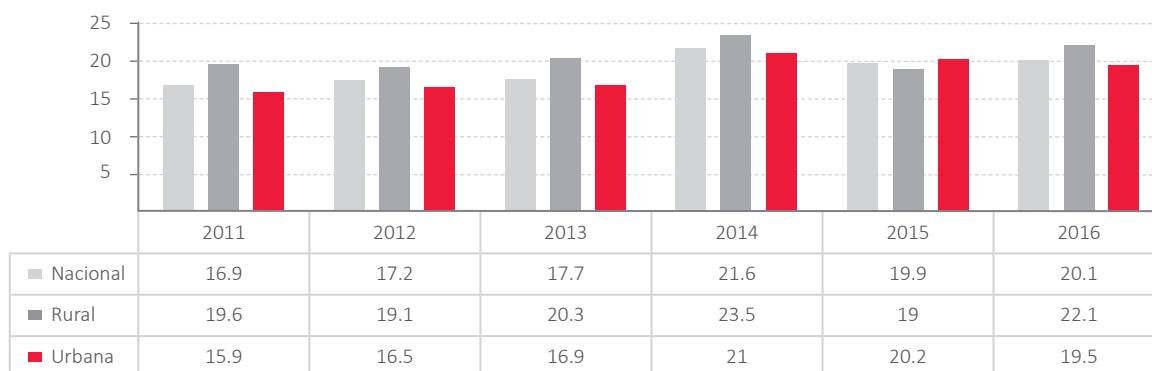
Actualmente, el Perú viene trabajando en el cierre de brechas de acuerdo a las “metas 90-90-90”, la brecha actual es de 36% (19,917 PVV) personas que aún no conocen su estatus de VIH positivos. La brecha de TARGA es de 35% para alcanzar la meta de 90% (25,000 PVV). La brecha de supresión viral, es de 36% (25,633 PVV), en toda la cascada que incluye la población adolescente a fin de asegurar su acceso al TARV.

## Resultado esperado 13

Las y los adolescentes acceden a una atención integral de salud de calidad y con pertinencia cultural.

### ▪ Anemia

Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 19 años de edad, por área de residencia



Fuente: INEI-ENDES, 2016 P/

La prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 19 años de edad en el año 2016 a nivel nacional es de 20,1%, siendo en el área rural de 22,1% y en el área urbana de 19,5%. De acuerdo a los datos, se observa que solo en el área urbana hubo una mejora respecto al año 2015, reduciendo 0,7 punto porcentual.

Entre los avances normativos se señala la Resolución Ministerial N° 062-2016-MINSA, del 2 de febrero del 2016, se modifica el literal K, del numeral 6.5, del Documento Técnico: Orientaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes en el 1 Nivel de Atención, aprobado por Resolución Ministerial N° 917-2014/MINSA, que establece la suplementación discontinua semanal y trimestral, durante seis meses para las adolescentes.

Asimismo, el Decreto Supremo N° 033-2016-SA, se aprobó el Reglamento que establece el proceso de reducción gradual hasta la eliminación de las grasas trans en los alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas industrialmente.

Si bien el Ministerio de Salud, mantuvo los niveles de suplementación con hierro entre las adolescentes, se observa un mayor número de atenciones con ácido fólico con respecto al año anterior, lo cual significa un aumento del 14% pasando de 27,225 adolescentes atendidas en 2015 a 31,111 en el año 2016

Como parte de las medidas adoptadas durante el 2016 se tiene que se han realizado coordinaciones a nivel intrasectorial para uniformizar criterios en el cumplimiento de la normatividad vigente; se encuentra en proceso de aprobación la propuesta de Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes; y la Norma Técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en gestantes, púérperas, niños y adolescentes. Además, se ha incluido como una de las actividades estratégicas del Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, el suplemento de hierro y ácido fólico semanal a las



adolescentes mujeres de 12 a 17 años. Finalmente, se han diseñado Módulos de Capacitación de los profesionales de la salud (nutricionistas, médicos asistenciales, enfermeras, obstetras, tecnólogos médicos y

de laboratorio), entre los cuales se encuentra el de Tratamiento de anemia en gestantes y puérperas, niñas, niños y adolescentes mujeres de 12 a 17 años.

## Resultado esperado 14

Las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual

### ▪ Adolescentes separados de explotación sexual

En el año 2016, el Departamento de Investigación contra la Pornografía Infantil de la División de Investigación de Delitos de Alta Tecnología (DIVINDAT) de la Policía Nacional del Perú (PNP) identificó 156 niñas, niños y adolescentes víctimas de pornografía infantil de las cuales 134 son mujeres y 22 varones. De este grupo, 53 tienen entre 9 y 12 años, y 81 entre los 13 y 17 años; con respecto al año anterior, esto representa un incremento de 17% de víctimas identificadas.

La División de Investigación de Alta Tecnología- DIVINDAT, a través de personal policial especializado, desarrolló capacitaciones en Arequipa, Lima y Pucallpa a personal PNP y representantes del Ministerio Público, sobre las técnicas utilizadas para investigar casos de pornografía infantil.

Cabe destacar que, se logró incorporar el delito de “explotación sexual de menores de edad y personas con discapacidad” (Art. 312) y “cliente explotador” (Art. 314) en la propuesta de Dictamen de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos de fecha 26 de mayo del 2016, para el Nuevo Código Penal.

Por su parte el Ministerio Público a través del Sistema de Información de Apoyo al Trabajo Fiscal (SIATF) y Sistema de Gestión Fiscal (SGF), reportó 178 denuncias sobre delitos conexos a explotación sexual (proxenetismo, favorecimiento a la prostitución y pornografía infantil), siendo los distritos fiscales con mayor incidencia Lima (68), seguido de Callao (30) y Lima Norte (11).

Desde los Centros de Emergencia Mujer, se atendieron 02 casos de explotación sexual en adolescentes. Cabe destacar que, se aprobó la Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer mediante Resolución Ministerial N° 157-2016-MIMP de fecha 22 de julio de 2016, con la finalidad de establecer parámetros de actuación del personal del Centro Emergencia Mujer a nivel nacional para una atención de calidad y diferenciada por grupo vulnerable, considerando las particularidad de las niñas, niños y adolescentes que acuden al servicio.

Por otro lado, a través de Inabif, se logró atender a 31 residentes víctimas de explotación sexual, logrando el restablecimiento familiar y social. Asimismo, las adolescentes fortalecen sus capacidades a través de talleres socio formativos.

Asimismo, se amplió la cobertura de los servicios de atención de los Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Actualmente, el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual cuenta con 245 CEM a nivel nacional, permitiendo que el 100% (196) de provincias cuenten con un CEM. Para atender los casos dentro de los plazos que señala rigurosamente la nueva Ley N° 30364, es necesario ampliar los horarios de atención de los CEM con abogados y psicólogos para atender la nueva demanda de acuerdo a los requerimientos del Poder Judicial, y la Policía Nacional, que, como señala el Reglamento de la Ley N° 30364, en su artículo 24, en el ítem 24.0, “la Policía Nacional del Perú remite al Juzgado de Familia, dentro de las veinticuatro horas de recibida la denuncia el informe o atestado policial”.

Por lo señalado, se ha extendido los horarios de atención de 05 CEM priorizados, de acuerdo a la demanda para la atención de casos presentados en el año 2015, además de encontrarse ubicados en las zonas donde el Poder Judicial ha implementado Juzgados de Familia de Turno Permanente, tales como los CEM Villa El Salvador, CEM Lima, CEM Callao, CEM Miraflores (Arequipa) y CEM El Porvenir (La Libertad).

El MIMP a través de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, crea la meta presupuestal 0152 “Operadores garantizan a niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono el acceso a servicios de protección y cuidado”, a través de la cual se ha capacitado a Centros de Atención Residencial sobre la temática de detección de la explotación sexual de personas menores de edad.

### 3.4

## Objetivo Estratégico N° 4: consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad

Existen situaciones que afectan a niñas, niños y adolescentes, y que vulneran sus derechos o los ponen en riesgo, las cuales ameritan el desarrollo de mecanismos de intervención conjunta, integral y articulada,

entre las instituciones, programas y servicios a fin de garantizarles una protección integral.

Esta sección presenta información organizada en once resultados:

15.

**Derecho al nombre e identidad: Resultado 15**

16.

**Acceso a servicios de salud y educación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad: Resultado 16**

17.

**Trata de niñas, niños y adolescentes: Resultado 17**

18.

**Participación: Resultado 18**

19.

**Atención prioritaria ante situaciones de emergencia y desastres: Resultado 19**

20.

**Violencia familiar y escolar: Resultado 20**

21.

**Violencia sexual: Resultado 21**

22.

**Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia: Resultado 22**

23.

**Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos: Resultado 23**

24.

**Ningún niña, niño y adolescente fallecerá por Tuberculosis: Resultado 24**

25.

**Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud: Resultado 24**

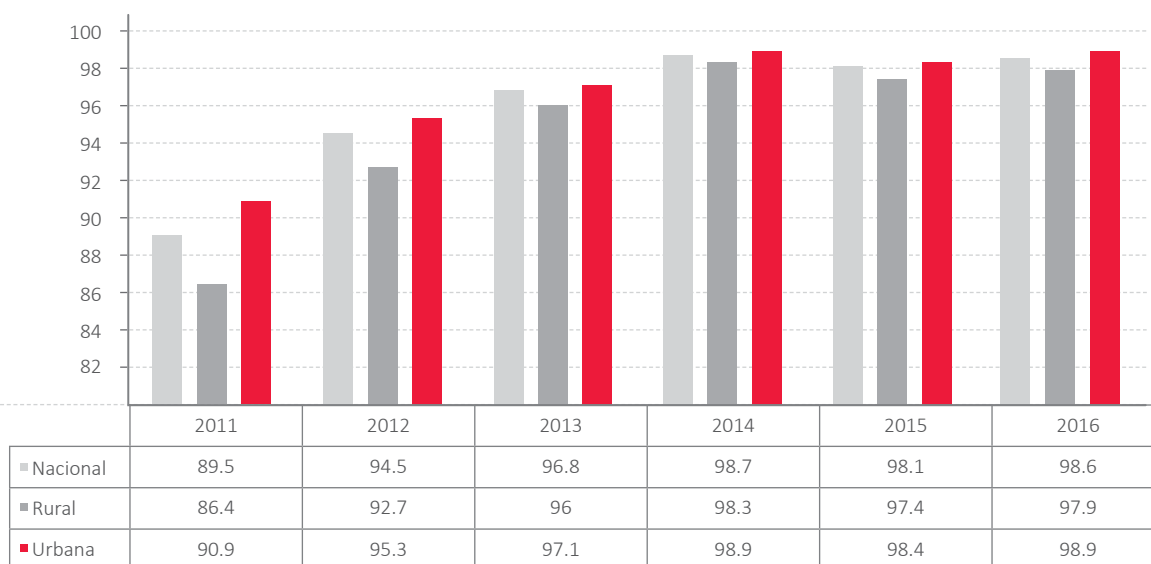


## Resultado esperado 15

Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.

### ▪ Documento nacional de identidad

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan DNI



Fuente: INEI- Encuesta Nacional de Programas Presupuestales, 2016 P/.

A nivel nacional, según el INEI en el año 2016, el 98,6% de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad cuentan con Documento Nacional de Identidad - DNI, cifra mayor respecto al año anterior (98,1%). Además, este porcentaje es mayor al obtenido en el año 2011 (89,5%), con una diferencia favorable de 9.1 puntos porcentuales.

Cabe destacar, que en el año 2016, se emitieron 02 resoluciones de gratuidad para los trámites de menores de edad (Resolución Jefatural N°32-2016/JNAC/RENIEC del 29 de febrero del 2016, para niñas, niños y adolescentes en situación de abandono albergados en Centros de Atención Residencial y Resolución Jefatural N° 20-2016/JANAC/RENIEC del 12 de febrero del 2016 para menores y mayores que habiten en distritos de pobreza (quintiles 1 y 2). Además, se implementaron 08 nuevas oficinas registrales auxiliares – ORA, a nivel nacional en el año 2016 (154 al cierre del 2016); y se realizó la ampliación de la cobertura del registro itinerante, con énfasis en áreas rurales y comunidades nativas (16 jefaturas regionales y 32 sedes a nivel nacional); y la implementación de Registros Civiles en línea, que a Diciembre del 2016 cobertura 1,132 distritos del país.

Por otro lado, señalar que el incremento en el porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI por distrito, también se generó por el trabajo articulado intersectorial e intergubernamental, promovido por el MIDIS, como entidad rectora de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente desde los Ejes N° 2 “Desarrollo Infantil Temprano” y N° 3 “Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia”. Cabe precisar que, en este marco, 593 municipalidades facilitaron el inicio del trámite de DNI, 575 municipalidades mantienen actualizado el padrón nominal, 353 municipalidades construyeron espacios públicos de juego para niñas y niños menores de 5 años y 464 municipalidades institucionalizaron la política de trabajo por la niñez y la adolescencia.

Destaca, el año 2016, la implementación de Registros Civiles en línea, que a diciembre del 2016 cobertura 1,132 distritos del país.

Además, desde el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS (al cierre del IV trimestre 2016) se haya brindado atención a 19,431 usuarias, a través de cinco campañas en las que se realizaron los servicios de mantenimiento del padrón de hogares,

afiliación, acompañamiento a la entrega del incentivo monetario y atención a la usuaria o al usuario, sobre reclamos y consultas al Programa.

Asimismo, a través de la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad- EASS, particularmente la Plataforma Itinerante de Acción Social- PIAS, durante el año

2016, se logró 8,069 atenciones por parte de RENIEC, permitiendo acercar los servicios de identidad a la población indígena de las comunidades nativas de la Amazonía, entre los cuales, se encuentran niñas, niños y adolescentes entre 0 a 17 años.

## Resultado esperado 16

- **Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios de atención especializados en educación y salud.**
- **Conclusión escolar en NNA con discapacidad y detección de la discapacidad oportunamente antes de 3 años**

De acuerdo a la información proporcionada por el SIAGIE- MINEDU, a diciembre del año 2016, se tiene que el número de estudiantes con discapacidad severa de los Centros de Educación Básica Especial (CEBE) que han culminado el año lectivo 2016, ha aumentado en 8%.

En cuanto al Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, se reporta que se tiene inscritos a 32,031 niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a las siguientes características: 588 (1,8%) niñas y niños de 0 a 2 años de edad; 3,096 (9,7%) al grupo de 3 a 5 años; 18,369 (57,3%) son niñas y niños de 6 a 13 años; 9,978 (31,2%) son adolescentes. Por tipo de discapacidad: 16,050 (50,1%) discapacidad física; 19,160 (59,8%) discapacidad mental. Por nivel de gravedad: 2,379 (7,4%) leve; 10,182 (31,8%) moderado; 19,297 (60,2%) severo; 173 (0,5%) no especificado.

Por otro lado, se ha incrementado de manera progresiva el presupuesto para mejorar las condiciones educativas en los servicios de Educación Básica Especial. En el año 2016, el presupuesto para centros de Educación Básica Especial – CEBE, a nivel nacional ascendió a S/ 129,249,171 para actividades de acondicionamiento de locales, contratación de personal, dotación de materiales y equipos educativos, asistencia técnica a familias de estudiantes de CEBE e implementación de programas de especialización docente.

De otro lado, al no disponerse de información precisa sobre el número de Personas con Discapacidad en edades de 0 a 3 años de edad, ésta se ha estimado

en función a la tasa de prevalencia encontrada en la Encuesta Nacional Especializada de Discapacidad (2012-2013), la cual es de 5,2% de la población total. Con la información de 37 unidades notificantes se está reportando a las niñas y los niños de esas edad en el 2016, lo cual implica una mejora del registro y reporte.

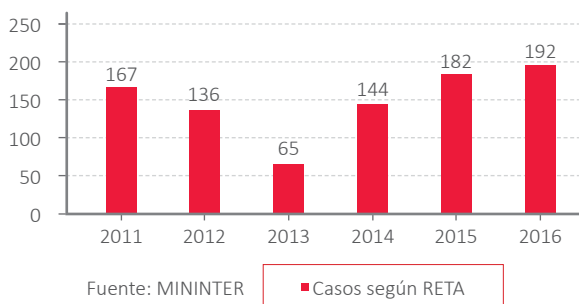
Se debe destacar, que ha habido un incremento en las intervenciones y cobertura de la población, pues se contó con el Certificado de Recién Nacido en Línea (RENIEC), que para el año 2016 contaba con datos de aproximadamente el 78,5% de los partos estimados y registrados en este software; el cual permite detectar riesgos en el recién nacido y madre para ser intervenidos y evitar discapacidades. Durante el año 2016, se registraron 30,423 prematuros, 3,835 con APGAR menor de 7, a los 5 minutos estos bebés con estos riesgos fueron monitoreados en CRED y derivados si lo hubiesen requerido. Además, hubo un incremento de Unidades reportantes, pues para el año 2016 se contaba con 924 Establecimientos de Salud implementados con el Certificado de Nacido Vivo en Línea-CNV-L, siendo que en el año 2015 se disponía de 808 establecimientos implementados, con lo cual se observa un incremento de 166.

Finalmente, se encuentra en actualización la Directiva Sanitaria sobre "Registro y Uso de Detección de Riesgos en el Recién Nacido para Intervenciones Tempranas".

## Resultado esperado 17

Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad)

Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas



El Sistema de Registro RETA de la PNP, en el año 2016, reportó un total de 386 denuncias de trata de personas y delitos afines, que comprenden a un total de 1,619 presuntas víctimas (1,559 mujeres y 60 hombres), de las cuales 192 son niñas, niños y adolescentes (164 mujeres y 28 hombres) que representan el 11,86% del total. El grupo etario de mayor incidencia en el caso de mujeres y hombres es de 14 a 17 años de edad.

Como se puede observar, con respecto al año 2015, existe un incremento de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata, que representa el 5% (esta información corresponde a 18 Regiones Policiales).

Por su parte, el Ministerio Público, a través de las ocho Fiscalías Especializadas en el Delito de Trata de Personas de los Distritos Fiscales de Lima, Callao, Cusco, Loreto, Madre de Dios, Puno, Tacna y Tumbes, atendieron 573 casos de presuntas víctimas de trata entre niñas, niños y adolescentes.

La respuesta del Estado peruano para combatir este delito se ha mantenido firme. En este período merece destacar la aprobación del nuevo Reglamento de la Ley N° 28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes (D.S. N° 001-2016-IN), que reorganiza y amplía las funciones de los sectores competentes en la prevención, persecución, asistencia, protección y reintegración de las víctimas y el respeto de sus derechos humanos, en especial de niñas, niños y adolescentes.

Así también, se creó la “Comisión Multisectorial de naturaleza permanente contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes”, que reemplaza al Grupo Multisectorial existente desde el año 2004, forta-

leciendo sus facultades, incrementando el número de miembros con competencia en la materia y ratificando, con este modelo, una estrategia de intervención articulada y multisectorial.

Se ha continuado con la implementación del Plan Nacional de Acción contra la Trata de Personas 2011 – 2016, en los de prevención, persecución y asistencia y protección a víctimas de este delito. De esta manera, las instituciones del Estado y la Sociedad Civil llevaron a cabo acciones para la lucha contra este delito tal como se señala a continuación.

En el eje preventivo, se desarrolló con éxito por tercer año consecutivo la campaña multisectorial “Corazón Azul Perú contra la Trata de Personas”, realizada en la ciudad de Lima y en 8 Regiones del país: Tumbes, Amazonas, Huánuco, Ica, San Martín, Tacna, Ucayali y Loreto. Se llevaron a cabo acciones simultáneas como marchas, pasacalles, foros, seminarios, talleres y ferias a través de las instituciones integrantes de la Comisión de Naturaleza Permanente contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes y las Mesas y Redes Regionales, colectivos conformados para combatir este delito a nivel regional y local.

En el eje de persecución, tanto el Ministerio del Interior - Policía Nacional, como el Ministerio Público, vienen creando e implementado, a nivel nacional, unidades especializadas de investigación de este delito y fiscalías especializadas en la materia. En el caso de la Policía Nacional del Perú se cuenta con una Dirección de Investigación del delito de Trata de Personas y Tráfico Ilícito de Migrantes- DIRINTRAP, con alcance a nivel nacional, también se han creado 26 Departamentos Desconcentrados de Investigación de Trata de Personas (DEPINTRAPS) en 22 regiones policiales del país. Asimismo, se ha iniciado un proceso arduo de capacitación de jueces en dos líneas: una primera, destinada a la sensibilización y conocimiento de los reglamentos y protocolos existentes en la materia y una segunda, más especializada, vinculada a la dogmática penal del delito de trata de personas y delitos conexos, que luego puedan ser utilizados adecuadamente en las decisiones judiciales que emitan los magistrados.

En el eje de atención y protección, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, sector que cumple un rol preponderante, ha venido coordinando y ges-

tionando la creación de Centros de Atención Residencial especializados para la atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas, a la fecha se cuenta con tres Centros especializados a nivel nacional, con la finalidad de que reciban en estos la asistencia para su recuperación y reinserción conforme a la Ley N° 28950.

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, con sus 245 Centros Emergencia Mujer, ubicados en todas las regiones del país, que garantizó la atención de 67 víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual, de las cuales 57 eran mujeres

menores de edad, en las regiones de Ancash, Arequipa, Callao, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco y San Martín.

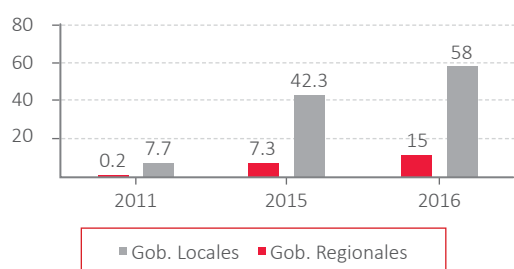
Actualmente, el Sistema RETA y el Sistema de Información Estratégica sobre Trata de Persona del Ministerio Público (SISTRA) se encuentran en proceso de interoperabilidad a través del proyecto piloto INTERTRATA en el Distrito Fiscal de Lima Sur. Esto forma parte de la primera fase del proceso de intercambio de información sobre este delito en el marco de la integración de los sistemas de información.

## Resultado esperado 18

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan

### ▪ Gobiernos locales y regionales donde participan niñas, niños y adolescentes

**Porcentaje de gobiernos locales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan**



Fuente: DPNNA-MIMP

En la actualidad, se cuenta con 307 Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA); existen 15 (58,0%) a nivel regional y 292 (15%) a nivel local. De los CCONNA locales, 222 son distritales y 70 son provinciales, lo cual representa el 15% a nivel local; habiéndose incrementado respecto al año 2015, en el que se contaba con 97 CCONNA distritales y 40 CCONNA provinciales, lo cual representaba casi el 7%.

Adicionalmente, en 15 regiones que representan el 58%, han creado el espacio del CCONNA mediante una Ordenanza, Resolución Gerencial u acta (Amazonas, Apurímac, Callao, Huancavelica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima Metropolitana, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, Tumbes y Huánuco).

A través del MIMP, se brindó asistencia técnica para la conformación, implementación y sostenibilidad en Huánuco, Ancash, La Libertad, Lambayeque, Loreto,

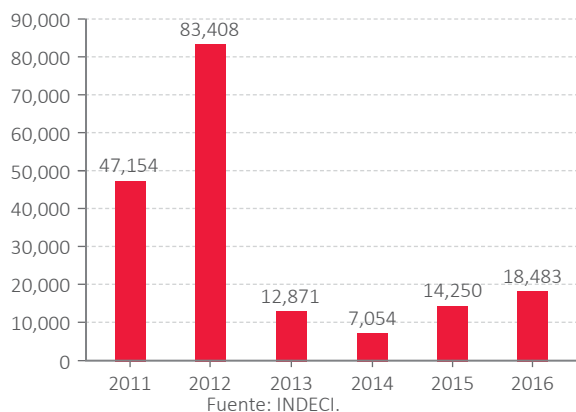
Puno, Callao y Lima Metropolitana, que permitieron que las municipalidades distritales, provinciales y el mismo Gobierno Regional impulsen la temática del derecho a la participación de las niñas, niños y adolescentes mediante la conformación de los CCONNA.

De igual forma, es necesario señalar que, el incremento en el porcentaje de gobiernos locales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan, se efectuó por el trabajo articulado intersectorial con el MIDIS como entidad rectora de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, específicamente desde el Eje N° 3 “Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia” porque durante el año 2016, a través de la implementación del Premio Nacional “Sello Municipal Incluir para Crecer. Gestión Local para las Personas” (creado a través de la Resolución Suprema N° 002-2015-MIDIS) se logró reconocer públicamente a 326 municipalidades (con énfasis en las situadas en los quintiles I y II de pobreza) por trabajar en resultados centrados en las personas, contribuyendo a mejorar la entrega de servicios públicos vinculados, entre otros, al desarrollo integral de la niñez y adolescencia, permitiendo que adolescentes cuenten con oportunidades de organización para favorecer su desarrollo integral.

## Resultado esperado 19

### Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencia y desastre

**Número de niñas, niños y adolescentes que reciben atención prioritaria y diferenciada ante situaciones de emergencias y desastres ocasionados por fenómenos naturales o inducidos por el hombre**



Durante el año 2015, de un total de 64,422 personas damnificadas, 14,250 (22,1%) fueron niñas, niños y adolescentes que han recibido atención prioritaria ante situaciones de emergencia o desastres. Durante el periodo 2016, **de un total de 74,589** personas damnificadas, **18,483 (24,7%)** niñas, niños y adolescentes recibieron atención prioritaria y diferenciada ante situaciones de emergencia y desastres ocasionados por fenómenos naturales o inducidos por la acción humana.

Durante el año 2016, 1,264 alumnas y alumnos han sido formados como Voluntarios en Emergencia y Rehabilitación para que puedan actuar en sus comu-

nidades, en acciones de Gestión Reactiva del Riesgo, todo ello en 11 regiones (Amazonas, Ancash, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Lima Región, Pasco, Piura, San Martín y Tumbes).

A través del Programa del Servicio Escolar Solidario en Preparación y Atención de Desastres<sup>6</sup> (SESPAD), se desarrollan juegos y entrenamiento a las niñas, niños y adolescentes que se encuentran afectados emocionalmente a consecuencia de una emergencia.

Actualmente, se cuenta con 14,059 instituciones educativas calificadas como seguras que corresponden al 40% de escuelas priorizadas por mayores niveles de vulnerabilidad frente a sismos, tsunamis, heladas, friaje, lluvias e inundaciones, de acuerdo a la fuente de información del PPR 068 MINEDU.

El Ministerio de Educación, desarrolla capacidades y asistencia técnica en gestión del riesgo de desastres: 26 Direcciones Regionales de Educación (DRE) y 220 Unidades de Gestión Educativa Local (UGEL) organizadas para prevenir, mitigar y responder ante situaciones de emergencia o desastres (CGR y COE).

26 DRE y 220 UGEL con Planes de Gestión de Riesgo de Desastres articulados al gobierno regional y los locales; 14,270 instituciones educativas participan y conocen sus procedimientos y protocolos para enfrentar amenazas.

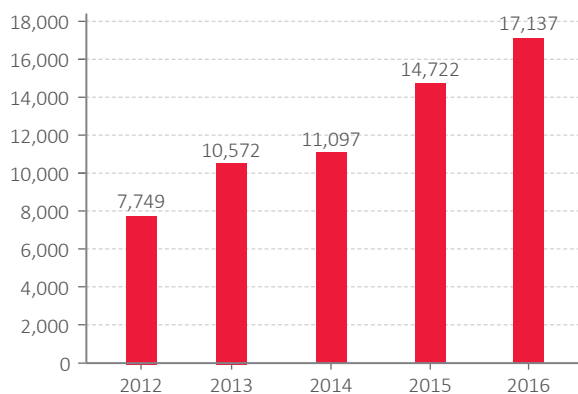
<sup>6</sup> Servicio Escolar Solidario en Preparación y Atención de Desastres – SESPAD, reconocido a nivel nacional como voluntariado estudiantil, según Resolución Ministerial N° 187-2015-PCM

## Resultado esperado 20

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.

### ▪ Violencia familiar

Número de niñas, niños y adolescentes que son atendidas/os por violencia familiar



Fuente: Casos registrados en los Centros de Emergencia Mujer -MIMP – PNCVFS.

En el año 2016, se atendieron en los Centros Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional, 17,137 casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar (física y psicológica). Se han reportado 10,024 casos de mujeres y 7,113 casos de varones. Se mantiene como en años anteriores que, en ambos sexos, el grupo de edad de mayor incidencia es el de 12-17 años.

Casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar (física y psicológica) atendidos por el CEM  
Período: Enero - Diciembre 2016

Tipo de violencia	Total	0 – 5 años	6 – 11 años	12 – 17 años
Psicológica	9,270	1,791	4,052	3,427
Física	7,867	1,723	3,209	2,935
<b>Total</b>	<b>17,137</b>	<b>3,514</b>	<b>7,261</b>	<b>6,362</b>

Fuente: Registro de casos del CEM/UGIGC/PNCVFS.

Por otro lado, las Direcciones Territoriales de la PNP del Ministerio del Interior, entre enero a octubre de 2016 registraron 8,641 niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar que representa el 6,4% del total; de este grupo, 5,946 (69%) son del sexo femenino y 2,695 (31%) del sexo masculino. En ambos sexos, el grupo etario de mayor incidencia es el de 11 a 17 años. Con respecto al año anterior, se aprecia un incremento de 0,42%.

Los CEM del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), ampliaron su cobertura: a la fecha se cuenta con 245 CEM a nivel nacional, permitiendo que el 100% (196) de las provincias cuenten con uno.

Asimismo, se implementó el horario extendido 7x24 en 5 CEM a nivel nacional, para atender los casos dentro de los plazos que señala rigurosamente la nueva

Ley N° 30364. Ello ha significado ampliar los horarios de atención de los CEM con abogados y psicólogos, para atender la nueva demanda de acuerdo a los requerimientos del Poder Judicial, y la Policía Nacional, que, como señala el Reglamento de la Ley N° 30364, en su artículo 24, en el ítem 24.0, “la Policía Nacional del Perú remite al Juzgado de Familia, dentro de las veinticuatro horas de recibida la denuncia el informe o atestado policial”.

Por esta razón, se ha extendido el horario de atención de 5 CEM priorizados, de acuerdo a la demanda para la atención de casos presentados en el año 2015, además de encontrarse ubicados en las zonas donde el Poder Judicial ha implementado Juzgados de Familia de Turno Permanente, tales como los CEM Villa El Salvador, CEM Lima, CEM Callao, CEM Miraflores (Arequipa) y CEM El Porvenir (La Libertad).

De igual forma, se aprobó la Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer mediante Resolución Ministerial N° 157-2016-MIMP de fecha 22 de julio de 2016, con la finalidad de establecer parámetros de actuación del personal del Centro Emergencia Mujer a nivel nacional, para una atención de calidad y diferenciada por grupo vulnerable, considerando las particularidad de las niñas, niños y adolescentes que acuden al servicio.

## ▪ Violencia escolar

No se cuenta con una cifra exacta del porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia escolar. Pero en el reporte de casos de violencia escolar en las instituciones educativas, del portal web SiseVe, que desde septiembre del 2013 viene funcionando, se visualiza la problemática de la violencia escolar y la atención oportuna y derivación. La cifra acumulada de casos reportados 2013-2015 es de 3,641 casos. Durante el año 2016, se han reportado 5,317 casos en dicho portal.

Destaca que, se ha incluido en los Compromisos de Gestión 2016, en las instituciones educativas públicas, el Compromiso 5 - Gestión de la Convivencia Escolar en las IIEE.

De otro lado, un aspecto favorable que se viene desarrollando para afianzar el clima de convivencia pacífica entre escolares de diferentes instituciones educativas,

Se ha logrado mejorar la capacidad resolutoria de los 05 Centros Emergencia Mujer priorizados, para atender hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, especialmente en los CEM localizados en los distritos de Lima y Villa El Salvador, permitiendo que las usuarias y/o usuarios garanticen su acceso a los servicios públicos del Estado las 24 horas del día.

es que el Poder Judicial lanzó, desde la Corte Superior del Santa, el Protocolo de Justicia de Paz Escolar que se aplicará en todas las regiones del país. Se trata de un documento que establece normas de conciliación para resolver conflictos entre estudiantes de primaria y secundaria, como bullying, discusiones, y problemas propios de la convivencia escolar.

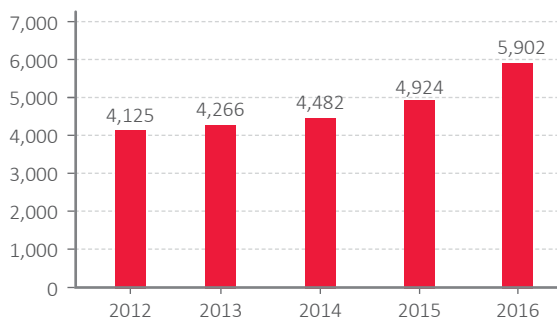
Con el propósito de fomentar la cultura de paz en los colegios, el Poder Judicial capacitó a 334 jueces escolares de diferentes instituciones educativas del país para resolver de forma amistosa, rápida y efectiva los diferentes conflictos que se suscitan entre alumnos. De esta forma, magistrados y servidores judiciales han instruido en el manejo de las técnicas de conciliación y comunicación a alumnos de 109 IIEE, entre estatales y privados, de los Distritos Judiciales de Lambayeque, del Santa, Arequipa, Tumbes y Callao.

## Resultado esperado 21

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

## ▪ Violencia sexual

Número de niñas, niños y adolescentes que son atendidas/os por violencia sexual



Fuente: Casos registrados en los Centros de Emergencia Mujer-MIMP – PNCVFS.

Durante el año 2016 se atendieron 5,902 casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual a través de los CEM a nivel nacional, de estos casos 426 tienen entre 0 y 5 años; 1,984 entre 6 y 11 años; y 3,492 entre 12 y 17 años de edad, presentándose el mayor número de víctimas en este último grupo. En este sentido, del total de casos atendidos por los CEM el 79% corresponde a niñas, niños y adolescentes. En el año 2016, se han atendido más casos en comparación al año 2015.

Por su parte, las Direcciones Territoriales de la PNP registraron en el año 2016, entre enero y octubre, 3,319 denuncias por violación sexual contra niñas, niños y adolescentes lo cual representa el 71,59% del total.



De este grupo el 91,59% (3,040) son del sexo femenino y el 8,4% (279) de sexo masculino. En ambos sexos, el grupo etario de mayor incidencia es el de 10 a 17 años.

El Ministerio Público, a través del Sistema de Información de Apoyo al Trabajo Fiscal (SIATF) y el Sistema de Gestión Fiscal (SGF), registraron 7,597 denuncias por violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes; de las cuales 5,131 corresponden a delitos contra la libertad sexual, 2,349 a actos contra el pudor y 117 a ofensas al pudor público contra niñas, niños y adolescentes, siendo los distritos fiscales de mayor incidencia Lima (1,125), seguido de Lima Sur (654) y Arequipa (627).

Asimismo, desde el SiseVe del Ministerio de Educación, reportó 701 casos de violencia sexual en el ámbito escolar.

Los Centros Emergencia Mujer del PNCVFS, ampliaron su cobertura, a la fecha se cuenta con 245 CEM a nivel nacional, permitiendo que el 100% (196) de provincias tengan un CEM. Igualmente, se implementó el horario extendido 7x24 en 5 CEM a nivel nacional, para atender los casos dentro de los plazos que señala rigurosamente la nueva Ley N° 30364.

De igual forma, se aprobó la Guía de atención Integral de los Centros Emergencia Mujer mediante Resolución Ministerial N° 157-2016-MIMP de fecha 22 de

julio de 2016, con la finalidad de establecer parámetros de actuación del personal del Centro Emergencia Mujer a nivel nacional, para una atención de calidad y diferenciada por grupo vulnerable, considerando las particularidades de las niñas, niños y adolescentes que acuden al servicio.

Asimismo, desde el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se desarrolló la Estrategia comunicacional “Quiere sin violencia, marca la diferencia”, que contribuye a disminuir la tolerancia social frente a la violencia de género en las relaciones de enamoramiento y/o noviazgo, con el objetivo que las y los adolescentes y jóvenes incrementen su percepción de riesgo de padecer situaciones de violencia de género en su relación de enamoramiento y/o noviazgo.

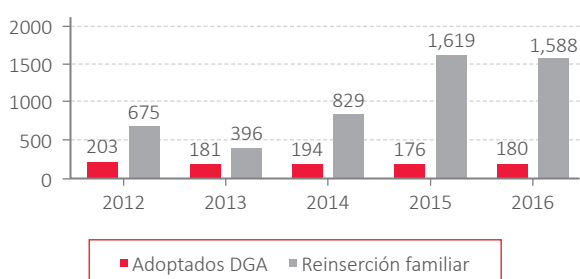
En el marco de la estrategia comunicacional dirigida a adolescentes y jóvenes se desarrollan una serie de acciones educativas (charlas, talleres, conferencias, video fórum etc.) y de Edu-entretenimiento (caravanas amigas, concursos, acciones urbanas etc.), las cuales se desarrollan a través de los colegios y universidades de zonas urbanas con una estrategia que desarrolla tres componentes: Educativo, Edu-entretenimiento y Comunicacional.

## Resultado esperado 22

Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia

### Integración a una familia

Número de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales que se integran a una familia



Fuente: DIT-MIMP.

En el año 2016, 1,588 niñas, niños y adolescentes fueron reintegrados a una familia, en las 8 Unidades de Investigación Tutelar. Además, 180 niñas, niños y adolescentes declarados judicialmente en abandono se insertaron al grupo familiar a través de la adopción. De los cuales, 113 a través de adopción regular y 67 mediante adopción preferente. Si bien no se cuenta con la línea base, se observa que en los últimos cinco años en general ha habido cada vez más casos de reinserción familiar.

Además, 766 (26%) residentes atendidos en los 41 Centros de Atención Residencial de la Unidad de Servicios de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del INABIF, se integraron a su entorno familiar (incluye reinserciones familiares, acogimiento familiar y adopciones).



Igualmente, se aprobó del Decreto Legislativo N° 1297 “Protección de Niñas, Niños y Adolescentes sin Cuidados Parentales o en Riesgo de Perderlos”, el cual regula la actuación estatal para la protección especial de las niñas, niños y adolescentes en desprotección familiar o riesgo, que involucra no solo al Estado, sino a la familia y a la comunidad.

De otro lado, se aprobó y se viene aplicando el Reglamento del Servicio de Investigación Tutelar – D.S 005-2016-MIMP, en el que se prioriza el fortalecimiento de

las familias para lograr la reintegración familiar de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales.

Además, con la aprobación e implementación del Protocolo de Cooperación Interinstitucional entre el MIMP y el INPE – D.S N° 006-2016-MIMP, se logrará reintegrar a las hijas e hijos, que se encuentran junto a sus madres en los Establecimientos Penitenciarios, a un entorno familiar debidamente preparado para su atención y protección, al cumplir los tres años de edad.

## Resultado esperado 23

Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos

### ▪ Niñas, niños y adolescentes en conflicto interno

Con relación a este indicador, a la fecha no se cuenta con información al 2016. Se tienen los datos del 2015, donde se reportan 35 niñas, niños y adolescentes rescatados, de los cuales 13 eran varones y 22 eran mujeres (MININTER).

En el año 2009, la Defensoría del Pueblo, había informado de 105 casos.

## Resultado esperado 24

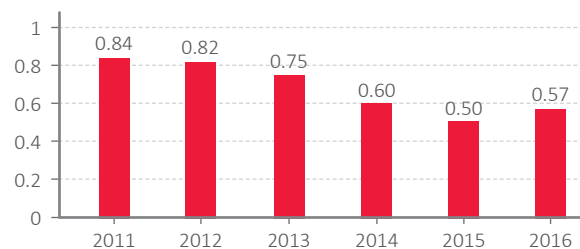
Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de tuberculosis en el Perú.

Analizando la información al 2016 en comparación al año anterior, se observa una disminución de la letalidad de tuberculosis – TB, en los grupos de 0 a 9 años de edad (1,44%) y de 10 a 14 años de edad (0,39%), a pesar de la dificultad del diagnóstico en el grupo de 0-9 años de edad por la alta incidencia de casos tuberculosis- BK(-) y paucibacilares, que originan demora en el determinación de la enfermedad e inicio del tratamiento.

En el grupo de 15 a 19 años de edad (1,69%) la letalidad se ha incrementado, siendo resultado del debilitamiento de las intervenciones en el control de contactos en este grupo, lo que se traduce en un diagnóstico tardío a pesar de la posibilidad de un diagnóstico precoz, dado el mayor porcentaje de bacteriología positiva en adolescentes y jóvenes; a su vez las y los adolescentes presentan el 93% de casos de tuberculosis multidrogoresistente - TB MDR de 0-17 años de edad, tipo de TB que conlleva a mayor letalidad. Otro factor a considerar es el incremento de hábitos

nocivos, farmacodependencia y alcoholismo, que trae como consecuencia la irregularidad y abandono al tratamiento en este grupo de adolescentes y jóvenes y por ende mayor letalidad.

Tasa de incidencia de Tuberculosis Multi Drogo Resistente en menores de 18 años



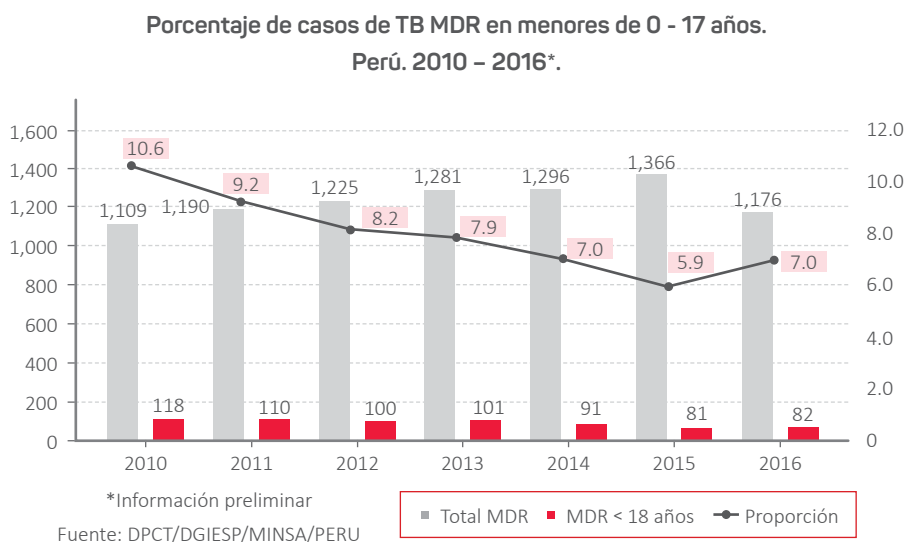
Fuente: DPCT/DGIESP/MINSA RME 2016.

Por otro lado, de acuerdo al gráfico, la información del MINSA, refiere que 0.57 por cada 100,000 nacidos vivos, son niñas, niños y adolescentes que tienen Tuberculosis Multi Drogo Resistente. *Analizando, los*

5 últimos años vemos una tendencia a la disminución de la misma, es así que durante el 2011 la tasa fue de 0,84 disminuyendo en casi 0,3 para el año 2015.

En el año 2016, se presentaron 82 casos de TB MDR confirmados por prueba de sensibilidad en niñas, niños y adolescentes, lo cual representa el 7% de los casos de TB MDR del país (82/1176). Presentándose

02 casos de TB XDR, 55 casos de TB MDR sin confirmación bacteriológica (contacto TB MDR) y 88 casos de TB Resistente no MDR. Comparando el número de casos de TB MDR en niñas, niños y adolescentes del 2015 con el 2016, no se observa mayor variación (81 vs 82 casos). Esta información se observa en el siguiente gráfico:



A pesar del incremento de laboratorios a nivel nacional, con la finalidad de mejorar el acceso a pruebas de sensibilidad rápida (PSR): Genotype, MODS y MGIT, los que han facilitado el diagnóstico confirmado de la TB resistente en la población de niñas, niños y adolescentes; durante el 2016 muchos de ellos se encontraron inoperativos por el desabastecimiento de insumos, principalmente los laboratorios de MODS, siendo es-

tos de gran importancia para la población pediátrica, ya que esta prueba permite realizar PSR en muestras de baciloscopias positivas, negativas y paucibacilares, prueba que detecta resistencia a isoniacida y rifampicina en 7 a 14 días. A través del Plan de Emergencia de Lima y Callao se capacitó a médicos generales y pediatras en el manejo de la TB infantil durante el 2015.

## Resultado esperado 25

Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.

### ▪ NNA inscritos en seguro y con acceso a paquetes de atención de salud

En relación al indicador, los resultados se vienen incrementando en comparación a la línea base del año 2011, en el caso de las niñas y los niños de 0 a 11 años se incrementa de 65,0% a 69,12%; y en adolescentes pasó de 25,0% (2011) a 55,13% (2016), según reporte del SIS.

Además, en el año 2016, se tiene que 30 de cada 100 personas de 0 a 17 años, está asegurada en EsSalud; así como, 26 de cada 100 adolescentes de 15 a 17 años.

Según la Oficina General de Tecnología de la Información, durante el año 2016 el Ministerio de Salud ejecutó el 83,3% de los planes de atención integral en niños entre 0 a 11 años, según fuente HIS.

La atención integral que se brinda a adolescentes según normatividad vigente NTS 034-2012 MINSA, en el indicador "adolescentes acceden a una atención integral", tuvo como meta atender al 20% de los atendidos en los establecimientos de salud. Sobre este

indicador, se ha realizado una cobertura progresiva según fuente de registro HIS, logrando el incremento paulatino de las y los adolescentes.

La población adolescente atendida según OGTI-MINSA se cobertura de total de la población general y atendida en los establecimientos de salud MINSA 2012 (34%), 2013 (39,1%), 2014 (39,2%), según el preliminar 2016 2016 (45%).

En el caso del Ministerio de Salud, se logró incrementar la cobertura de niñas y niños con seguro de salud debido a la mejor articulación con educación para la realización de campañas de afiliación en instituciones educativas gracias al programa Salud Escolar; logrando de esa manera, un mayor acceso a la afiliación al Seguro Integral de Salud para Niños en poblaciones pobres y extremadamente pobres. Esta articulación permitió una mayor difusión en la promoción de los beneficios que brinda el seguro integral de Salud.

El Programa Nacional Cuna Más, logró que el 97,8% (50,577) usuarias y usuarios del Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y 92,8% (77,010) de usuarias y usuarios del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) ob-

tengan seguro de salud (Fuente: Base de datos del Programa Nacional Cuna Más: CunaNet y SISAF), a partir de las acciones generadas por el Convenio Marco entre el MIDIS-MINSA-SIS y, las orientaciones efectuadas por las/os facilitadoras/es del Servicio de Acompañamiento a Familias para el trámite del seguro de salud y la atención oportuna en casos de emergencia.

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS, logró que el 89,2% de las niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años de edad (87,1% en las y los que tienen entre 0 y 11 años de edad y 93% entre las y los que tienen entre 12 y 17 años de edad) obtengan seguro de salud (Fuente: Padrón de miembros objetivos de hogares afiliados al corte del bimestre noviembre-diciembre 2016).

La Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad, especialmente a través de la Plataforma Itinerante de Acción Social (PIAS), en las cinco campañas realizadas durante el 2016, en las cuatro cuencas de la región Loreto, logró la afiliación de 20,906 personas al Seguro Integral de Salud (SIS), entre los cuales se encuentran niñas, niños y adolescentes.

# 4.

## Estrategia acción social con sostenibilidad en el marco de la implementación del PNAIA 2021

La Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad (EASS) es un instrumento de gestión orientado al logro de resultados prioritarios en materia de inclusión social en las comunidades nativas de la Amazonía Peruana, a través de la intervención articulada de los diversos sectores y niveles de gobierno involucrados, de acuerdo con sus respectivas competencias. Actualmente, la EASS es coordinada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

La EASS tiene sus orígenes en las “acciones cívicas” que realizaba la Marina de Guerra del Perú para ofrecer atenciones de salud a las comunidades más alejadas y desprotegidas de la Amazonía. En el año 2012, se diseñó la primera Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad para la cuenca del río Napo. Esta estrategia fue acogida por la Comisión Multisectorial Permanente del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 (PNAIA), coordinada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), para lo cual, en el marco de la implementación del PNAIA se crea una Sub comisión de Seguimiento de la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad, encargada del seguimiento y del monitoreo de las acciones de la EASS en las cuencas de la Amazonía.

En el año 2015, mediante el artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1197, se encarga la coordinación de la EASS al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, permitiéndole al sector coordinar las acciones necesarias entre los sectores y niveles de gobierno involucrados, así como presentar las propuestas técnicas y operativas necesarias para el logro de sus objetivos y resultados. En ese marco, se aprueba la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad (EASS) mediante Decreto Supremo N° 003-2016-MIDIS que establece la fundamentación y líneas de acción de esta intervención.

Teniendo como base un diagnóstico de las comunidades nativas de la Amazonía Peruana, que han sido sistemáticamente excluidas de las políticas públicas del Estado y tienen los peores indicadores de desarrollo a nivel nacional, la EASS propone una intervención integral para mejorar las condiciones de vida y desarrollo de esta población. Esto se logra a través de intervenciones intersectoriales e intergubernamentales.

La EASS propone un enfoque de ciclo de vida, que diseña intervenciones diferenciadas según la etapa de vida de cada individuo. Este enfoque considera que: 1) las necesidades son distintas de acuerdo a la edad; 2) cada etapa constituye una única ventana de oportunidad para evitar o resolver un problema; 3) los problemas adquiridos a edad temprana influyen en el desarrollo posterior; 4) existe evidencia sobre los mayores impactos de intervenciones con este tipo de enfoque.

La EASS define un conjunto de resultados e intervenciones, que están organizados de dos formas distintas. Por un lado, están aquellas intervenciones dirigidas a sujetos individuales y familias, organizadas por ejes estratégicos según la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS) y por etapas de ciclo de vida. De otro lado, están las intervenciones dirigidas a sujetos colectivos, que deben lograr el objetivo a nivel comunal.

Los ejes estratégicos de intervenciones dirigidas a sujetos individuales y familias son los siguientes: 1) y 2) nutrición infantil y desarrollo infantil temprano; 3) desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes; 4) inclusión económica. Estos ejes corresponden a distintos momentos del ciclo de vida.

Las intervenciones dirigidas a sujetos colectivos están organizadas según los siguientes resultados: 1) seguridad jurídica sobre la tierra; 2) gestión sostenible del territorio; y 3) identidad cultural.

La EASS considera dos medios para poder ofrecer los servicios del Estado a las comunidades nativas de la Amazonía: la oferta fija (localizada en instalaciones fijas del Estado) y la oferta móvil (que se acerca a los centros poblados con los servicios del Estado).

Es dentro de la oferta móvil considerada por la EASS que se sitúan las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS). Estas tienen como puntos de intervención la zona de Loreto, con énfasis en las cuencas del Napo (distrito de Torres Causana, Napo y Mazan), cuenca del Putumayo (distrito Teniente Manuel Clavero, Rosa Panduro, Putumayo, Yaguas), y Morona; así como, próximamente, la zona de Puno (Amantaní y Anapia).

## Logros Durante el año 2016:

### Gestión Local:

Siguiendo con la intervención para la Gestión Local (oferta fija), desde el MIMP, se obtuvieron los siguientes resultados en los 08 distritos de intervención pertenecientes a las cuencas del Napo, Putumayo y Morona, de la región Loreto y las acciones realizadas durante el primer año de intervención en la región Puno, con énfasis en el Lago Titicaca.

#### Loreto:

- Se conformaron 05 Comités Multisectorial Local, de los cuales cuatro cuentan con Ordenanza Municipal N° 004-2016—SO-MDTMC y Resolución de Alcaldía N° 030-2016-A-MDTMC en el distrito de Teniente Manuel Clavero; Ordenanza Municipal N° 013-2016-CM-MDY en Yaguas; Ordenanza Municipal N° 009-2016-MPP-A en el distrito de Putumayo (cuenca del Putumayo); Ordenanza Municipal N° 012-2016-CM-MD, en el distrito del Morona (cuenca del Morona).
- Se conformaron 06 Grupo Impulsor, con la finalidad de elaborar el Plan Local de Acción por la Infancia y la Adolescencia, los cuales fueron formalizados con Ordenanza Municipal N° 008-2016-A-MDTC en Torres Causana, Acuerdo de Consejo N° 123-2016-SO-MDN/14-09-2016 en Napo y Resolución de Alcaldía N° 77-2016-A-MDM del distrito de Mazan (cuenca del Napo); Ordenanza Municipal N°013-2016-SO-CM-MDTMC en el distrito de Teniente Manuel Clavero y Ordenanza Municipal N° 012-2016-MPP-A, en el distrito de Putumayo (cuenca del Putumayo).
- Se conformaron 04 Consejo Consultivo de Niños Niñas y Adolescentes en los distritos de Torres Causana (OM N° 007-2016-A-MDTC), y Mazan en la cuenca del Napo; Teniente Manuel Clavero (OM N° 014-2016-SO-CM-MDTMC) en la cuenca del Putumayo; y en el distrito del Morona (OM N° 008-2016-MDM), en la cuenca del Morona.
- Se están elaborando cuatro Planes Locales de Acción por la Infancia y la Adolescencia en los distritos de la cuenca del Napo y en el distrito de Teniente Manuel Clavero en la cuenca del Putumayo, los cuales se encuentran pendientes de validación y aprobación.

- Se capacitaron a 31 promotores defensores de 18 comunidades del medio y bajo napo, para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes del Napo.
- Desarrollo de talleres preventivos de derechos sexuales y reproductivos; y embarazo adolescente a 24 estudiantes del distrito de Mazan, cuenca del Napo y a 10 adolescentes del distrito de Teniente Manuel Clavero, cuenca del Putumayo.

#### Puno:

- Se realizó una visita de reconocimiento a las zonas, con la finalidad de recoger información primaria y secundaria de la zona, y así dar inicio a la implementación de la Gestión Local.
- Se conformaron dos Comités Multisectoriales Locales en favor a la infancia y la adolescencia, que fueron aprobados con Ordenanza Municipal N° 023-2016-MDS/CM en el distrito de Amantaní y Ordenanza Municipal N° 030-2016-MDA-A en el distrito de Anapia.

#### Dificultades:

- Dificultad para ingresar a las comunidades o capitales del distrito de intervención, por los siguientes factores: condiciones climatológicas, disponibilidad de vuelos y altos costos de desplazamiento.
- Poco compromiso de las autoridades para el reconocimiento, intervención y abordaje de las problemáticas sociales identificadas por los pobladores dentro de la comunidad, iniciando con un proceso de sensibilización.
- Enfermedades tropicales de la selva a las que se exponen los profesionales de la EASS como malaria, hepatitis y rabia.

### Plataforma Itinerante de Acción Social – PIAS

En tanto el MIMP, es uno de los sectores que aborda la problemáticas de Protección, su participación articulada para el desarrollo de las acciones programadas para la Plataforma Itinerante de Acción Social (PIAS), fue la siguiente:

**Loreto:**

- Durante el 2016, se tuvieron cuatro PIAS operativas, las cuales realizaron 20 zarpes, siendo estas PIAS Napo (05 travesías), PIAS Putumayo I (05 travesías), PIAS Putumayo II (05 travesías) y PIAS Morona (05 travesías).
- Cada PIAS lleva los diversos servicios del Estado, que comprenden Salud (DIRESA, SIS), Identidad (RENIEC), Programas Sociales (Juntos, Pensión 65), Servicios de Protección frente a la violencia (MIMP: Juguemos – PNCVFS y DEVIDA), Educación e inclusión financiera (Banco de la Nación).
- Se realizaron 05 talleres pre-zarpe y 05 talleres post zarpe los cuales fueron realizados con la finalidad de preparar a los operadores para la implementación de los servicios en las PIAS Napo, Putumayo I, Putumayo II y Morona.
- Cada travesía contó con una visita de supervisión a cada PIAS, liderada por el MIDIS, participando responsables de los diversos sectores participantes del Estado.
- Desde el eje protección, los servicios brindados son realizados por el MIMP y DEVIDA; realizando talleres preventivos y participativos con niñas, niños, adolescentes; madres y padres de familia y autoridades locales de las zonas de intervención.
- Durante el año 2016, los servicios del MIMP y DEVIDA realizaron 22,907 atenciones dirigidas a niñas, niños y adolescentes, con la finalidad de fortalecer el eje de protección frente a la violencia.

**Cuadro de NNA atendidos por PIAS, durante el 2016, desde los servicios de protección frente a la violencia:**

Servicios PIAS	MIMP		DEVIDA
	Juguemos	PNCVFS	
Napo	2,451		-
Putumayo I	2,352		565
Putumayo II	371	5,482	496
Morona	3,363		886
<b>Sub total</b>	8,537	5,482	1,947
<b>Total</b>	<b>15,966</b>		

**Cuadro del total de atenciones del eje de protección, según sexo:**

Servicios	Sexo	
	Hombre	Mujer
MIMP – JUGUEMOS	3976	4561
MIMP – PNCVFS	1294	4188
DEVIDA	1019	928
<b>Sub total</b>	6289	9677
<b>Total</b>	<b>15966</b>	

# 5.

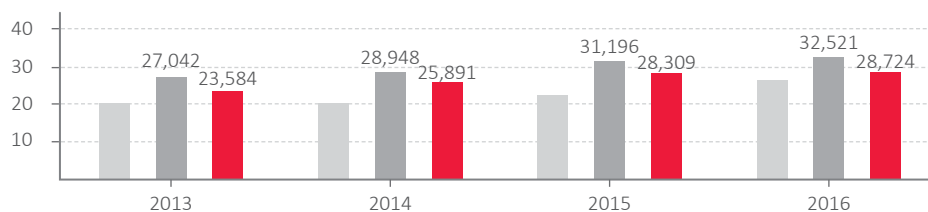
## Inversión en infancia y adolescencia durante al año 2016

### Seguimiento a la ejecución del gasto público en niñas, niños y adolescentes (GPNNA)

En el año 2016<sup>7</sup>, el presupuesto programado<sup>8</sup> para la inversión en niñas, niños y adolescentes, alcanzó S/ 32,521 millones, lo que evidencia un incremento de 4% con respecto al año anterior. De este presupuesto, se ejecutaron S/ 28,724 millones. Cabe resaltar que,

desde el año 2013, se puede observar una tendencia creciente en el presupuesto designado a la inversión en niñas, niños y adolescentes. Asimismo, se espera que esta variación se incremente año a año.

**Evolución del GPNNA**  
(Millones de soles)



Fuente: SIAF – MEF, 14/03/17  
Elaboración: DPNNA – DGNNA – MIMP.

■ PIA ■ PIM ■ DEV

La ejecución de recursos dirigidos directamente a la población entre 0 y 17 años de edad (gasto específico) representó el 84% del GPNNA, mientras que el 16% benefició a este grupo poblacional de forma indirecta (gasto no específico). Cabe resaltar, que el gasto es-

pecífico viene incrementándose de forma sostenida, aumentando 13%, 15% y 4% en 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Mientras que el gasto no específico se redujo 11% en 2015 y 10% en 2016.

#### ▪ ¿En qué se gasta el GPNNA? ejecución según función

En 2016, la ejecución del presupuesto estuvo concentrada principalmente en las funciones Educación (61%), Salud (17%), Protección Social (10%), Saneamiento (4%), lo que en conjunto componen el 92% del total; mientras que, el resto de funciones conforman el 8% del presupuesto ejecutado en niñas, niños

y adolescentes. Esta distribución se mantiene desde el año 2013. Las tres primeras funciones mostraron un nivel de ejecución presupuestaria alrededor del 90%; sin embargo, en saneamiento se observó un nivel bajo, de 63%.

#### ▪ ¿En qué se gasta el GPNNA? ejecución según gasto corriente y de capital

Con respecto al tipo de transacción en el GPNNA, se observa una tendencia creciente en la participación del gasto corriente (75%) sobre el gasto de capital (25%). Así, en 2016, el primero mostró un incremento

de 7%, después de ya haber crecido 12% en el año 2015; mientras que el gasto de capital registró una caída de 13% y un incremento de 3% en los años 2016 y 2015, respectivamente.

<sup>7</sup> Información al 14 de marzo de 2017.

<sup>8</sup> En adelante, con presupuesto programado se hará referencia al Presupuesto Institucional Modificado (PIM).

## ▪ ¿Quién gasta el GPNNNA? Ejecución según gobiernos regionales

Al analizar el GPNNNA total 2016, por niveles de gobierno, el 35% fue ejecutado por el gobierno nacional (S/ 10,143 millones), el 50% por los gobiernos regionales (S/ 14,459 millones) y el 14% por los gobiernos locales (S/ 4,123 millones). Con respecto al año anterior, se observa una disminución de 6% en la ejecución del gobierno nacional, pero un crecimiento de 7% y 4% en los gobiernos regionales y locales, respectivamente.

Entre los gobiernos regionales que más aumentaron su GPNNNA en 2016, destaca el gobierno regional de Pasco, que cuenta con la mayor tasa de crecimiento

(32%), a este le sigue el gobierno regional de Ucayali (19%) y el gobierno regional de Tacna (17%). Por otro lado, los gobiernos regionales de Apurímac, Huancaavelica y Puno presentaron las menores tasas de crecimiento, siendo estas 1%, 1% y 2%, respectivamente. Por último, cabe señalar que el gobierno regional de Ayacucho presentó una disminución de su GPNNNA en 2016 (-6%).

## ▪ ¿Cuál es la fuente de financiamiento del GPNNNA?

La mayor parte del GPNNNA proviene de la fuente de financiamiento Recursos ordinarios (81%), es decir, de los ingresos del Estado por recaudación tributaria. Le siguen los Recursos determinados (8%), que comprenden principalmente aquellos ingresos provenientes del canon, sobre-canon, regalías, el fondo de compensación municipal, contribuciones a fondos e impuestos municipales; los recursos por operacio-

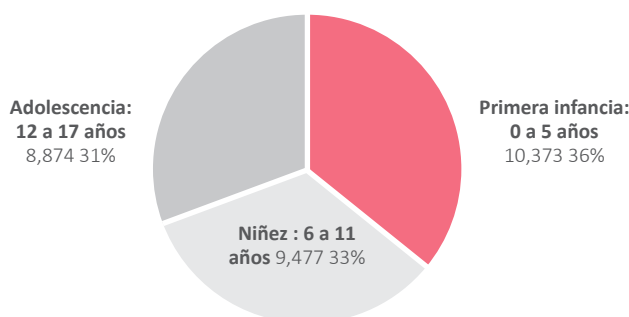
nes oficiales de crédito con instituciones, organismos internacionales y gobiernos extranjeros (6%); las donaciones y transferencias (3%), y los recursos directamente recaudados (2%). Cabe resaltar que, el GPNNNA realizado por Recursos determinados disminuyó 10% con respecto al año anterior; mientras que, por su parte, el gasto ejecutado por Recursos por operaciones oficiales de crédito presentó un incremento del 84%.

## ▪ ¿Cuál es la ejecución según ciclo de vida?

En el año 2016, el GPNNNA dirigido a la adolescencia (12 a 17 años) se incrementó 4% con respecto al año anterior, mientras que el gasto para la niñez (6 a 11 años) y primera infancia (0 a 5 años) lo hicieron en 0,5% y 0,2%, respectivamente. En 2015, estos ciclos se habían incrementado en 17%, 9% y 4%, respecti-

vamente. Como consecuencia, la participación de los tres ciclos de vida se ha emparejado. Sin embargo, esto es resultado de un dinamismo sostenido en el gasto en adolescentes en los últimos años, pasando de representar 27% del GPNNNA en 2013 a 31% en 2016.

**GPNNNA: Ejecución según ciclo de vida**  
(Millones de soles)



Fuente: SIAF – MEF. 14/03/17  
Elaboración: DPNNNA – DGNNNA – MIMP.



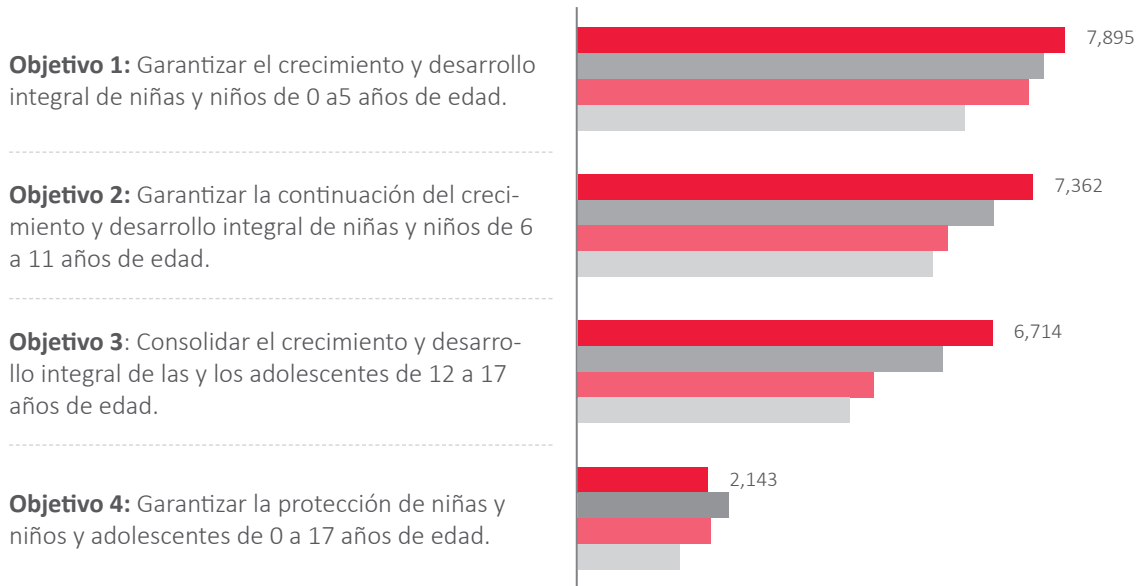
## ▪ Ejecución del GPNNA según objetivos estratégicos del PNAIA

El GPNNA vinculado con el logro de los Objetivos estratégicos del Plan Nacional de Acción por la Infancia

y la Adolescencia (PNAIA) alcanzó S/ 24,114 millones en 2016, registrando 6% de crecimiento con respecto al año anterior.

### GPNNA: ejecución según objetivos estratégicos

(Millones de soles)



Fuente: SIAF – MEF. 14/03/17  
Elaboración: DPNNA – DGNNA – MIMP.



## 6. Conclusiones y recomendaciones

### 1) Desnutrición Crónica en la primera Infancia

Se logra verificar una tendencia sostenida a la baja del indicador en ambos patrones (OMS y NCHS) desde el año 2011; en el año 2016 en relación al patrón de referencia NCHS, se muestra una reducción significativa con respecto a la línea de base (2011), con una reducción de 5.9 puntos porcentuales; con respecto al 2015, esta reducción fue de sólo 0.9 punto porcentual, siendo las regiones de Huánuco y Amazonas donde se registraron los mayores logros. Entre las principales acciones que aportaron a la baja sostenida se encuentran aquellas intervenciones que involucran la articulación intersectorial e intergubernamental, como las desarrolladas en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), se estableció en los Convenios de Asignación por Desempeño (CAD) suscritos entre 25 Gobiernos para la mejora de indicadores vinculados a la cobertura de paquetes integrados de atención a niñas y niños menores de 12 meses y menores de 24 meses (DNI, CRED completo, vacunas de neumococo y rotavirus, suplemento de hierro, acompañamiento familiar). Desde el MINSA se reportan mejoras en indicadores asociados a desnutrición crónica: disminución de los casos de Enfermedades Diarreicas Agudas – EDA, en niñas y niños menores de 5 años; % de niñas y niños menores de 24 meses recibieron inmunización contra el neumococo; las coberturas de vacunación contra neumococo; % de niñas y niños menores de 24 meses fueron inmunizados contra el rotavirus.

### 2) Acceso a educación inicial de niñas y niños de 3 a 5 años

Entre los años 2010 y 2016, se ha dado un incremento de la tasa neta de matrícula en educación inicial de niñas y niños entre 3 y 5 años de edad, a nivel nacional, de 71,1% a 80,7%, es decir 9.6 puntos porcentuales, siendo mayor el aumento en el ámbito rural en 21.3 puntos porcentuales, a diferencia del ámbito urbano que sólo creció 5.1 puntos porcentuales.

Este aumento de la tasa neta de matrícula en la educación inicial para niñas y niños entre 3 y 5 años de edad, focalizado especialmente en el ámbito rural, se

ha efectuado por el fortalecimiento de la gestión articulada intersectorial e intergubernamental entre el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y los gobiernos regionales.

Asimismo, durante este año, el Ministerio de Educación, financió 3,119 plazas en 2,530 servicios educativos, logrando beneficiar a más de 63 mil niñas y niños; además, realizó la conversión de 1,273 PRONOEI de II ciclo de entorno comunitario a instituciones educativas del nivel Inicial. Se ha brindado asistencia técnica a las 26 regiones del país en la gestión del incremento del acceso. En coordinación con los técnicos pertenecientes a la Dirección Regional de Educación, se han logrado definir las metas multianuales de atención a las regiones para alcanzar el 100 % de cobertura en los distritos del ámbito del Programa JUNTOS, y 86% de cobertura a nivel nacional.

### 3) Comprensión Lectora y Matemáticas

En Lectura, ha habido una disminución de 3,4 puntos porcentuales, en el nivel satisfactorio, en el año 2016 (46,4%), respecto al año 2015 (49,8%).

Sin embargo, los aprendizajes en Matemática han mejorado sostenidamente en los últimos años, es así que entre los años 2015 y 2016 aumentó 7,5 puntos porcentuales, pasando de 26,6% a 34,1% respectivamente.

A lo largo de los años los aprendizajes en Matemática han mejorado. Esto se ve reflejado en el crecimiento del nivel Satisfactorio y la disminución del porcentaje de estudiantes en el nivel En inicio. Esta disminución resulta importante porque significa que más estudiantes están en camino de alcanzar los aprendizajes esperados en el III ciclo.

Entre las regiones con mayor índice de pobreza, Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, son las que han logrado mejoras significativas en Matemática. La región Loreto muestra una gran reducción en la cantidad de estudiantes ubicados en el nivel En inicio. Esto indica que hay un progreso destacado en la mejora de los aprendizajes de sus estudiantes.

#### 4) Embarazo adolescente

Se observa que para el año 2016, el indicador registra el 12,7% a nivel nacional, mostrando un ligero descenso de 0,9 punto porcentual respecto al año 2015 (13,6%). Un factor asociado a la disminución del embarazo adolescente es la falta de acceso a métodos e información. Esta situación ha sido revertida a través de la aprobación e implementación de la Norma Técnica de salud de planificación familiar, lo que permite poder brindar la orientación o consejería en planificación familiar y el método que elijan las y los adolescentes, sin necesidad de estar acompañadas o acompañados por sus madres, padres o tutores.

#### 5) Acceso y conclusión en edad normativa de educación secundaria de calidad

La tasa de conclusión en la educación secundaria de las y los adolescentes de 17 a 18 años de edad, presenta un incremento de 4.3 puntos porcentuales entre los años 2011 y 2016, pasando de 61,8% a 66,1%. En la zona rural, en ese mismo periodo se observa un incremento de 2.1 puntos porcentuales, pasando de 40,8% a 42,9%; y en el área urbana, la tasa de conclusión pasó de 70,3% a 74,1% incrementándose en 3.8 puntos porcentuales.

Esta situación es el resultado sostenido de MINEDU desde donde se ha desarrollado intervenciones y estrategias para promover la conclusión de la secundaria: Jornada Escolar Completa; estrategia "Soporte Pedagógico para la Secundaria Rural" que aborda directamente la deserción escolar, promoviendo la conclusión oportuna de las y los estudiantes de las zonas rurales. Asimismo, felicitamos el reporte en este informe que muestra la voluntad de MINEDU de monitorear la implementación de la Ley N° 29600, que promueve la reinserción y culminación de la educación secundaria de las estudiantes embarazadas, reportándose la identificación de 55 adolescentes embarazadas de las cuales 39 lograron culminar el año escolar.

#### 6) Trata de niñas, niños y adolescentes

En el año 2016, se han dado logros importantes en lo que respecta a la normatividad en materia de trata de personas como la aprobación del nuevo Reglamento de la Ley N° 28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, en el que se define y amplían las competencias y funciones de las instituciones del Estado en torno a la prevención, persecución y protección a las víctimas. Además de ello, es necesario mencionar la aprobación del Protocolo Intersectorial para la Prevención y Persecución del Delito y Protección, Atención y Reintegración de Víctimas de Trata de Personas.

Sin embargo, es imperativo realizar un trabajo de prevención planificado y sostenido con énfasis en zonas fronterizas y comunidades indígenas y amazónicas, consideradas como lugares de captación principalmente de adolescentes.

Por otro lado, persiste la falta de servicios de atención especializados para atender a niñas, niños y adolescentes afectados por el delito de trata de personas, más aún en lo que respecta a los servicios de salud mental, necesarios para lograr la recuperación de las víctimas.







Jr. Camaná 616, Cercado de Lima  
Teléfono: 626-1600

[www.mimp.gov.pe](http://www.mimp.gov.pe)



*Trabajando para todos los peruanos*