



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 -2021

PNAIA 2021

Las niñas, niños y adolescentes somos primero.



Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N° 2012-04892

Impreso por:
J&O EDITORES IMPRESORES S.A.C.
Jr. Rufino Torrico N° 225 - Lima
Teléfono: 4265065 / 995804736
jyoeditoresimpresores@hotmail.com



Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia

2012-2021

PNAIA 2021

Aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP





Índice

Presentación	9
Introducción	11
I. Marco Conceptual	13
1.1 Principios Rectores del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021	15
1.2 Enfoques del PNAIA 2012-2021	17
1.3 Antecedentes y metodología	17
II. Situación de la Niñez y Adolescencia en el Perú	22
2.1 La niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad	23
2.2 Primera infancia de 0 a 5 años de edad	33
2.3 La niñez de 6 a 11 años de edad	43
2.4 La adolescencia de 12 a 17 años de edad	45
III. Visión, Misión y Metas Emblemáticas	55
IV. Objetivos, Resultados, Metas e Indicadores	63
V. Estrategias de Implementación	94
VI. Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (SIMONE 2021)	96
VII. Lineamientos de Política en Comunicaciones del PNAIA 2021	110
VIII. Financiamiento	111
Siglas	113
Fuentes consultadas	115
Anexos	117
Nº 1 Metodología del PNAIA	119
Nº 2 Glosario de términos y conceptos	124
Nº 3 Normas vinculadas al PNAIA	127



Presentación

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PNAIA 2021), es el instrumento marco de política pública del Estado Peruano, para articular y vincular las políticas que se elaboren en materia de infancia y adolescencia en el país, que orientará en la presente década la acción del Estado y de la sociedad civil hacia el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes peruanos.

La Convención sobre los Derechos del Niño, como tratado internacional, establece una serie de derechos específicos a favor de las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, por su carácter vinculante, obliga a los Estados partes a que sus preceptos se incluyan en sus políticas nacionales.

El Perú al suscribir la Convención, se comprometió a adecuar su normatividad a lo estipulado en esta norma internacional, promulgándose el Código de los Niños y Adolescentes (Ley N° 27337); de igual forma, se elaboraron tres Planes Nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia, para el período 1992-1995, para el quinquenio 1996-2000 y el tercero para el período 2002 – 2010.

En tal sentido, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en su calidad de Ente Rector del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente, lideró el proceso de formulación del PNAIA 2021, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP el 14 de abril de 2012.

Su construcción ha involucrado un esfuerzo de planificación concertada y participativa tanto de las instituciones del Estado en sus tres niveles de gobierno y de la sociedad civil, lo que también ha permitido recoger los aportes de las propias niñas, niños y adolescentes.

En lo que respecta a su estructura, cuenta con cuatro objetivos estratégicos relacionados con las diversas etapas de vida de niñas, niños y adolescentes, desde un enfoque de derechos, ciclo y curso de vida, género, intercultural y equidad, lo que quiere decir que, como política de Estado, ha priorizado las necesidades de esta población para su desarrollo humano integral.

Es importante destacar que por primera vez se han incluido metas emblemáticas, consideradas como prioritarias y esenciales para el desarrollo de la infancia y adolescencia en el Perú, cuyo señalamiento tiene un impacto orientador, simbólico y motivador para el cumplimiento del conjunto de metas del citado Plan Nacional.

Priorizar la acción por la infancia y la adolescencia dará al Perú los fundamentos sólidos para llegar al Bicentenario como una nación enrumbada hacia el progreso y el desarrollo sostenible de todos sus habitantes, principalmente de las niñas, niños y adolescentes. Este documento de política pública aporta decididamente en esa dirección.

Es un desafío para las instituciones del Estado y sociedad civil, seguir levantando como prioridad en la agenda política regional y local la atención a la infancia y adolescencia como una medida para la superación de la pobreza y la construcción de una ciudadanía que ejerza en plenitud sus derechos. Forma parte de este reto establecer mecanismos de seguimiento y control centrados en el cumplimiento de las metas del PNAIA 2021, impulsando la mejora de los recursos y calidad del gasto público, ampliar calidad y cobertura de los servicios de protección, consolidar la normatividad relativa a la promoción y protección de derechos, fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación, asegurando el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes del país.

Finalmente, invertir en la niñez y adolescencia contribuye a interrumpir el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza y la violencia. Este Plan Nacional pretende lograrlo en una sola generación, en la convicción que la inversión en ellas y ellos, harán sostenibles los esfuerzos del desarrollo humano.

Introducción

En el año 2021, el Perú cumplirá 200 años de vida republicana, por lo cual es importante que tal conmemoración nos encuentre en la senda del desarrollo humano¹ sostenible, construyendo una nación con sólidas bases sociales y económicas, donde los derechos de todas las personas se respeten y donde las brechas e inequidades -cuya persistencia hoy nos interpela- desaparezcan o queden reducidas a su mínima expresión.

Para ello, el país debe mantener una política de Estado consistente, continua y eficaz en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, sobre todo en lo que toca a su salud, educación y calidad de vida al interior de sus familias y comunidad.

Principalmente, se trata de asegurar el desarrollo integral de sus capacidades y acceso a suficientes y calificados servicios, sin los cuales no es posible garantizar tales derechos. En ese sentido, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) es el instrumento de política pública del Estado Peruano que señala la agenda a seguir en la presente década para defender los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Como se sabe, en los últimos años se vienen registrando tasas de crecimiento económico² que fundamentan la esperanza de poner fin a situaciones de exclusión social y desigualdad arrastradas por décadas. A su superación apuntan las prioridades de mediano y largo plazo contempladas en el PNAIA 2021, mediante metas y resultados de efecto sinérgico dirigidos a garantizar los derechos de la población de 0 a 17 años de edad, respecto a su nutrición adecuada, documentación universal, inicio de vida segura, salud integral y acceso a una educación de calidad, intercultural e inclusiva.

De modo especial, se procura erradicar sistemáticas violaciones de sus derechos, como las implicadas en los actos de violencia y explotación contra niñas, niños y adolescentes.

Tales propósitos están resumidos en las metas emblemáticas planteadas en este documento -a sugerencia de los diferentes actores de la comunidad y del sector público que han participado en su elaboración- con el fin de estimular y focalizar los esfuerzos concertados del Estado y la sociedad civil.

¹ Se entiende la noción de desarrollo humano de acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el sentido de aludir a un conjunto de variables que muestran la situación económica, nivel educativo y ejercicio de derechos de una determinada población.

² El crecimiento del PBI en valor real fue para los últimos cinco años: 2007 del 9.9%, 2008 del 9.8%, 2009 del 0.9% y 2010 del 8.9%. Información consultada en la página web: www.mef.gob.pe.

El PNAIA 2021 consta de ocho capítulos, el primero de los cuales presenta el Marco Conceptual en que se apoya este documento, incluyendo sus Principios, Enfoques, Antecedentes y Metodología. El segundo presenta un análisis de los principales problemas y tendencias que sustentan las desigualdades y brechas en el cumplimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el país. Para ello se muestran promedios, cifras y constataciones no sólo en el horizonte nacional, sino también regional y provincial, donde las inequidades adquieren mayor crudeza y relieve.

El tercer capítulo detalla la Visión y Misión del presente Plan, junto a las Metas Emblemáticas que señalan la ruta a seguir para despertar energías y sinergias al interior del Estado y la sociedad, poniendo énfasis y recursos en la solución de “cuellos de botella” históricos, que impiden el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, y por tanto, traban el éxito de los procesos de inclusión social en el Perú.

El cuarto capítulo muestra la lógica del Plan en cuanto al enlace de Objetivos Estratégicos, Resultados Esperados, Metas e Indicadores, responsabilizando de su cumplimiento a instituciones claves del Estado y de la comunidad, y dando en ello un especial rol a los Gobiernos Regionales y Locales.

El quinto capítulo da a conocer los soportes estratégicos del PNAIA 2021, incluyendo la voluntad política al más alto nivel; el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente y de los colectivos especializados; la ejecución de programas presupuestales con enfoque de resultados y la participación activa de los Gobiernos Regionales, resaltando la importancia de la participación y compromiso de las familias en este esfuerzo.

El capítulo sexto presenta el Sistema de Monitoreo y Evaluación del PNAIA 2012-2021 (SIMONE 2021), instrumento fundamental para tomar decisiones sustentadas en evidencias y para generar información que contribuya al logro de los resultados, así como para proponer mecanismos de mejora de las acciones en un proceso que debe ser continuo. El capítulo séptimo muestra la Política de Comunicaciones del PNAIA y el octavo y final corresponde al Financiamiento.

Durante todo el documento queda manifiesta la importancia de invertir con prioridad en la niñez y adolescencia, por tratarse de la mejor manera de romper la regeneración de la pobreza y la exclusión, en una sola generación. Subyace la convicción de que nuestra solidaridad redundará a favor de toda la población peruana, haciendo sostenible su desarrollo humano, es decir, un desarrollo donde inclusión social y crecimiento económico sean una misma palabra.

I. Marco Conceptual

¿Qué es una niña o niño?

“Es un ser humano pequeño que tiene derecho a ser feliz y ser una persona querida para los demás”

(niña de 8 años de edad, Lima)³

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad es el fin supremo de la sociedad y del Estado. Así lo consagra el primer artículo de la Constitución Política del Perú, constituyendo una premisa fundamental en torno a la cual funciona el Estado peruano y se diseñan todas las políticas públicas del país. La Constitución establece también, en su artículo 4, que la comunidad y el Estado protegen de manera especial a la niña, al niño y al adolescente⁴.

Al marco general establecido en la Carta Magna se suma la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, instrumento internacional de la mayor importancia, ratificado por el Perú en 1990, así como sus dos Protocolos Facultativos⁵. Con su ratificación, el Perú se obligó a cumplir las disposiciones que ellos contienen⁶, y desde entonces, son las herramientas que norman e inspiran las políticas nacionales en materia de infancia y adolescencia, las cuales se expresan en el presente Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012-2021.

Cuatro de cada diez peruanos son niñas, niños o adolescentes, teniendo el derecho a ser felices, a recibir amor, a gozar de un ambiente equilibrado y adecuado al desarrollo de la vida y protección de sus familias, respeto de la sociedad y servicios de calidad por parte del Estado. Los paradigmas conceptuales tradicionales consideraban al niño “objeto” y no “sujeto” de derechos. La CDN trajo consigo

un avance sustancial en la comprensión de la niñez y adolescencia a nivel mundial al iniciar el tránsito conceptual de “objeto” a “sujeto” de derechos. La niña y el niño, sin importar distinciones de género, etnia, estrato social o cualquier otra consideración, es hoy definido como sujeto pleno de derechos. Es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión.

Asumir esta perspectiva tiene diversas implicancias al diseñar políticas públicas con y para la niña y el niño: el reconocerlos como seres en permanente desarrollo, poseedores de una identidad específica que debe ser valorada y respetada. Al reconocer el papel activo de niñas y niños en sus procesos de desarrollo, se admite también que no son agentes pasivos sobre quienes recaen acciones, sino que son sujetos que actúan en uso de sus capacidades, las cuales se enriquecen y amplían en la interacción respetuosa con otros seres humanos.

El hecho de que se considere a la niña y al niño como sujetos participantes, hacedores de sus propias vidas y no sujetos pasivos, representa un cambio sustancial respecto de marcos conceptuales previos a la CDN que consideraban al niño como un objeto de compasión o represión, un “menor” al que había que tutelar, pero que no merecía ser escuchado ni tener una voz propia en las decisiones que le concernían.

En ese sentido, el PNAIA 2012-2021 da continuidad a la política de Estado establecida en el PNAIA 2002-2010, que ya incorporaba la perspectiva de la protección integral. Este enfoque proporciona un marco para analizar

³ UNICEF, Algunas reflexiones sobre la Situación de la Niñez en el Perú. A los 20 años de la Convención Sobre los Derechos del Niño. Lima 2009.

⁴ La Constitución usa los términos “niño y adolescente” en sentido inclusivo para referirse a las niñas, niños y adolescentes.

⁵ Uno sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía y otro referido a la participación de los niños en conflictos armados.

⁶ Según la Constitución Política del Perú, “en caso de conflicto entre el Tratado y la Ley, prevalece el primero” (artículo 101).

la situación de las niñas, niños y adolescentes, los coloca en la condición de sujetos titulares de derechos y establece el interés superior del niño como el criterio o parámetro fundamental para tomar decisiones.

Así, en todas las medidas concernientes a las niñas, niños y adolescentes, deberá atenderse al interés superior del niño como una consideración primordial (lo cual no significa la exclusión de los derechos de las demás personas, sino priorizar la intervención). Este principio tiene un impacto directo en el tipo, calidad y oportunidad de los servicios sociales que se brindan a la infancia y adolescencia, y establece claramente la prioridad que debe otorgarse a la asignación de recursos públicos destinados a atender los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

La suscripción de la Convención por parte de la mayoría de países del mundo, significa que los Estados han asumido obligaciones y responsabilidades que son de cumplimiento obligatorio para todos los gobiernos y todas las personas. Este tratado de las Naciones Unidas es la primera ley internacional jurídicamente vinculante sobre los derechos de la niña, el niño y el adolescente; en sus 54 artículos están consignados los principales derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la infancia y adolescencia. Si bien las implicancias universales de la CDN se concentran en este grupo humano, no se circunscriben a él pues se trata, en verdad, de un modelo para el progreso de toda la humanidad.

La CDN ha sido, durante los últimos 21 años, un poderoso marco ético y jurídico ordenador, que promueve una nueva visión de las relaciones jurídico-sociales de la infancia, al tiempo que es una fuente de inspiración para la transformación legal, política y cultural de la sociedad que apunta a construir países democráticos, integrados y desarrollados.

Adicionalmente a lo establecido por la CDN y el marco constitucional peruano, el PNAIA 2021 se enriquece con la perspectiva del desarrollo humano, en el sentido propuesto por Amartya Sen y promovido por el Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo; es decir, aquel proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de las personas, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, el acceso a una educación de calidad acorde a la realidad regional o local, con enfoque pluricultural, considerando la transversalidad de la educación ambiental y el disfrute de un nivel de vida digno. Dentro de este concepto, el ingreso no es un fin en sí mismo sino un medio para alcanzar el bienestar⁷. La ampliación de las oportunidades va de la mano con el ejercicio pleno de derechos, fundamento conceptual que está en la base del PNAIA 2021.

Así, el mejoramiento de las condiciones de vida y la ampliación de oportunidades son esenciales en la construcción de una sociedad justa y desarrollada, guiada por un modelo que privilegia el bienestar de las personas y en el cual las políticas públicas, y en particular las de primera infancia, infancia y adolescencia, tienen un lugar preferente.

Al ser el desarrollo integral de las niñas y los niños un derecho universal⁸, se obliga a las familias, a la sociedad y al Estado a garantizar las condiciones para su realización. De esta manera, el desarrollo deja de ser un asunto individual y pasa a convertirse en una responsabilidad compartida por las familias, el Estado y la sociedad en su conjunto. El concepto de corresponsabilidad familia-Estado-sociedad está en la base del diseño de la política pública sobre infancia y adolescencia en el Perú.

De acuerdo con los instrumentos internacionales y la legislación peruana, la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y debería ser el espacio más adecuado para el crecimiento y el bienestar de las niñas, niños y adolescentes, por ser el ámbito de primera socialización. El PNAIA 2021, además de reconocer las potencialidades de las familias para convertirse en ejes fundamentales del desarrollo de sus integrantes, identifica que, por el ambiente de privacidad en las que transcurren las relaciones familiares, un alto número de niñas y niños ve afectada

⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 1990, p.33.

⁸ Tal como lo establece la Convención sobre los Derechos del Niño.

su integridad física o sexual y se vulneran sus derechos fundamentales. En estos contextos es donde también niñas y niños naturalizan e interiorizan valores autoritarios, discriminadores por diferencias de género, de etnia, de raza, de edad, de estrato social y de orientación sexual. No obstante, considera al ámbito familiar el contexto más propicio para implementar políticas que generen vínculos afectivos significativos, que favorezcan una socialización que promueva valores democráticos y el respeto a los derechos y estimulen el desarrollo humano, de tal forma que se incorpore en las estrategias de intervención para el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

La acción por la infancia y adolescencia plantea, un desafío ético de primer orden en el Perú. Nos exige dar pasos concretos que, más allá del discurso, implican profundas transformaciones culturales. Nuestro país requiere de una visión poderosa a favor de la infancia y la adolescencia que penetre en la sociedad y se afinque en las estructuras mentales políticas y culturales de la población, de tal manera que los principios y derechos a favor de ellas y ellos pasen a formar parte de la vida cotidiana de todos los peruanos. Deben estar presentes en nuestras convicciones, exigencias, actitudes y conductas.

Sin embargo, este desafío no es solamente de orden ético. Se trata también de una tarea perentoria para incrementar la competitividad del país y sus posibilidades de desarrollo sostenible. El Perú ha vivido durante los últimos veinte años un proceso de modernización económica que ha hecho posible el crecimiento, la reducción de la pobreza y la articulación del país a la economía global. Ciertamente, subsisten grandes brechas sociales, en particular las que se registran entre los ámbitos urbano y rural del país y que se reflejan en los bajos niveles de nutrición, salud, educación, acceso a infraestructura básica de saneamiento y energía de la población rural. Los más afectados por este abismo, son las niñas, niños y adolescentes, tal como se evidencia en el diagnóstico del PNAIA 2002-2010.

El Perú aspira a ser una nación desarrollada, con oportunidades de una vida digna para todos sus habitantes y ello implica que el país esté en condiciones de competir en el escenario de un mundo globalizado, caracterizado por el desarrollo del conocimiento, la ciencia y la tecnología y en donde el capital humano tiene el papel principal.

La competitividad del país demanda un capital humano que esté a la altura de los desafíos globales. Ello significa prestar una atención especial al ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en particular los referidos a su nutrición, salud y educación, así como al desarrollo de sus potencialidades como personas productivas y creadoras.

Este marco nos exige asumir los derechos de la infancia y adolescencia como obligatorios para todas las peruanas y peruanos sin excepción, lo que requiere emprender una intervención compleja, integral y coordinada que recoja el compromiso de todas y todos para construir un país donde las niñas, los niños y los adolescentes sean preocupación central del Estado, de las familias y de la sociedad, y donde se propicien las condiciones necesarias para un desarrollo humano con inclusión social y en democracia. Solo así podremos construir una verdadera República de Ciudadanos, próspera y justa, a la cual aspiramos llegar en el bicentenario de la fundación republicana del Perú.

1.1 Principios rectores del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021

Los principios rectores del PNAIA son los fundamentos filosóficos y éticos que rigen la política pública del Estado peruano a favor de la infancia y la adolescencia. Constituyen la piedra angular del Plan pues se sustentan en valores universales a los que el Perú se adhiere y que se expresan en importantes instrumentos internacionales, como la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que ha dejado establecido el

compromiso de todos los países en la defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en calidad de imperativo ético, social, político y económico.

1º El interés superior del niño

La niña y el niño son sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado⁹ y la sociedad y, en todas las decisiones de política pública el interés del niño debe primar al momento de resolver sobre cuestiones que le afecten. Se trata de un principio que obliga al Estado y a la sociedad a reconocer y garantizar los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes y otorga preeminencia al interés superior del niño por sobre otros intereses y consideraciones.

2º Igualdad de oportunidades

Todas las niñas, niños y adolescentes nacen libres e iguales y tienen, por lo tanto, la misma dignidad y los mismos derechos. Ello significa que debemos eliminar todas las formas de exclusión y discriminación que atenten contra la igualdad. El Perú es un país multicultural y diverso, allí reside su riqueza y potencial. Es inaceptable cualquier discriminación de género, de edad, étnica, cultural, lingüística, religiosa o de cualquier otra índole.

3º La niña y el niño como sujetos de derechos

Este principio responde a una transformación sumamente importante ocurrida en el pensamiento universal sobre la niñez y adolescencia. Los paradigmas tradicionales consideraban al niño como un “menor” que era objeto de protección, compasión o represión. Hoy las niñas y los niños no son considerados ni menores, ni incapaces ni carentes sino personas totales, seres humanos completos y respetados, poseedores de potencialidades a desarrollar y titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les deben ser reconocidos por el solo hecho de existir.

9 “En caso de conflicto de derechos de igual rango, el derecho de prioridad del interés superior del niño/niña prima sobre cualquier otro que pueda afectar sus derechos. Ni el interés del padre, ni el de la sociedad, ni el del Estado pueden ser considerados prioritarios en relación a los derechos del niño/niña”. (Gatica, Nora y Chaimovic, Claudia: “La justicia no entra en la escuela. Análisis de los principales principios contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño”. La Semana Jurídica 13/19 de Mayo de 2002).

4º Autodeterminación progresiva¹⁰

La infancia y la adolescencia son etapas en la existencia de la persona y tienen igual valor que cualquier otra edad de la vida, es decir, tienen un valor en sí mismas y no como un simple tránsito hacia la adultez. Las niñas, niños y adolescentes están en una época de desarrollo progresivo de la autodeterminación personal, social y jurídica que se da en consonancia con el desarrollo de sus facultades.

5º Participación

Las niñas, niños y adolescentes tienen una voz que debe ser escuchada por la familia, el Estado y la sociedad. Tienen derecho a ser informados y sus opiniones han de ser tomadas en cuenta en función de su edad y estado de madurez. Las niñas, niños y adolescentes deben participar en los asuntos y decisiones que les conciernen y esta participación debe ser promovida por la familia, la sociedad y el Estado en sus diferentes niveles de gobierno.

6º La familia como institución fundamental para el desarrollo de las personas

La familia es el núcleo central en la formación de la persona. Existen diversos tipos de familia y todos deben ser igualmente respetados. Es al interior de la familia donde la niña, el niño y el adolescente deben recibir el afecto, la seguridad, la orientación y los valores esenciales para su desarrollo como seres humanos libres y felices, capaces de ejercer efectivamente sus derechos, respetar los derechos de las demás personas y llegar a ser ciudadanos productivos y responsables.

La familia no debe ser una estructura jerárquica y autoritaria sino una institución democrática en donde prevalezca el respeto mutuo, libre de todo tipo de violencia y donde se apoye el desarrollo de cada uno de sus integrantes. Las familias unidas por el afecto, solidarias, que brinden amor y protección a las niñas, niños y adolescentes, harán posible el desarrollo del Perú.

10 El artículo 5º de la CDN dispone que el ejercicio de los derechos del niño es progresivo en virtud de la evolución de sus facultades, y que a los padres, a la familia y demás responsables les corresponde impartir orientación y dirección apropiada para que el niño ejerza esos derechos. Este principio se fundamenta en que el niño tiene derecho a desarrollar progresivamente el ejercicio autónomo de sus derechos, superando el argumento tradicional que indica que los padres tienen poderes sobre los niños debido a que éstos carecen de autonomía.

1.2. Enfoques del PNAIA 2012-2021

El enfoque de derechos

Busca garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado, la comunidad y la familia, de acuerdo al rol y la responsabilidad de cada uno. El ejercicio de derechos posibilita el incremento de sus capacidades, garantiza su protección, amplía sus opciones y por lo tanto, su libertad de elegir.

Establece que los derechos humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos. Son inalienables y deben ser ejercidos sin discriminación.

El enfoque del ciclo de vida

Responde a la intervención que, partiendo del enfoque de derechos, busca garantizar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, atendiendo a las características propias de cada etapa del ciclo de vida y posibilitando así una mejor calidad de vida.

El enfoque de curso de vida

Es una aproximación a la realidad que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configura un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales.

El enfoque intercultural

Reconoce y respeta el derecho a la diversidad y fomenta la interacción entre culturas de una forma equitativa, donde se concibe que ningún grupo cultural se encuentre por encima del otro, reconoce y valora los aportes de éstos al bienestar y desarrollo humano favoreciendo en todo momento la interrelación de niñas, niños y adolescentes de diversas culturas, a partir del ejercicio de sus derechos.

El enfoque de género

Permite poner en evidencia desigualdades sociales y relaciones asimétricas de poder de varones en detrimento de las mujeres de cualquier edad, construidas sobre las bases de diferencias biológicas en el plano de lo sexual. Plantea desterrar cualquier relación jerárquica basada en estas diferencias.

Admite implementar políticas orientadas al logro de igualdad de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, libre de discriminaciones basadas en características biológicas o de cualquier otra índole.

El enfoque de equidad

Promueve el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes provenientes de los grupos más excluidos y desfavorecidos, en razón a su género, grupo cultural, área de residencia, condición socio-económica, lengua o religión.

1.3 Antecedentes y metodología

Desde la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990 por parte del Perú, el tema de la niñez en la agenda pública peruana se ha fortalecido de manera creciente. La IV Reunión Ministerial Americana en Infancia y Política Social realizada en 1999 en Lima, así como el XX Congreso Panamericano del Niño, la Niña y Adolescentes, que tuvo lugar en nuestro país en setiembre del año 2009, son dos hitos relevantes en este proceso.

En los últimos veinte años, el Perú ha contado con tres Planes Nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA). El primer PNAIA 1992-1995 estuvo enmarcado en la Estrategia de alivio a la Pobreza que el gobierno de entonces puso en marcha. Posteriormente se elaboró el PNAIA 1996-2000, aprobado en mayo de 1997.

En mayo de 2002 se promulgó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 17

2002-2010¹¹, el cual fue propuesto por la entonces Gerencia de Promoción de la Niñez y Adolescencia del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, y validado por una Comisión Multisectorial creada por Resolución Suprema N° 015-2002-PROMUDEH. Este Plan fue el resultado de un conjunto de consultas con diversos actores y tomó en cuenta la opinión de niñas, niños y adolescentes. Es a partir de este Plan y durante la primera década del siglo XXI que el PNAIA adquiere mayor relevancia en el proceso de diseño de políticas públicas en el país.

El PNAIA 2002-2010 tuvo cuatro objetivos estratégicos organizados de acuerdo al ciclo de vida de las niñas, niños y adolescentes: 1) Asegurar una vida sana para niñas y niños de 0 a 5 años de edad, 2) Ofrecer una educación básica de calidad para todas las niñas y todos los niños de 6 a 11 años de edad, 3) Crear espacios de participación para las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, y 4) Instituir un sistema de garantías para la protección de los derechos de la niña, niño y adolescente de 0 a 17 años de edad. El PNAIA 2002-2010 guardaba coherencia con las políticas adoptadas a nivel internacional y nacional en materia de infancia y adolescencia tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el Acuerdo Nacional.

A partir del año 2005 el PNAIA 2002-2010 adquirió rango de Ley, constituyéndose en un Plan de cumplimiento obligatorio en el país. En el marco del proceso de descentralización, 22 departamentos del país cuentan con un Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia aprobado.

Por otra parte, el PNAIA por su carácter multisectorial y su rango de ley, debería configurarse como el plan marco de todos aquellos planes vinculados a la niñez y adolescencia convirtiéndose así, en el eje articulador para su implementación.

Cabe destacar que de las 32 políticas de Estado que contempla el Acuerdo Nacional, 8 tienen directa relación con la infancia y son compatibles con el PNAIA 2012-2021.

11 Aprobado con Decreto Supremo N° 03-2002-PROMUDEH y elevado a rango de Ley con la Ley N° 28487.

Es importante destacar asimismo que desde el año 2008 se vienen implementando en el país los Programas Estratégicos (PE), una herramienta fundamental del Ministerio de Economía y Finanzas para asignar los recursos en función de resultados y metas. Inicialmente se aprobaron los siguientes PE: a) Articulado nutricional, b) Salud materno Neonatal, c) Logros de Aprendizaje, d) Acceso de la población a la identidad, e) Acceso a servicios básicos y oportunidades del mercado. Para el año 2011 se han aprobado adicionalmente otros Programas Presupuestales Estratégicos como: Seguridad Alimentaria, Seguridad Ciudadana, Vigencia de los Derechos Humanos y Derechos Fundamentales y Enfermedades No Transmisibles.

Por otro lado, desde el año 2007 se ha venido implementando el Proyecto Educativo Nacional 2021¹² (PEN) "La educación que queremos", que cuenta con 6 objetivos estratégicos y 14 resultados esperados en el ámbito de la educación nacional. El Consejo Nacional de Educación (CNE)¹³, responsable del PEN, viene promoviendo una mayor asignación de recursos a la educación peruana, de tal modo que se llegue, tal como establece el Acuerdo Nacional, al 6% del PBI¹⁴.

Una estrategia implementada por el gobierno fue la estrategia CRECER¹⁵, la cual mediante procesos articulados y con la participación de todos los sectores involucrados busca la superación de la pobreza y sus determinantes. Uno de los aspectos priorizados con esta intervención, ha sido la desnutrición crónica infantil donde se han implementado diversas acciones relacionadas con la atención en salud, educación y el acceso a servicios básicos, principalmente en las zonas con los mayores índices de este problema.

12 El PEN 2021 fue aprobado por Resolución Suprema 001-2007-ED.

13 El CNE ha propuesto un conjunto de acciones cruciales a emprender en las nuevas administraciones nacionales y regionales en el 2012. Se trata de 8 banderas que van desde consolidar una atención multisectorial de la infancia en nutrición, salud, estimulación temprana y educación, para asegurar que todas las niñas y niños comprendan lo que leen y resuelvan operaciones matemáticas básicas en el tercer grado, hasta articular toda la educación superior en un sistema que fomente el aprendizaje modular y continuo a lo largo de la vida, acorde con las necesidades del mercado laboral y el desarrollo nacional (www.cne.gob.pe).

14 Según información del MEF, al 2010 el Presupuesto Inicial de Apertura – PIA en educación ascendió al 3,3% del PBI.

15 La Estrategia Nacional "CRECER" se creó a través del Decreto Supremo N° 055-PCM publicado el 8 de setiembre del año 2007, como una estrategia de intervención articulada de las entidades públicas que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local, y las entidades privadas, la cooperación internacional y la sociedad civil en general; para promover, facilitar y gestionar procesos de articulación y complementariedad desde una mirada integral y sinérgica.

El programa JUNTOS¹⁶ ha contribuido a mejorar las condiciones de vida de hogares pobres del país a través de transferencias económicas condicionadas, relacionadas con una exigencia de 85% de asistencia promedio a la escuela de niñas y niños entre 6 y 14 años de edad, control de crecimiento y desarrollo para todas las niñas y niños de hasta cinco años de edad, participación en el Programa de Complementación Alimentaria para grupos de mayor riesgo entre seis meses y tres años de edad, vacunación completa, desparasitación, entrega de suplementos vitamínicos, utilización de pastillas de cloro para potabilizar el agua en las viviendas de las familias beneficiarias y registro y legalización de niñas, niños, adolescentes y adultos sin partida de nacimiento o sin DNI.

El programa AGUA PARA TODOS¹⁷, en el entendido que el agua segura y el saneamiento básico son dos condiciones importantes para resolver problemas relacionados con la salud de las personas, entre ellas de niñas, niños y adolescentes, busca facilitar el acceso de los hogares a agua potable y servicios relacionados con el saneamiento. Cabe señalar, que además se cuenta con este programa focalizado en el área de residencia rural, ya que la población que allí habita tiene entre sus principales carencias servicios relacionados con el agua segura y el saneamiento.

El Seguro Integral de Salud - SIS¹⁸ tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos y peruanas que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Mediante esta estrategia se ha conseguido que niñas, niños y adolescentes accedan a un servicio de salud

¹⁶ El Programa Nacional de Apoyo Directo a lo más Pobres se creó el 7 de abril del año 2005 mediante el Decreto Supremo No. 032-2005-PCM con la finalidad de contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema y como propósito generar Capital Humano en hogares en situación de pobreza, en corresponsabilidad Estado-Hogar, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud –nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de esos derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad.

¹⁷ El Programa Nacional de Agua y Saneamiento – PRONASAR “AGUA PARA TODOS” se encarga de contribuir a mejorar la salud de la población y la calidad de vida, a través de la construcción de nuevos sistemas de agua potable, disposición de excretas, y del mejoramiento de calidad de los servicios existentes. Asimismo contribuir al uso adecuado de servicios de agua y saneamiento sostenibles, adoptando las mejores prácticas de higiene, mejorando las capacidades de la comunidad y otras organizaciones responsables en administración, operación y mantenimiento de los sistemas, e implementando el esquema institucional y los mecanismos necesarios para la sostenibilidad.

¹⁸ El Seguro Integral de Salud (SIS), es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud.

que pueda resolverle diferentes problemas que contribuyan a su desarrollo integral.

En tanto la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP), que funciona con 26 mesas regionales, ha desarrollado una importante campaña de movilización por la infancia, mostrándose como una alianza eficaz entre la sociedad civil y el Estado a favor de la niñez y adolescencia.

Todas estas iniciativas han permitido al Perú obtener resultados favorables en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tales como la reducción de la pobreza extrema, la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad, la universalización de la educación primaria y la reducción del analfabetismo, entre otras¹⁹. El PNAIA 2012-2021 se da en coherencia con todas estas iniciativas estratégicas del Estado peruano y constituye un elemento esencial del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional²⁰, elaborado por el Centro de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).

En cuanto a la Metodología, el PNAIA 2012-2021 ha sido elaborado por la Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes (DINNA) de la Dirección General de la Familia y la Comunidad del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en coordinación con la Comisión Multisectorial del PNAIA 2002-2010 presidida por la Viceministra de la Mujer e integrada por representantes de los siguientes sectores: Presidencia del Consejo de Ministros, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, Instituto Nacional de Estadística e Informática, así como por representantes del Poder Judicial y el Ministerio Público. En las sesiones de la Comisión Multisectorial han participado en calidad de invitados representantes de UNICEF, el GIN y la MCLCP.

Además, debemos mencionar la importante

¹⁹ Informe del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú-2008. Presidencia del Consejo de Ministros del Perú, Octubre de 2009.

²⁰ Aprobado por el Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, aprueba el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional denominado Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.

colaboración de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales - CIAS, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Defensa, Ministerio de Relaciones Exteriores, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Instituto Nacional de Defensa Civil – INDECI, Registro Nacional de Identificación y Estado Social - RENIEC, Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos - INDEPA, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, Secretaría Nacional de la Juventud – SENAJU, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud - CONAMUSA, a través de propuestas al documento, así como al Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, la Organización Internacional del Trabajo – OIT, Save the Children, Vía Libre, Promsex, Kallpa, Acción por los Niños, COPERA Infancia y Grupo de Inversión en la Infancia, aportando cada una de estas instituciones desde su especialidad.

El proceso de elaboración del PNAIA ha sido eminentemente participativo. Se inició con la Evaluación del PNAIA 2002-2010 en diciembre del año 2009 y prosiguió con la formación de Mesas de Trabajo intersectoriales organizadas en función de cada uno de los resultados esperados para la siguiente década.

La principal herramienta metodológica fue la Matriz de Resultados, Objetivos y Metas, que fue ampliamente discutida por las Mesas así como por la Comisión Multisectorial. Cabe destacar que en una sesión con la modalidad de taller de la Comisión Multisectorial se aprobaron los principios, enfoques y objetivos del PNAIA, así como en diversos Talleres Multisectoriales en donde se discutieron y aprobaron los indicadores.

A lo largo del proceso de construcción del Plan, tuvo especial relevancia el horizonte histórico del Bicentenario, el contexto de crecimiento económico del país, así como el enfoque de derechos de las niñas, niños y adolescentes en el marco de una política pública de la mayor importancia para los

objetivos nacionales de desarrollo humano. Asimismo, la herramienta del Presupuesto por Resultados, que se ha introducido en los últimos años como un elemento central para la eficacia y eficiencia de la gestión pública, es un componente que se ha tenido en cuenta al considerar las intervenciones del Estado.

Es preciso poner de relieve el carácter descentralizado del proceso de elaboración del PNAIA, evidenciado en la participación de los Gobiernos Regionales, los cuales mantuvieron una fluida comunicación con la DINNA a lo largo del proceso y participaron en el mes de noviembre del año 2010 en la Encuesta Regional sobre el PNAIA, contribuyendo con valiosos aportes y sugerencias que se consignan en este Plan. Así, la introducción de metas emblemáticas, que guiarán la acción concertada del Estado, el sector privado y la sociedad civil a favor de la infancia y adolescencia durante la crucial década previa al Bicentenario, fue producto de las consultas realizadas. Los gobiernos regionales consultados fueron los siguientes:

Gobiernos Regionales con los que se ha validado el PNAIA 2021

2010

Huancavelica, Ayacucho y Apurímac.

2011

Loreto, Callao, Huanuco, Lima, La Libertad, Junín, Ancash, Tumbes, Ucayali, Lambayeque, Ica, San Martín y Cusco.

Debemos destacar también la participación de niñas, niños y adolescentes, a través de organizaciones y grupos organizados en diversos talleres ad-hoc, para los cuales se contó con la colaboración de organizaciones de la sociedad civil, en donde discutieron, con instrumentos metodológicos acordes con su edad, los principios, enfoques y metas del Plan.

Asimismo, los talleres con representantes de los pueblos indígenas amazónicos, permitieron enriquecer el Plan en su dimensión intercultural y enfatizar en la urgencia de atender las brechas que se observan con particular intensidad en el mundo indígena y rural.

Finalmente, cabe mencionar que el día 13 de marzo del año 2012, se realizó una reunión técnica para la revisión final del PNAIA 2021, en la que participaron 40 representantes de las instituciones del Estado, cooperación internacional y sociedad civil.

En suma, el proceso de elaboración del PNAIA ha respondido a una metodología:

a) intersectorial,

b) participativa y

c) descentralizada,

que ha priorizado la elaboración de un diagnóstico sólido sobre la situación de la infancia y adolescencia peruana y el consiguiente diseño consensuado de metas e indicadores precisos en todos aquellos ámbitos en donde existe información.

El anexo N° 1 "Metodología del PNAIA" presenta cuadros que dan cuenta de las instituciones y actores que participaron en el proceso de elaboración del PNAIA 2021, incluyendo talleres, encuestas, mesas de trabajo y consultas con gobiernos regionales y numerosas instancias de la comunidad y del Estado.

II. Situación de la Niñez y Adolescencia en el Perú

Este capítulo presenta un análisis de los principales problemas y tendencias que sustentan las brechas cuya superación se proyecta con el logro de las metas emblemáticas, objetivos y resultados esperados del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 - 2021 (PNAIA 2021).

Muestra, asimismo, la diversidad cultural, étnica, lingüística, socio-económica y geográfica propia del Perú, la misma que se expresa en las formas de vida –con sus peculiares desafíos y esperanzas– de millones de niñas, niños y adolescentes peruanos. Tales dimensiones se examinan aquí mediante promedios, cifras y constataciones no sólo a nivel nacional, sino también regional y provincial (en el caso de contar con información disponible), ya que es justamente en esos espacios donde las inequidades se revelan con mayor agudeza.

Este capítulo se ha elaborado a partir de información actualizada del sistema estadístico nacional, data que permite observar el estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Perú de hoy, a la luz de su evolución en la última década. Se muestran indudables logros, al lado de problemas persistentes o en ciernes, pero siempre vistos desde la perspectiva de niñas, niños y adolescentes, a fin de poner el acento en el significado, peligros o ventajas de los hechos más relevantes para ellas y ellos.

El presente análisis proporciona una mirada de tales situaciones, así como de los diferentes retos que la comunidad, las familias y el Estado peruano deberán asumir en los próximos diez años para alcanzar las metas del PNAIA 2021, estableciendo consensos y acuerdos de las instituciones públicas entre sí, con la sociedad civil y con las propias niñas, niños y

adolescentes.

En materia de salud, los principales avances se observan en la reducción de la mortalidad infantil y en la disminución de la mortalidad de niñas y niños con edades menores de 5 años de edad. Asimismo, es alentador el incremento de las tasas de control prenatal y de parto institucional en las regiones y en Lima, lo que viene elevando los promedios nacionales sobre atención materno infantil. Es también de mención el surgimiento de iniciativas de responsabilidad social empresarial para enfrentar la desnutrición crónica infantil²¹, aunque éste sigue siendo un tema crítico a nivel nacional, que preocupa especialmente, junto a los altos índices de anemia y de embarazo adolescente.

En educación, resalta el incremento de la cobertura en educación primaria y se ven algunos indicios de mejoramiento de la calidad educativa en la sierra rural, promovidos por la Fundación BBVA con el programa *Leer es estar adelante* y por el instituto IPAE mediante el programa *Escuelas Exitosas*. Aunque no gravitan todavía en las cifras y promedios nacionales, estos avances tienen valor por las lecciones aprendidas que dejan con miras a su réplica intensiva.

Sin embargo, el limitado acceso a la educación inicial y secundaria, junto al bajo nivel de logros de aprendizaje en general, son problemas que siguen en la raíz de tradicionales brechas (educativas, sociales, económicas) que afectan a demasiadas niñas, niños y adolescentes.

En materia de protección de derechos, las situaciones de violencia familiar son una de las peores formas de maltrato contra niñas, niños y adolescentes, junto a la explotación

²¹ Destaca el programa "Ally Micuy" para luchar contra la desnutrición infantil en el departamento de Ancash.

sexual y laboral, problemas aquí estudiados en la medida de la poca información con que se cuenta. Justamente, se sugiere para ello realizar en el 2011 la primera Encuesta Nacional sobre Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes, a fin de recabar la data necesaria para iniciar un trabajo concertado y eficaz contra el conjunto de violaciones de sus derechos en el Perú, tal como propone el PNAIA 2021.

El presente capítulo está organizado en cinco secciones. La primera presenta aspectos demográficos de la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad, los niveles de pobreza y exclusión, así como sobre la inversión social realizada por el Estado peruano. La segunda, tercera y cuarta secciones abordan la situación y tendencias de los principales indicadores de niñas y niños desde la concepción hasta los 5 años de edad; de 6 a 11 años de edad y de 12 a 17 años de edad.

2.1 La niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad

Aspectos demográficos.

Pobreza en la niñez y adolescencia.

Gasto Social.

Defensorías del Niño y del Adolescente.

Acceso a la Identidad o documentación oficial.

Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales.

Violencia familiar y sexual contra niñas, niños y adolescentes.

Tuberculosis en niñas, niños y adolescentes.

Niñas, niños y adolescentes y las situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad).

Niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Participación de niñas, niños y adolescentes.

Niñas, niños y adolescentes y las situaciones de emergencia.

Niñas, niños y adolescentes y los conflictos internos.

Aspectos demográficos

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), al año 2011 el país cuenta con unos 29 millones 797 mil 694 personas, de las cuales 10 millones 550 mil 968 son menores de 18 años de edad (35,4% de la población total del país). Al desagregar de acuerdo al sexo, el 50,9% son hombres y el 49,1% son mujeres. Esta población está distribuida aproximadamente por tercios en cada uno de los grupos de edades: niñas y niños de 0 a 5 años de edad, niñas y niños entre 6 y 11 años de edad y adolescentes entre 12 y 17 años de edad²².

El porcentaje de población menor de 18 años de edad ha venido descendiendo en las cinco últimas décadas. Así, el Perú mostraba una estructura poblacional eminentemente joven, como consecuencia de las altas tasas de fecundidad, que entonces (en las décadas de los cincuenta a setenta) ascendían a 6,5 hijos por mujer. El descenso de la fecundidad ha ocasionado que la tasa de crecimiento promedio anual de la población descienda del 2,8% alcanzado en el período 1961-1972, hasta 1,6% para el período 1993-2007 según los Censos Nacionales de estos años²³.

Los progresos en la atención y acceso a la salud, a las inmunizaciones, a los servicios de agua potable y saneamiento básico, han permitido que mejore la calidad de vida y la sobrevivencia. También ha influido el mayor acceso a los métodos de planificación familiar y ha distanciado el período de tiempo que transcurre entre los nacimientos. Además, el mayor acceso a la educación y al empleo de las mujeres influye en el descenso del número de hijas e hijos por mujer, asimismo, de la mortalidad infantil y en la niñez.

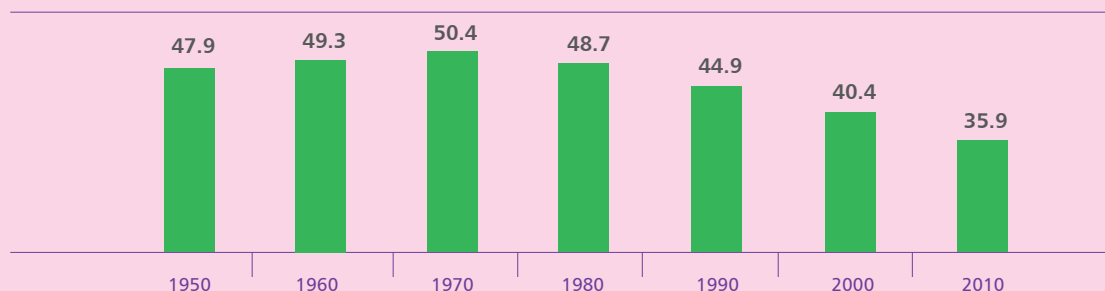
Al cambiar la composición por edades de la estructura poblacional del país, con una tasa de crecimiento cada vez menor, la pirámide de población se estrecha en su base y se amplía en su cúspide. Se estima que este proceso continúe en los años venideros, lo cual tendrá profundas consecuencias en la formación de un amplio espectro de demandas sociales. El

²² INEI. Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2007. Junio 2008.
²³ Ídem.

GRÁFICO 1

Perú: Evolución de la participación porcentual de la población menor de 18 años de edad en la estructura poblacional del país: 1950-2010

(% del total de población de cada 10 años)



Fuente: INEI. Estimaciones y proyección de población 1950-2050. Boletín especial N° 17. Elaboración propia.

cambio en la estructura por edad presenta beneficios tangibles al generar una ventana de oportunidad debido a la disminución de la razón de dependencia, es decir, a una relación cada vez más favorable entre la población de edades dependientes (niñas, niños, adolescentes y adultos mayores) y la población en edad de trabajar.

Se estima que la *ventana de oportunidad* permanecerá abierta durante las tres décadas siguientes, por lo que se deberá estimular un círculo virtuoso de empleo, ahorro e inversión que permita su desarrollo integral. Particular atención se deberá poner en la población de niñas, niños y adolescentes, pues su decrecimiento en términos absolutos y relativos se expresará en la disminución de la demanda de acceso a los servicios de salud y educación, entre otros, presentándose con ello la posibilidad que la sociedad se concentre en la mejora de la calidad de los servicios y en la atención de otros problemas prevalentes.

Pobreza en la niñez y adolescencia

En el país persisten brechas socioeconómicas basadas en el origen étnico, el género y el estrato social, por lo que existe una desigual distribución del ingreso. Según un estudio

realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL²⁴, el Perú está considerado como un país con *brechas severas de bienestar*.

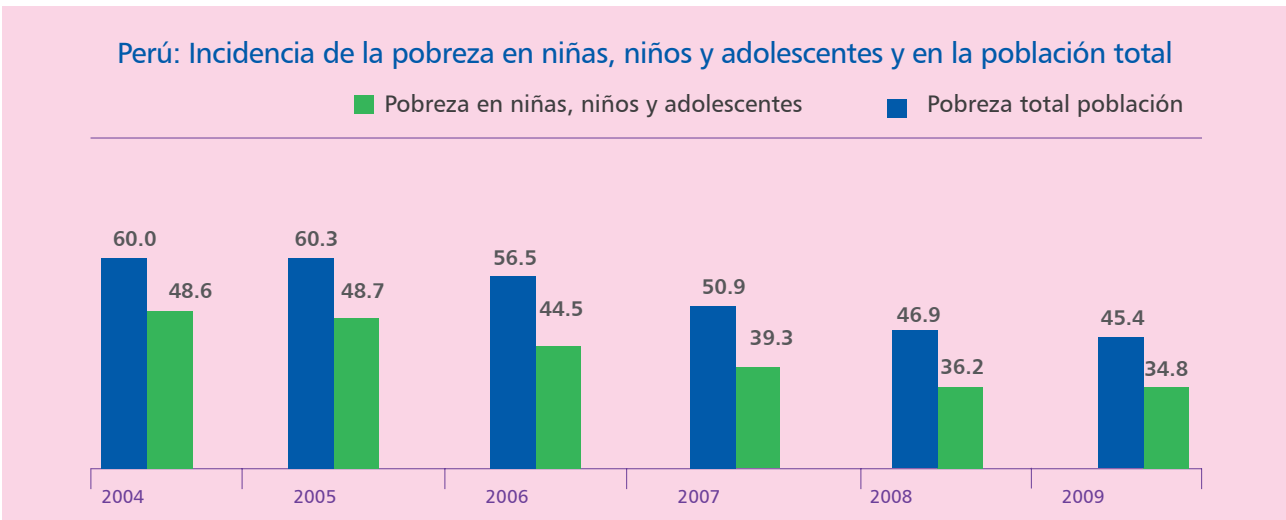
Esta desigualdad se expresa en la incidencia de la pobreza, caracterizada por el hambre, la ausencia de salud, las malas condiciones de vivienda, el ambiente social inadecuado, el analfabetismo, la falta de calificación y los ingresos bajos. Ser pobre significa también envejecer rápidamente, una mayor probabilidad de morir joven, trabajar duro con escasa remuneración y no ejercer influencia sobre el entorno político.

La pobreza afecta en mayor número a la niñez y adolescencia (45,4% de los 10 millones 572 mil niñas, niños y adolescentes) que significa 10,6 puntos porcentuales por encima del promedio de pobreza del país que fue de 34,8% (año 2009).

La situación es aún más crítica en los residentes del área rural donde la pobreza afectó al 68,5% de sus niñas, niños y adolescentes, es decir 2,3 veces la pobreza del área urbana (29,3%). En este ámbito geográfico una tercera parte de las niñas, niños y adolescentes son indigentes (pobres

24 CEPAL. "La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir". 2010.

GRÁFICO 2



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.
Elaboración propia.

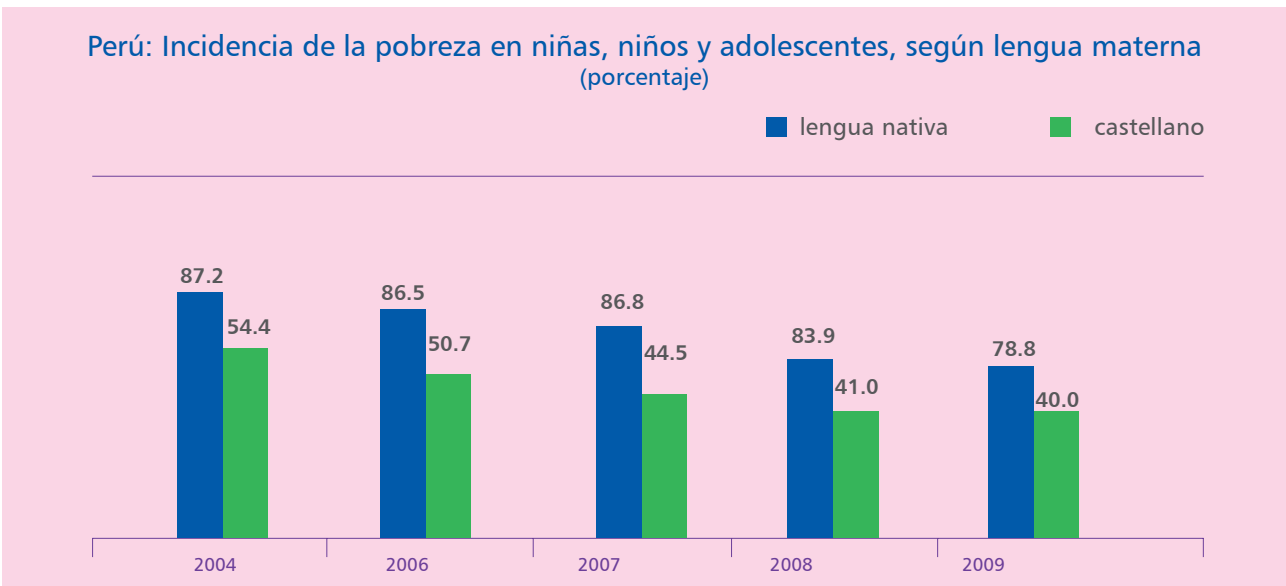
extremos), es decir, pertenecen a hogares cuyo gasto en consumo no cubre el costo de una canasta básica de alimentos.

Las niñas y niños que nacen en hogares pobres tienen restringidos sus derechos humanos, viven en la calle o si tienen familia se incorporan tempranamente al trabajo y carecen de educación, servicios de salud o una alimentación adecuada, incluyendo el

disfrute del juego, tan vital para su desarrollo. Se trata de un segmento poblacional muy vulnerable a los malos tratos y a la explotación. En el área rural se hace muy evidente la discriminación por género, pues a partir del nivel de secundaria el acceso de la educación de las adolescentes, en relación a los varones se hace más crítico.

La incidencia de la pobreza y de la pobreza

GRÁFICO 3



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2004-2009.
Elaboración propia.

extrema es aún mayor para la niñez que tiene como lengua materna una lengua nativa (quechua, aymara o una lengua de la Amazonía). La pobreza afectó al 78,8% de las niñas, niños y adolescentes que mencionaron tener como lengua materna una lengua nativa, mientras entre los que tienen como lengua materna, el castellano la pobreza incidió en el 40,0%.

Esta situación es peor si se reside en el área rural puesto que la incidencia de la pobreza es de 80,1% y de la extrema pobreza (47,8%) que en los residentes del área urbana (68,0% pobreza y 27,2% pobreza extrema).

Estas niñas, niños y adolescentes corren un mayor riesgo de ser excluidos de los avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio así como de no poder ejercer sus derechos, consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

Gasto social en la niñez y adolescencia

Con respecto a la ejecución del gasto total del gobierno central, así como con respecto al gasto social (ambos excluyendo a gobiernos locales), se observa que la ejecución de recursos públicos en acciones relacionadas al Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) muestran similares resultados respecto al año 2009 y al 2010. Así, en el año 2010, el gasto ejecutado en acciones orientadas al cumplimiento del PNAIA equivale al 15,8% respecto al presupuesto total y el 31,9% con respecto al gasto social total.

El *gasto público en educación* como porcentaje del gasto público total ha permanecido entre los años 2007 y 2009 en promedio alrededor del 14,5%. Mientras que el gasto público en educación como porcentaje del PBI en el año 2009 fue de 2,9% por alumna y alumno²⁵.

El Estado peruano viene haciendo un esfuerzo importante por incrementar el gasto público por alumna y alumno en la educación primaria. Entre los años 2001 y 2009, este gasto se incrementó de 550 nuevos soles a

1 488 nuevos soles, respectivamente. Este incremento, sin embargo, no se ha visto reflejado en una sustancial mejora de los indicadores de comunicación y matemática.

El esfuerzo más importante que ha realizado el Estado peruano para incrementar el gasto en la educación básica se ha producido en la educación secundaria. Este gasto tuvo un importante incremento entre los años 2004 y 2009, pasando de 1 036 nuevos soles en el año 2004 a 1 722 nuevos soles en el 2009 por alumna y alumno.

Defensorías del Niño y del Adolescente

Una de las estrategias que se vienen impulsando para este ejercicio de derechos, es la implementación de servicios especializados, tanto aquellos que tienen un alcance nacional como los que vienen funcionando a nivel local.

Entre estos últimos se tienen a las Defensorías del Niño y del Adolescente, incorporadas en la normatividad peruana a través del Código de los Niños y Adolescentes del año 1992, que se han consolidado como una estrategia para facilitar el ejercicio de derechos de niñas, niños y adolescentes, contribuyendo al desarrollo local. Estas Defensorías tienen como funciones principales la promoción, defensa y vigilancia del ejercicio de derechos de situaciones relacionadas con niñas, niños y adolescentes.

A marzo del año 2012, existen 2 200 Defensorías del Niño y del Adolescente en todo el país, ubicadas en 988 distritos, lo que las convierte en la red especializada en niñez y adolescencia más grande del país. Por otra parte, de las 195 provincias del país, se tiene que en 190 existe una Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNA provincial.

Esta cobertura permite que las Defensorías se conviertan en una gran fortaleza en cuanto a diseño e implementación de políticas públicas relacionadas con niñez y adolescencia, por lo que se las debe consolidar como el gran referente local para estas tareas.

Acceso a la identidad o documentación oficial

Todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una identidad oficial registrada. La Convención sobre los Derechos del Niño deja muy en claro en los artículos 7° y 8° que es una obligación de los gobiernos asegurar el respeto y la puesta en vigor de este derecho. Sin una inscripción oficial al nacer o sin documentos de identificación, las niñas y niños pueden quedar excluidos del acceso a los servicios fundamentales.

El "Programa de Acceso de la Población a la Identidad", creado en el año 2008, precisa que el 78% de niñas, niños y adolescentes cuenta con documento nacional de identidad (marzo 2011).

En referencia a los menores de un año de edad, el 43.6% tiene su DNI, pero el porcentaje baja aún más en departamentos como Amazonas (15.4%) y Loreto (18.9%).

Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales

En el país existen niñas, niños y adolescentes que no se encuentran viviendo con sus padres o familiares por diversas causas, entre las que se encuentran el abandono material y/o moral por parte de su núcleo familiar, la fuga del hogar, el extravío, la crisis económica familiar, entre otros.

El Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar - INABIF brindó atención integral en el año 2011, en sus Centros de Atención Residencial, en promedio mensual a 2,229 niñas, niños y adolescentes, que equivale a una atención acumulada de 3,985 niñas, niños y adolescentes.

La atención institucionalizada ha sido la tendencia del Estado frente a una situación compleja que priva de su familia biológica a niñas, niños y adolescentes, facilitando muchas veces que se terminen de romper los débiles lazos que aún los unían con su familia cuando estos existían. Así, modalidades de atención que deberían tener un carácter temporal (mientras se trabaja con la familia para facilitar la reinserción del menor de edad

o, cuando ésta no cuenta con las capacidades para recibirlo, promover la adopción o colocación familiar), terminan por brindar atención permanente, que por lo general no cubre las necesidades de atención individual que requieren.

La Unidad Gerencial de Investigación Tutelar, UGIT, del INABIF, asume la competencia en la vía administrativa de las investigaciones tutelares, a partir del 22 de marzo del año 2006; está encargada de llevar a cabo el procedimiento de Investigación Tutelar que es el conjunto de actos y diligencias, tramitados administrativamente, que están destinados a verificar el presunto estado de abandono en que se encuentra un niño y/o adolescente conforme a las causales previstas en el Artículo 248° del Código de los Niños y Adolescentes. La UGIT procede aplicando la medida de protección adecuada, procurando la reinserción familiar o, en caso de no haber padres biológicos, sino identificados familiares, se podrá aplicar la medida de protección provisional de colocación familiar, siempre y cuando esté acreditado el entroncamiento familiar. Como última opción, se aplicará la medida de protección de atención integral en un Hogar.

El MIMP reconoce que vivir en familia, es un derecho básico y fundamental para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, por lo que a través de la Secretaría Nacional de Adopciones - SNA, desarrolla el Programa Nacional de Adopciones, dirigido a brindar un hogar definitivo a cada niña, niño o adolescente susceptible de ser adoptado, respetando el interés superior de éstos, así como la selección rigurosa de las eventuales familias adoptantes.

La adopción constituye una medida de protección "permanente" que garantiza el derecho de la niña, niño o adolescente a crecer y desarrollarse con una familia, debiendo proceder únicamente después de que se hayan realizado todos los esfuerzos posibles y necesarios para que la niña o niño pueda ser reintegrada al seno de su familia biológica (nuclear o extensa), pues la adopción debe ser entendida como última medida que pueda aplicarse para poder restituir a una niña, niño

o adolescente, su derecho a vivir en familia; siendo por ello la adopción una institución social de protección, de orden público y de excepción.

Durante el año 2011 la SNA realizó la adopción de 204 niñas, niños y adolescentes distribuidos en los siguientes grupos de edades: de 0 a 11 meses de edad, 7 niñas y niños adoptadas/os; de 01 a 05 años de edad, 138 adoptadas/os; de 06 a 12 años de edad, 55 adoptadas/os; y de 13 a 17 años de edad, 4 adoptadas/os. De las 204 niñas, niños y adolescentes adoptados, 109 corresponde a hombres y 95 a mujeres. Es importante destacar que del total de adopciones, 51 de ellas corresponde a Adopciones Prioritarias del Programa “Ángeles que Esperan”, distribuidos en los siguientes grupos de referencia: niñas y niños con problemas de salud, 09 adoptadas/os; niñas y niños mayores de 09 años de edad, 05 adoptadas/s; Adolescentes, 02 adoptadas/os; niñas y niños con necesidades especiales, 05 adoptadas/os; y grupo de hermanos, 30 adoptadas/os.

Cabe señalar que a diciembre del año 2011, se encuentran registrados 470 niñas, niños y adolescentes del Registro de Adopciones Prioritarias “Ángeles que Esperan” a nivel nacional, respecto de los cuales en los siguientes años, se desarrollarán mayores esfuerzos por restituirles su derecho a vivir en familia a través de la adopción.

Otro mecanismo para lograr que las niñas, niños y adolescentes retornen a sus familias de origen y tengan condiciones suficientes para su desarrollo integral, es el trabajo de reinserción familiar que se realiza en los Centros de Atención Residencial del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar – INABIF y el y el Puericultorio Pérez Aranibar de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana.

Violencia familiar y sexual contra niñas, niños y adolescentes

La violencia en contra de niñas, niños y adolescentes se presenta en la familia, la escuela, el barrio, entre otros. Pero es la violencia que se desarrolla en el seno de la familia la más extendida, grave y frecuente

ya que se realiza de manera más continua, y genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan su normal desarrollo. La violencia familiar, además, es la que da el marco y “justifica” la violencia que se realiza en los otros ámbitos de desarrollo y desenvolvimiento de las niñas, niños y adolescente.

La violencia familiar que se ejerce contra sus miembros más vulnerables tiene todavía un alto nivel de aceptación en los adultos en tanto es vista como una forma válida y efectiva para educar y corregir. Por otra parte, estas conductas violentas, al ser realizadas por personas que las víctimas reconocen como sus familiares más cercanos, protectores y objeto de su cariño, llevan a las niñas, niños y adolescentes maltratados a aceptar y justificar el castigo, sintiéndose muchas veces culpables de que estas conductas ocurran.

Cabe señalar que otra variable relacionada con la violencia familiar es aquella relacionada con situaciones de violencia basadas en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, desigualdad que coloca en situación de desventaja a las mujeres, lo cual determina que una significativa mayoría de las víctimas sean mujeres. La violencia de género se manifiesta en todas las etapas del ciclo vital de las mujeres y en algunas etapas del ciclo vital de los hombres, especialmente en la niñez y adolescencia. Particular atención merecen las niñas, que además son objeto de imposición de trabajo doméstico, maltratadas cuando no cuidaron “adecuadamente” a los hermanos y hermanas menores y además víctimas de abuso sexual intrafamiliar.

En la actualidad no se tiene precisión sobre la dimensión cuantitativa y cualitativa de la violencia familiar en contra de niñas y niños que sustente la definición de Políticas y Programas Públicos de Atención. La información disponible proviene de aquellas denuncias realizadas en diversas instituciones públicas, como la Policía Nacional del Perú, la Fiscalía, los Centros de Emergencia Mujer –CEM- o en la diversidad de Defensorías del Niño y del Adolescente existentes, siendo ésta una información parcial del universo de la violencia contra niñas, niños y adolescentes.

Aún se mantiene en la oscuridad la historia de violencia familiar de todas aquellas personas menores de 17 años de edad que no han encontrado el apoyo ni las vías adecuadas para enfrentar la violencia que sufren día a día, y que se estima son una inmensa mayoría.

Las Direcciones territoriales de la Policía Nacional del Perú reportan a nivel nacional el registro de 95 219 casos por violencia familiar entre enero a diciembre de 2010. De este grupo el 9.36% (8,919) fueron víctimas menores de edad, correspondiendo el 70.55% (6,293) al sexo femenino y el 29.44% (2,626) al sexo masculino. En ambos sexos, el grupo etáreo de mayor incidencia es el de 11-17 años de edad.

Los 148 CEM a nivel nacional, reportaron para el año 2011 haber atendido 11,212 casos de niñas, niños y adolescentes afectados por violencia familiar y sexual.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2010, preguntó a las mujeres entrevistadas con hijas e hijos en el hogar sobre la forma de castigo o reprimenda que ejerce el esposo o compañero o ella misma a sus hijas e hijos. La forma de castigo más frecuente que utilizó el padre biológico para reprender o castigar a sus hijas e hijos fue la "reprimenda verbal" (78,3%), también mencionaron otras formas como, "con golpes o castigos físicos" (32,2%) y "prohibiendo algo que les gusta" (27,9%). Comparando con el año 2000, se ha reducido significativamente las dos primeras formas, 7,5 puntos porcentuales en "reprimenda verbal" y 8,0 puntos porcentuales en "con golpes o castigos físicos", sin embargo, ha habido un aumento en 6,1 puntos porcentuales en "prohibir algo que les gusta".

Entre las formas de castigo que utilizó la madre biológica, para castigar o reprender a sus hijas e hijos, la reprimenda verbal tuvo mayor incidencia (76,5%); asimismo, se mencionaron "prohibiendo algo que les guste" (37,7%), "con golpes" (36,1%) y palmadas (12,2%). Respecto al año 2000, el castigo de palmadas se ha reducido de 22,5% a 12,2%; las otras formas como reprimenda verbal y golpes disminuyeron en 8,5 y 4,7 puntos

porcentuales, respectivamente; mientras que el castigo basado en prohibir algo que les gusta aumentó 9,6 puntos porcentuales.

El 24,4% de las mujeres entrevistadas tuvo la creencia que para educar a sus hijas e hijos es necesario el castigo físico, reduciéndose en 9,0 puntos porcentuales respecto al año 2000.

Por otra parte, las mismas ENDES recogen información sobre violencia contra las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, Según la ENDES 2010, se tiene que el 22,8% de mujeres alguna vez unidas entre 15 y 19 años de edad manifestó haber sufrido violencia física o sexual por parte de su esposo o compañero; mientras que un 14,9% por parte de otra persona. El 10,9% manifestó haber recibido expresiones humillantes, el 10,9% amenazas con irse de casa, quitarle los hijos o ayuda económica, y el 6,4% amenaza con hacerle daño.

Los sistemas de atención de violencia familiar existentes generalmente no cuentan con programas para su detección temprana, es decir, en el inicio de la espiral de violencia, lo que permitiría prevenirla y atenderla de inmediato y así evitar que su avance produzca estragos irreparables en niñas, niños, adolescentes y adultos.

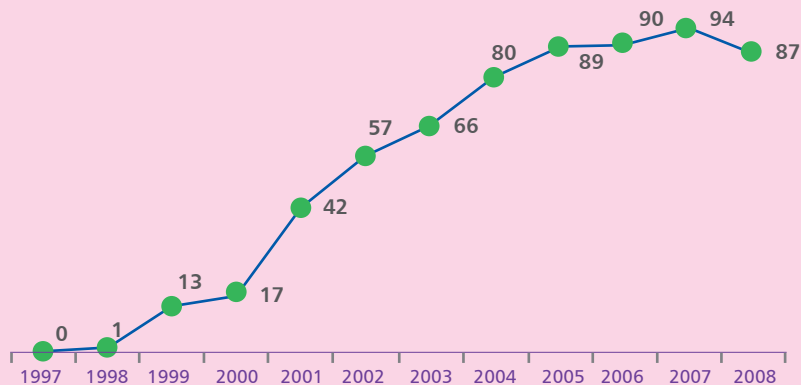
Estadísticas del Ministerio Público²⁶, revelan que en el año 2010, 49 niñas, niños y adolescentes han muerto a manos de un familiar, es decir, en promedio, cada mes 4 menores de edad son asesinados dentro de sus hogares.

La asignación de los recursos del Estado a la atención de las consecuencias de la violencia, es importante, pero parcial e insuficiente. La prevención y la atención temprana son un imperativo de urgencia por el daño causado y por su prolongación a los otros espacios de socialización infantil, ya que las familias al "naturalizar" la violencia familiar en contra de niñas, niños y adolescentes, sientan las bases para su ejercicio fuera de la familia y para que las propias víctimas la ejerzan en contra de sus propios pares.

²⁶ Registro de Homicidios del Ministerio Público.

GRÁFICO 4

Tendencia de la Tuberculosis MDR en menores de 18 años de edad.



Fuente: Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019.

Tuberculosis en niñas, niños y adolescentes

Es relevante resaltar que a pesar de ser la tuberculosis una de las principales causas de mortalidad en adolescentes, sobre todo en las adolescentes del sexo femenino, esta enfermedad no figura como principal causa de morbilidad, pudiendo asociarse a los siguientes factores:

- a) Muchas de las y los adolescentes no acuden a tiempo a los servicios de salud;
- b) Las y los adolescentes no están siendo bien diagnosticados;
- c) Presentan casos atípicos;
- d) Los casos de morbilidad por TBC son pocos, no obstante, estos pueden ser TBC resistentes.

Niñas, niños y adolescentes y las situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad)

El Perú es uno de los países en América Latina que dispone de una Ley específica contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes, Ley N° 28950.

En concordancia con los Lineamientos del Convenio de Palermo²⁷, la ley tipifica la trata de personas en el artículo 153 del Código Penal²⁸,

27 El Perú es parte de la Convención de Palermo de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, vigente desde el 29 de diciembre del año 2003. El 25 de diciembre del mismo año adhirió al Protocolo Adicional para prevenir y sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres, niñas y niños.

28 La Ley N° 28950 en su artículo 1º, modifica los artículos 153 y 153-A del Capítulo I, Violación de la Libertad Personal del Título IV, Delitos contra la Libertad, del Libro Segundo del Código Penal en lo referido a la definición de trata de personas y señalar las formas agravadas de la trata de personas.

definiéndola como la acción de favorecer, financiar o facilitar la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención, en el territorio de la República o para su salida o entrada del país, recurriendo a: la violencia, la amenaza u otras formas de coacción, la privación de libertad, el fraude, el engaño, el abuso del poder o de una situación de vulnerabilidad, o la concesión o recepción de pagos o beneficios, con fines de explotación, venta de niñas y niños, para la explotación sexual, someterlo a esclavitud sexual u otras formas de abuso sexual, obligarlo a mendigar, a realizar trabajos o servicios forzados, a la servidumbre, la esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud u otras formas de explotación laboral o extracción, o tráfico de órganos o tejidos humanos.

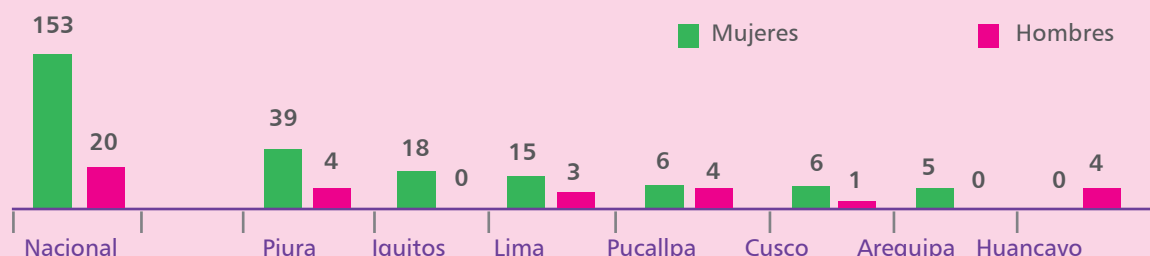
Agrega además que la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de una niña, niño o adolescente con fines de explotación es considerada trata de personas, incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios señalados en el párrafo anterior.

Dada la gravedad de estos delitos, se hace necesario establecer políticas públicas orientadas a luchar contra este flagelo desde una perspectiva sistémica.

En la actualidad no se cuenta con información que permita dimensionar la gravedad de este problema, por lo que se hace necesario

GRÁFICO 5

Número de casos registrados de Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de trata de personas por Direcciones Territoriales PNP 2011



Fuente: RETA.- Registro y Estadística del Delito de Trata de Personas y Afines - PNP2011.

realizar investigaciones especiales para conocer su profundidad y trazar así la línea de base respectiva para el presente Plan. Sin embargo, el Gráfico 5 presenta algunos registros tomados del Sistema RETA 2011 de la Policía Nacional del Perú.

Niñas, niños y adolescentes con discapacidad

En la actualidad no se cuenta con estudios a nivel nacional que brinden información confiable y segura sobre la población de niñas, niños y adolescentes con alguna discapacidad.

El estudio más reciente se llevó a cabo en el año 2005 y fue publicado al año siguiente. Se realizó únicamente en el ámbito de Lima Metropolitana y estuvo a cargo del INEI en convenio con el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.

Según el estudio de la referencia, en Lima Metropolitana residía una población con alguna discapacidad que alcanzaba a 457 550 habitantes; de dicha población, 63 831 eran niñas y niños de 0 a 14 años de edad, y 62 228 adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad. Es decir, del total de personas con discapacidad, el 13,95% eran menores de 15 años de edad y el 13,60% eran adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad.

Del total de niñas y niños con alguna

discapacidad que contaban con menos de 15 años de edad, el 49,0% tenían una discapacidad de origen congénito, el 9% por enfermedad y el 8,0% por accidente común. De ellos, el 24,0% accedía a algún tipo de terapia o rehabilitación, en tanto solo el 9% de la población de 15 a 29 años de edad con alguna discapacidad lo hacía.

Participación de niñas, niños y adolescentes

La participación es un derecho y un proceso que les permite a las niñas, niños y adolescentes ser actores de su desarrollo personal y social. Ello implica el ejercicio del derecho a ser informado, emitir opinión, ser escuchado, organizarse e incidir en las decisiones que se toman en temas que le involucran o interesan, teniendo en cuenta siempre los principios de no discriminación, la autodeterminación progresiva y el interés superior del niño.

La participación de niñas, niños y adolescentes es reconocida como un derecho a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño y recogida en diversas normas nacionales que la garantizan.

En el país existen experiencias de participación de niñas, niños y adolescentes en diferentes ámbitos de la sociedad. Entre estas experiencias destacan los Consejos Consultivos de la Dirección de Niñas, Niños y

Adolescentes del MIMP, del Gobierno Regional de Amazonas, de la Defensoría del Pueblo, con la denominación de Comité Asesor de la Adjuntía para la Niñez y Adolescencia, así como de la Municipalidad de Ventanilla, en Lima. También las Defensorías Escolares y los Municipios Escolares y las organizaciones de niñas, niños y adolescentes trabajadores. Cabe destacar igualmente la participación en los presupuestos participativos de las municipalidades provinciales y distritales.

Por otra parte, es poco lo que se conoce sobre la inscripción de las organizaciones de niñas y niños y adolescentes en las municipalidades. Estas raramente se preocupan de la inscripción y menos aún de promover su organización. La inscripción municipal sería un indicador potente de la participación, en tanto el reconocimiento municipal de la organización es un elemento clave para potenciar la participación en las diversas instancias en las que se diseñan y ejecutan políticas públicas y programas relacionados con la infancia y la adolescencia. Por ello se sugiere realizar las acciones necesarias para su implementación, en coordinación con la Asociación de Municipalidades del Perú.

Un mecanismo de participación de niñas, niños y adolescentes en las escuelas, es a través de su incorporación al Consejo Educativo Institucional – CONEI²⁹ que es un órgano de participación, concertación y vigilancia ciudadana de la Institución Educativa pública que colabora con la promoción y el ejercicio de una gestión eficaz, transparente, ética y democrática para promover el respeto a los principios de equidad, inclusión e interculturalidad.

Las funciones del CONEI en la Institución Educativa están orientadas a: participar en la formulación y evaluación del Proyecto Educativo Institucional; vigilar el acceso, matrícula oportuna y asistencia de los estudiantes; cautelar el cumplimiento de los derechos y principios de universalidad, gratuidad, equidad y calidad; vigilar el adecuado destino de los recursos; colaborar

con el Director en garantizar el cumplimiento de las horas efectivas de aprendizaje, el número de semanas lectivas y la jornada del personal docente para alcanzar el tiempo de aprendizaje requerido; entre otras.

La presencia de las alumnas y alumnos en este Consejo es importante porque les permite participar en la gestión de las Instituciones Educativas, participación que se encuentra institucionalizada y contempla mecanismos de elección democrática de los representantes de las alumnas y alumnos.

Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia

El país se encuentra ubicado en una zona donde los desastres naturales son parte de la vida cotidiana. Son recurrentes los fenómenos como los movimientos sísmicos a lo largo del país, friaje en el sur y en la selva, lluvias torrenciales en la sierra y selva, y en la costa cuando se presenta el fenómeno del Niño. Pero también se presentan desastres producidos por actos humanos, como son los incendios y la contaminación química, entre otros.

Esta realidad afecta a toda la población del área de influencia del fenómeno que se trate, pero, por lo general los más vulnerables son las niñas, niños y adolescentes, debido al estado de desarrollo inicial en el que se encuentran.

Para las niñas, niños y adolescentes, las emergencias involucran cambios en sus vidas y una merma en sus posibilidades de desarrollo dada la rapidez y condiciones de afectación. En ellas existen situaciones de riesgo que pueden afectar directamente a las niñas, niños y adolescentes, como son: i) Incremento de enfermedades debido a la insuficiencia de abrigo, alimentación, refugio, acceso a agua segura, entre otros factores; ii) Efectos psicológicos; iii) Separación de sus familias; iv) Violencia física y psicológica y abuso sexual; v) Pérdida de espacios educativos.

Frente a ello, se requiere contar con información más precisa sobre las personas

afectadas, en particular niñas, niños y adolescentes, a fin de facilitar el diseño de políticas públicas y programas para priorizar su atención inmediata en los contextos de emergencia. Ello permitiría minimizar el impacto de los desastres mediante la preparación de las instituciones y sus operadores, la generación de capacidades en las niñas, niños y adolescentes y la formulación de mecanismos de prevención.

Niñas, niños y adolescentes y los conflictos internos

A pesar que el país no se encuentra en situación de conflicto armado, es importante abordar esta problemática en la medida en que subsisten grupos terroristas que tienen como práctica el secuestro de menores de edad para sus fines delictivos; así como todavía subsiste el enrolamiento de menores de edad en las Fuerzas Armadas, a pesar de tratarse de una práctica prohibida por ley.

Con respecto al enrolamiento, se han realizado acciones para su erradicación, entre las que se encuentran la eliminación del Servicio Militar Obligatorio y su secuela de "levas", así como la exigencia de presentar el DNI para el enrolamiento voluntario. Sin embargo, se debe hacer el mayor esfuerzo para que esta práctica desaparezca por completo.

Cabe mencionar, que el Perú se ha adherido al Protocolo sobre participación de los niños en conflictos armados, lo cual indica la voluntad política de erradicar esta práctica en el país.

2.2 Primera Infancia: de 0 a 5 años de edad

Indicadores de embarazo y nacimiento

- Atención prenatal.
- Prematuridad.
- Mortalidad neonatal.
- Bajo peso al nacer.
- Mortalidad materna.
- Parto institucional.
- Anemia en mujeres en edad fértil.
- Violencia física contra mujeres embarazadas.
- Mujeres en edad fértil y acceso al seguro de salud.

Indicadores de salud y nutrición

- Mortalidad infantil.
- Mortalidad en la niñez.
- Inmunizaciones.
- Desnutrición crónica.
- Lactancia materna exclusiva.
- Anemia en menores de 3 años de edad.
- Enfermedad diarreica aguda EDA.
- Infección respiratoria aguda (IRA).
- Acceso a agua tratada.
- Control de crecimiento y desarrollo de niñas y niños sanos.

Indicadores de educación

- Educación inicial 0 a 2 años de edad.
- El cuidado diurno.
- Tasa neta de matrícula en educación inicial de 3 a 5 años de edad.

Los primeros cinco años de vida construyen las bases físicas, emocionales y sociales requeridas para el pleno ejercicio de nuestros derechos. En esta etapa, la familia cumple un rol fundamental brindando protección, atención, estímulo y afecto, de modo que si en esta etapa, las niñas y niños reciben "... buena alimentación y atención, tienen más probabilidades de sobrevivir, de crecer en buen estado de salud, de sufrir menos enfermedades y de adquirir aptitudes y conocimientos relacionados con el pensamiento, el lenguaje, las emociones y las relaciones sociales"³⁰.

Es una etapa fundamental del ciclo vital del desarrollo humano si se tiene en cuenta que es durante este periodo cuando se crean las bases para el desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades que permiten a las niñas y niños asumirse como personas, sujetos de derechos y reconocerse como seres sociales, por lo que es irremplazable, irrenunciable e impostergable su atención oportuna, porque si no serán oportunidades perdidas con consecuencias para su desarrollo actual y futuro.

Esta sección presenta información organizada en tres partes: indicadores de embarazo y nacimiento, indicadores de salud y nutrición e indicadores de identidad y educación.

³⁰ UNICEF: Primera infancia. Introducción. Tomado de: http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_bigpicture.html.

Indicadores de embarazo y nacimiento

Atención prenatal

Uno de los factores asociados a la reducción de la mortalidad materna es el control médico durante el embarazo, práctica sumamente importante para la salud de la madre, de la hija y el hijo. Los controles prenatales son aquellas visitas programadas que se realizan con el fin de vigilar la evolución del embarazo y el desarrollo de la niña y el niño, e inclusive de lograr una adecuada preparación para el parto.

En el año 1998, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encontró que el 50,0% de las muertes maternas podría prevenirse si las madres gestantes tuviesen acceso a la atención prenatal asistida por profesionales de la salud.

En el país, la cobertura de control prenatal por proveedor de salud calificado se ha incrementado, llegando en el año 2010 al 94,7% de los embarazos. Sin embargo, por área de residencia y por quintiles de riqueza se observan rezagos. Mientras en el área urbana el 98,1% de las embarazadas tuvo control prenatal, en el área rural sólo el 87,9% lo tuvo. Entre las mujeres embarazadas del primer quintil (20,0% más pobre), el 83,7% recibieron atención prenatal, mientras que las gestantes del quintil más alto llegan al 99,9%. En Lima Metropolitana y en los 2 quintiles superiores de riqueza, la atención prenatal es casi universal. Está por encima del 90% en todas las regiones naturales excepto en la selva y en todos los quintiles de ingreso excepto el más bajo (en ambos casos se encuentra en 83,0%; notoriamente más abajo que el resto). A nivel regional, es particularmente bajo en Loreto (74,8%, más de 4 puntos menos que Amazonas, el siguiente más bajo en la escala con 79,7%).

Una mujer embarazada debe controlar con frecuencia su embarazo. La frecuencia del control de embarazo está ligada también a la calidad del servicio; las gestantes pobres son las que reciben servicios inadecuados. Por ello, la diferencia de ingresos suma factores de riesgo para la salud y la mortalidad

prematura. En el Perú, el 83,5%³¹ de las gestantes, recibieron al menos 6 controles prenatales; en la costa, incluida Lima Metropolitana el 88,4% en la sierra (81,7%) y en la selva (71,9%); estas dos últimas cifras, sin embargo, aproximadamente duplican las del año 2000. Los departamentos con el porcentaje más alto son Moquegua (93.4%) y Lima (91,1%); mientras que los más bajos son Loreto (65.5%) y Ucayali (67.1%).

Prematuridad

Definida como el nacimiento de la niña o niño antes de las 37 semanas de gestación, es un factor de riesgo que incrementa la Mortalidad Neonatal y la Desnutrición Crónica Infantil. Este problema se acentúa como consecuencia de infecciones del tracto urinario y enfermedades de transmisión sexual presentes en las madres, que de ser detectadas con exámenes de laboratorio básicos durante el primer trimestre de gestación pueden ser tratados oportunamente. Con ello se podría reducir las complicaciones neonatales, cuya resolución es de alto costo y el manejo inadecuado de éstas acentúa los problemas en el desarrollo futuro de la niña y el niño.

La proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación ha variado de 14,7% en el año 2007 a 15,8% en el año 2011, de acuerdo a lo señalado en el documento elaborado por el INEI.

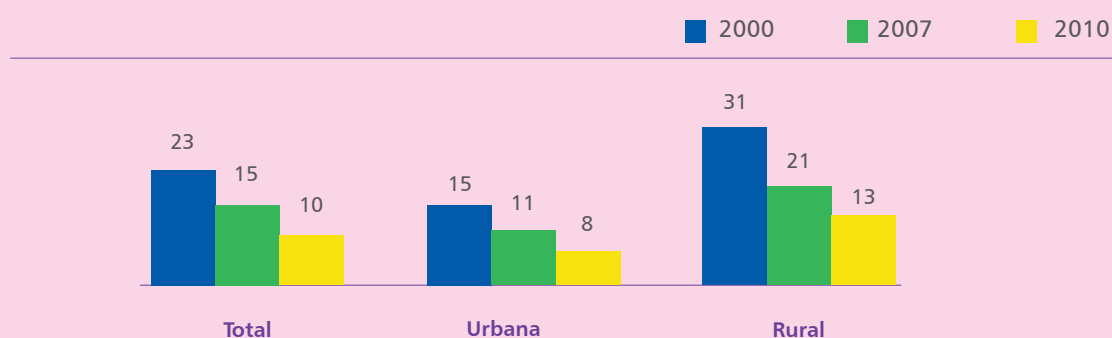
Mortalidad neonatal

Los índices de mortalidad son elevados durante las cuatro primeras semanas de vida, por ello los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** contienen la meta de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años de edad y la de disminuir los fallecimientos maternos en un 75,0%.

Los estudios realizados destacan que las tres cuartas partes de los fallecimientos se producen durante los primeros siete días de vida, y sobre todo, en las horas posteriores al alumbramiento.

31 INEI. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2011 - ENDES Continua.

GRÁFICO 6

Tasa de Mortalidad Neonatal en el Perú
(10 años anteriores a la encuesta)

Fuente: INEI. ENDES 2000, 2007, 2010.
Elaboración propia.

La mortalidad neonatal se ha reducido en los últimos 15 años tanto en las áreas urbanas como rurales. Según resultados de la ENDES del 2011, en el país se producen 10 muertes por 1000 nacidos vivos, antes de cumplir las cuatro semanas de vida, alcanzando 13 en el área rural. Las infecciones severas, el nacimiento prematuro, la asfixia, los accidentes y otras causas externas son las causas principales. El bajo peso del bebé, las complicaciones del parto y la pobreza son otros factores estrechamente ligados.

Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer, definido como el peso inferior a los 2,5 kilos en el momento del nacimiento, es un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de morir en los primeros años de vida. Quienes sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente múltiples enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir mal nutridos y a alcanzar menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades de orden cognitivo. El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no solo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento,

salud a largo plazo y desarrollo psico-social del recién nacido³².

La proporción de niñas y niños con bajo peso al nacer ha pasado de 8.5% a 7.1% entre los años 2000 y 2011. Este empeoramiento refleja la baja seguridad alimenticia de las familias peruanas y el escaso acceso a una nutrición apropiada por parte de las mujeres gestantes. Los resultados por ámbitos en el año 2011 expresan una menor incidencia en el ámbito urbano y un incremento en el área de residencia rural. La incidencia de nacidos vivos en los últimos 5 años que registraron un peso inferior al normal es claramente mayor en la sierra, y en el quintil de menores ingresos. Los departamentos que registraron los mayores niveles de bajo peso al nacer fueron Loreto (12,1%), Apurímac (11,4%) y Cajamarca (10,3%), y los departamentos con mejores resultados fueron Tacna (2,5%) y Moquegua (4,8%).

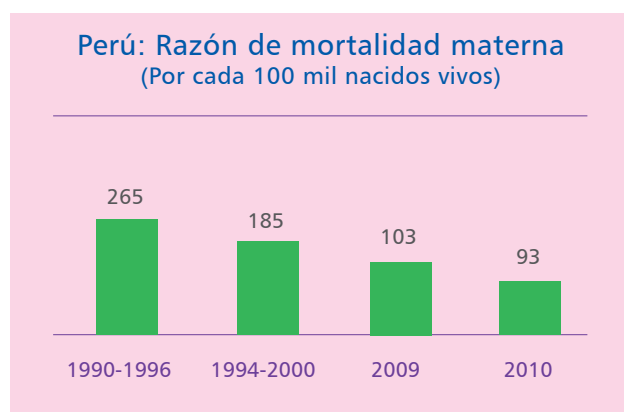
Mortalidad materna

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela una de las grandes inequidades en las condiciones de vida de las mujeres y de sus hijas e hijos.

³² http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf.

La evolución de la mortalidad materna es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su acceso a los servicios de salud y la calidad de atención que reciben. Ello incluye el acceso a métodos anticonceptivos que previenen daños de salud y defunciones totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.

GRÁFICO 7



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 1996, 2000, 2009 y 2010.
Elaboración propia.

Según información del año 2010 obtenida de la ENDES, la razón de mortalidad materna fue de 93 muertes por cien mil nacidos vivos, es decir, se registró un progreso importante respecto a lo observado en décadas anteriores.

Parto institucional

Uno de los factores asociados a la reducción de la mortalidad materna es este indicador que contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Durante el año 2011, la cobertura de parto institucional³³ a nivel nacional fue de 83,8%, registrando un incremento de más de 26.2 puntos porcentuales con respecto al año 2000, en el que la cobertura alcanzó 57.6%. Este logro es muy significativo porque refleja un acercamiento entre el servicio de salud y las madres gestantes.

En el área rural el año 2011, alcanzó 62.5%,

³³ Fuente: INEI-Ppr-ENDES 2011.

habiéndose incrementado en 39 puntos porcentuales con respecto al año 2000 (23.4%). No obstante, existe una brecha a cubrir en la cobertura de atención del parto institucional entre los ámbitos urbano y rural.

Una estrategia que ha contribuido a la mejora de este indicador, es el de la institucionalización de las casas de espera y parto vertical en establecimientos de salud. Se trata de experiencias exitosas que han incidido en el aumento del parto institucional en el área rural, disminuyendo el riesgo de vida de la madre y el recién nacido, especialmente en aquellas zonas de difícil acceso a los servicios de salud, sin dejar de respetar las peculiaridades culturales de las comunidades.

Anemia en mujeres en edad fértil

En el año 2010, el 21,5% de las mujeres en edad fértil padecía de algún grado de anemia, proporción que es 4,7 puntos porcentuales menos a lo observado en el año 2007/2008. La anemia es una condición caracterizada por la disminución de la concentración de hemoglobina (o insuficiencia de glóbulos rojos) en la sangre.

La incidencia de anemia en mujeres en edad fértil no parece guardar ninguna correlación con el ámbito geográfico (aunque es levemente mayor en la sierra y en Lima Metropolitana) ni con la riqueza³⁴. Los departamentos donde es más frecuente son Puno, Huancavelica y Ucayali, y las menos afectadas Ayacucho y Lambayeque.

Violencia física contra mujeres embarazadas

Una de las más claras manifestaciones de abuso de poder y atentado contra los derechos humanos se observa al interior del hogar, a través de la violencia familiar ejercida contra la mujer, siendo el antecedente inmediato de la violencia contra niñas, niños y adolescentes.

Información recogida por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2009, refiere que una de cada 10 mujeres en el Perú ha sido físicamente maltratada durante el embarazo. Este tipo de violencia se

³⁴ Fuente: INEI- ENDES 2010.

presenta de manera transversal en los diversos ámbitos geográficos del país, ya que no hay una diferencia significativa entre las áreas rural y urbana, ni tampoco entre regiones naturales, aunque la selva y sierra, en ese orden, registran una incidencia algo mayor. Los departamentos con mayor proporción de violencia son Apurímac, Cusco, San Martín y Ayacucho.

Los tipos de violencia vividos, con mayor frecuencia, por las madres de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad resultan ser la violencia física menos severa (36,0%)³⁵ y la violencia emocional (30,0%)³⁶.

Mujeres en edad fértil y acceso al seguro de salud

La cobertura de seguro de salud para mujeres en edad fértil es en el 2010 de 57,0% y es mayor en selva (42,0%) y sierra (37,0%) que en Lima (31,0%), lo que indica que existe un importante acercamiento del sector salud a la población más pobre, lo cual explica en parte los avances en muchos indicadores de salud de la población.

Así, el incremento en la vacunación contra el tétano por parte de mujeres en edad fértil que alcanzó el 83,2% en el año 2010, siendo una

³⁵ La violencia "menos severa" es aquella en la que el agresor imprime violencia que no pone en peligro inminente la vida de la víctima.

³⁶ Su pareja actual o última: i) le hizo cosas delante de los demás para humillarla, ii) la amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano a ella, iii) la amenazó con irse de la casa, quitarle a sus hijos o la ayuda económica.

proporción casi similar con el promedio en el área rural (80,4%); por quintil de riqueza, los quintiles inferior y superior tienen valores similares (80,9% y 79,4% respectivamente). El departamento con el valor más bajo de cobertura fue Puno con un 68,5%, mientras que Tumbes con 95,9% tuvo el valor más alto³⁷.

Indicadores de salud y nutrición

Mortalidad infantil

La reducción de la tasa de mortalidad infantil se relaciona con una mayor inversión en los servicios sociales básicos, educación a los padres y mejora del estado nutricional, sobre todo de los más pobres.

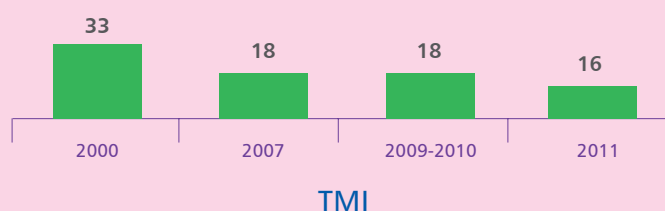
Según la ENDES 2011, de cada 1000 nacidos vivos en el país, fallecían 16 antes de cumplir el año de vida. Si bien esta cifra se ha reducido significativamente a lo largo de la década, se registran diferencias significativas por área de residencia y por regiones. Las enfermedades que se asocian comúnmente con la mortalidad infantil son la diarrea, la neumonía, la desnutrición y las enfermedades prevenibles por vacunación.

Los promedios nacionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades entre las áreas urbana y rural. En efecto, para el año 2010, la ENDES informa que mientras en

³⁷ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2010.

GRÁFICO 8

Perú: Tasa de mortalidad infantil (Por cada 1000 nacidos vivos)
(Cinco años anteriores a la encuesta)



Fuente: INEI. ENDES 2000, 2007, 2009- 2010, 2011.
Elaboración propia.

el área urbana, la tasa de mortalidad infantil fue de 14 por cada 1000 nacidos vivos, en el área rural fue de 22.

Los departamentos de Puno y Loreto presentan las tasas más altas de mortalidad infantil. En Loreto mueren, antes de cumplir un año de edad, 43 niñas o niños de cada 1 000 nacidos vivos. Le sigue Puno con 40 defunciones, mientras que Lima, con 11, presenta la tasa más baja de mortalidad infantil.

Mortalidad en la niñez

La salud en la niñez es el punto de partida para la acumulación del capital humano de las personas, pues incrementa los ingresos a futuro y mejora el bienestar en los hogares.

La tasa de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años de edad, indicador más conocido como mortalidad en la niñez, estimada en base a los resultados de la ENDES Continua del año 2010, es de 23 muertes de niñas y niños menores de 5 años de edad por cada 1,000 nacidos vivos.

Aunque en el país se ha logrado disminuir marcadamente la mortalidad infantil y la de niñez, los factores territoriales siguen pesando en los ámbitos geográficos más urbanizados, que por lo general, han alcanzado un mayor desarrollo socioeconómico; se controlan mejor los principales factores determinantes de la salud de las niñas y niños, como la escolaridad de la madre, la cobertura sanitaria

y el acceso a servicios de infraestructura básica.

Inmunizaciones

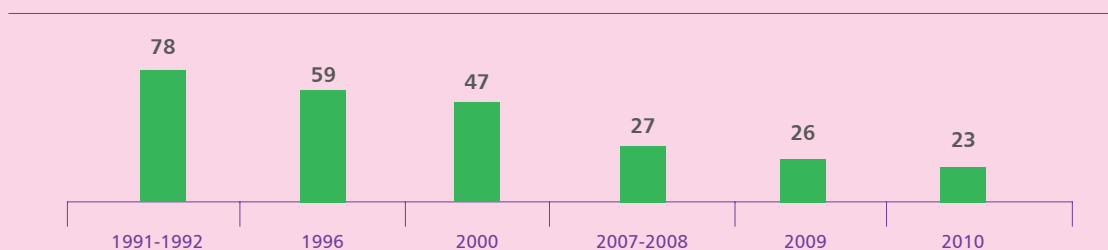
La inmunización ha dado resultados en la protección de las niñas y niños contra las enfermedades. La posibilidad de que las niñas y los niños se enfermen gravemente y mueran depende en gran medida de la capacidad de su sistema inmunológico para luchar contra las infecciones. Varios agentes patógenos, como bacterias y virus, son los responsables de las principales enfermedades infantiles. Ellos causan enfermedades como el tétanos, la difteria, la tos ferina, la tuberculosis, la polio y el paludismo.

Con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Perú ha logrado erradicar la viruela y la poliomielitis, eliminar el tétano neonatal como problema de salud pública, y controlar otras enfermedades inmuno-prevenibles (tos ferina, difteria, tuberculosis en sus formas graves), y se espera la pronta erradicación del sarampión.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES- que ejecuta el INEI, se indaga sobre la historia de vacunación para niñas y niños menores de 5 años de edad, así como sobre vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país como son la tuberculosis (BGC), difteria, pertusis o tos ferina y tétano (DPT), polio y sarampión. La

GRÁFICO 9

Perú: Tasa de mortalidad en la niñez 1991-2010
(Por cada 1000 niñas/os nacidos vivos)
(Estimaciones realizadas para cinco años anteriores a la encuesta)



información se captura de los datos obtenidos de la tarjeta de vacunación que muestra la madre, y aquella proporcionada por la madre cuando no disponía de la tarjeta.

En el año 2011, los resultados de la ENDES revelan que el 78,3% de las niñas y niños menores de 12 meses tuvo las vacunas básicas completas para su edad. La cobertura de las inmunizaciones completas es más elevada en la costa (79,7%), incluyendo Lima Metropolitana, en tanto en la selva la cobertura alcanza el 70,6%, siendo 9,1 puntos porcentuales menos que la cobertura del resto de la costa.

Al analizar las vacunas de acuerdo a la condición socioeconómica de los hogares de las niñas y niños menores de 12 meses, se constata que la vacunación es mucho más alta en el cuarto quintil (85,2%) que en el quintil inferior (69,0%), con una diferencia de 16,2 puntos porcentuales.

Se observan brechas significativas entre departamentos, por ejemplo, en Loreto, el 48,5% de las niñas y niños menores de 12 meses tuvo las vacunas completas. Esta baja cobertura de las vacunas guarda estrecha relación con la alta incidencia de mortalidad infantil en este departamento.

Desnutrición crónica

La desnutrición crónica afecta el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños, por lo que es considerada un indicador resumen de desarrollo humano. La tasa de desnutrición infantil está determinada por la falta de acceso por parte de las familias a los alimentos necesarios para la adecuada nutrición de las niñas y de los niños, así como la falta de acceso a salud y saneamiento básico. El indicador se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo³⁸.

La tasa de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad ha venido cayendo de 25,4% en 2000 a 15,2% en 2011³⁹. Sin embargo, el área rural y

38 INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, 2007.

39 INEI. Perú Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos, 2000-2011. Enero 2012. Patrón NCHS.

aquellas regiones donde la pobreza es alta, presentan situaciones críticas. Entre los grupos más vulnerables están las niñas, niños y adolescentes pobres, los que pertenecen a los grupos indígenas y aquellos cuya madre tiene un bajo nivel educativo. La desnutrición crónica es claramente mayor en las zonas rurales de la sierra (33,9%) y la selva (27,8%), y en el quintil inferior de ingresos (36,0%).

Según el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de Salud (OMS), la desnutrición crónica afectó al 19,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2007 (28,5%).

Lactancia materna exclusiva

La salud del individuo se fundamenta en un buen estado nutricional, el cual es de suma importancia en los primeros años de vida de las personas. Los infantes sin una nutrición adecuada no podrán desarrollar un sistema neurológico e inmunológico apropiado. Esta vulnerabilidad se traducirá en problemas de aprendizaje y de salud en el futuro, lo cual impedirá su desarrollo integral y les traerá dificultades más adelante para ingresar competitivamente al mercado laboral.

Por otra parte, la lactancia materna es también un factor protector de afecto y apego que requiere el recién nacido con la madre, y que se da en los instantes de esta interacción, lo cual es importante para el desarrollo integral del recién nacido.

Diversos estudios han mostrado que los mayores valores de la tasa de desnutrición infantil se concentran en aquellos hogares de nivel socioeconómico más bajo.

Al año 2011, el 70,6% de las niñas y niños de seis meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva. Por área de residencia se constata que la lactancia materna es más común en el área rural (82,5%) que en el área urbana (64,0%), lo que entre otras causas se explica por el consumo de productos sucedáneos.

Con respecto a los neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de

nacido, se tiene que a nivel nacional los hace el 92,0%, por nivel educativo las mujeres sin educación son las que tienen el porcentaje más alto (97,5%); y en el quintil inferior fue de 96,3%.

El nivel socioeconómico de las madres influye en la lactancia materna exclusiva, así entre las más pobres (quintil inferior), el 85,5% dio de lactar de manera exclusiva a sus hijos, mientras que entre las del quinto quintil (quintil superior) sólo el 34,4%. La proporción de mujeres pobres que cría a sus hijos con lactancia materna exclusiva se ha venido incrementando a lo largo de los años, mientras que ocurre el caso contrario con las mujeres con mejores recursos económicos. Igual sucede cuando se desagrega la información por regiones: aquellas con mayores niveles de pobreza como la selva y la sierra, tienen porcentajes mayores de lactancia materna que la costa. Por departamentos, Apurímac y Junín presentan los índices más altos.

Anemia en menores de 3 años de edad

Las deficiencias de micronutrientes – vitaminas y minerales- conocidas también como “hambre oculta”, constituye un grave problema nutricional por sus efectos en el desarrollo físico y cognitivo. La anemia ferropriva -por deficiencia de hierro- es una carencia, sobre todo en las niñas y niños menores de 3 años de edad y afecta al 41,6% de esta población (ENDES 2011) aunque ha venido descendiendo, pues en el año 2000 era de 60,9%.

También se observa que en el país, la anemia se constituye en un problema de salud en las niñas y niños que pertenecen al primer y segundo quintil más pobre, donde afecta al 50,0% y 47,8%, respectivamente, mientras que en el quintil más rico incide en el 23,6%. En el ámbito urbano el valor fue de 37,5% mientras que en el rural fue de 49,6%.

Un tema relacionado es el suplemento de hierro que reciben niñas y niños menores de 3 años de edad. En el año 2011, el 17,0% recibió suplemento de hierro, observándose que existe una tendencia hacia el incremento.

Asimismo, se observa un mayor porcentaje en recibir este suplemento de hierro en niñas y niños que pertenecen al quintil inferior (pobre) respecto a los otros quintiles.

Por ámbito geográfico, el 22,7% del área rural recibió suplemento de hierro y en el área urbana el 14,1%. A nivel de departamentos se observa que reciben en mayor proporción las niñas y niños de los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho, donde un poco menos de la mitad de la población menor de 3 años de edad recibió suplemento de hierro. Todo ello indicaría que se está llegando al grupo objetivo con programas de salud que proporcionan suplemento de hierro.

Enfermedad diarreica aguda (EDA)

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son la principal causa de morbilidad y mortandad de niñas y niños menores de tres años de edad. El Perú ha venido haciendo grandes esfuerzos en materia de salud pública para contrarrestar este mal. Así, se ha implementado un conjunto de medidas como la distribución de sales de rehidratación oral, la educación relacionada con la prevención de episodios diarreicos, la recuperación de prácticas tradicionales que apoyan un tratamiento adecuado de las niñas y niños con diarrea y la estandarización del procedimiento para los trabajadores de la salud.

Los logros de esta política se han visto reflejados en la tendencia de la mortalidad, que presenta un descenso importante. Sin embargo, las EDAs siguen figurando, después de las infecciones respiratorias agudas, como las primeras causas de consulta y egreso hospitalario.

Para el año 2011, el 17,6% de las niñas y niños menores de 3 años de edad tuvo episodios de EDAs. Las EDAs inciden más en las niñas y niños de la selva, reportándose el 34,9% de Loreto, el 26,7% de Ucayali, el 26,4% de Madre de Dios y el 22,9% de San Martín.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas – conjuntamente con las enfermedades

diarreicas y la malnutrición- están entre las principales causas de muerte entre las niñas y niños.

Existen 4 aspectos importantes en el análisis de la IRA, y a la vez en el enfoque de las estrategias de prevención y control: la presencia de factores de riesgo, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de la atención médica.

En el país prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema. Entre ellos están el bajo peso al nacer, la malnutrición, la contaminación ambiental, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización y la insuficiente disponibilidad de antimicrobianos.

Las IRA en el año 2011 afectaron al 17,8% de la población menor de 3 años de edad. Respecto al año 2007, se registra una disminución ya que en ese año afectó al 24,0%. Este dato es significativo porque implica el logro de metas relativas a su prevención.

Es la selva en donde las IRA llegan a mayor proporción con el 24,0% de los menores de 3 años de edad (2011), a diferencia de Lima Metropolitana con 18,5%.

Acceso al agua tratada

En el país, el acceso al agua tratada de los hogares -indicador clave de calidad de vida- tiende a incrementarse mediante la expansión de redes públicas, aunque todavía lentamente. Entre los años 2000 y 2011, este aumento ha sido de 8,9 puntos porcentuales a nivel nacional, pasando de 84,4% a 93,3%.

Control de crecimiento y desarrollo de niñas y niños sanos

Desde el nacimiento hasta los seis años de edad se debe supervisar la salud y el desarrollo de niñas y niños. Para ello, el Ministerio de Salud ha instaurado el control del niño sano que se realiza en establecimientos de salud pública e instituciones privadas, hasta que el infante cumple los seis años de edad. Durante este control se observa como crecen niñas y niños

y se previenen enfermedades a través de la detección de alteraciones en su desarrollo. A la vez, se orienta a la familia, a través de la madre, para que aplique hábitos sanos de higiene y alimentación. Con el control del niño sano, se pueden evitar las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), que ponen en riesgo la salud de niñas y niños.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-, en el año 2011 el 47,3% de niñas y niños menores de 36 meses de edad tuvieron control de crecimiento y desarrollo completo para su edad; respecto a años anteriores, cabe resaltar que entre el año 2007 y el año 2011 se incrementó la proporción de población que accede al CRED en 23,3 puntos porcentuales.

La diferencia se nota cuando se analiza la situación de acuerdo a la condición socioeconómica de niñas y niños. Así, la proporción de niñas y niños con CRED es mucho mayor en el quintil más rico (quinto quintil) que en el resto de quintiles.

Indicadores de educación

Educación inicial de 0 a 2 años de edad

En los primeros años de vida se forma la base para un buen desarrollo físico, motriz, social, emocional y cognitivo de las niñas y los niños. La primera institución llamada a garantizar a las niñas y niños un entorno de aprendizaje, afecto y desarrollo, es la familia. También, las instituciones educativas pueden cumplir un papel importante, con la participación activa de la familia y la comunidad. En la actualidad la Educación Inicial para niños de 0 a 2 años de edad se atiende en forma escolarizada y no escolarizada, a través de diversos programas y estrategias sustentadas en un enfoque de derechos de la niñez y de atención integral.

Los servicios de atención escolarizada son la Cuna y la Cuna Jardín dirigidos a las niñas y niños; y entre los de atención no escolarizada, tenemos los que están dirigidos a las niñas y niños (Salas de Educación Temprana - SET); los que están dirigidos a la niña, niño y su familia (PIETBAF o Aprendiendo en el hogar;

el Programa Integral de Educación Temprana - PIET o Wawapukllana, Ludotecas Itinerantes, Familias que aprenden); y los que están dirigidos a la familia (Programa de Atención a Grupos de Madres - PAIGRUMA y la Escuela del Aire). Dichos servicios responden a la diversidad geográfica y socio cultural de los contextos donde se implementen, pero funcionan bajo el mismo enfoque pedagógico (aplicación de los principios de salud y nutrición, respeto, comunicación, seguridad afectiva y física, autonomía, movimiento y juego libre).

En el año 2009, de acuerdo a ESCALE-MED-2009, apenas el 3,2% de la población de este grupo de edad fue atendido sin distinción de grado, ciclo, nivel o modalidad. Esta cifra fue incluso menor que en el año 2005, cuando la cobertura fue de 4,0%.

Si bien es cierto que no existen disparidades de atención por la condición de los sexos, se mantienen las inequidades urbano/rural, de 5,0% de atención frente al 1,8%, respectivamente. Por departamentos, la atención más alta se presentó en Moquegua (13,1%) y Tumbes (11,7%), a pesar de que, como en la gran mayoría de departamentos, la cobertura descendió ostensiblemente (15,3% y 18,8%, respectivamente).

El cuidado diurno: la atención en Wawa Wasi

Una estrategia que se ha venido desarrollando a nivel nacional para este grupo de edad, es el Programa Nacional Wawa Wasi, orientado a niñas y niños de 0 a 3 años de edad en situación de pobreza y extrema pobreza. Se atiende así a las hijas e hijos de madres que trabajan, proporcionándoles atención integral: alimentación balanceada, estimulación del desarrollo y salud preventiva promocional.

Asimismo, el INABIF a través de los Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF), brinda servicios de cuidado diurno a niños y niñas en situación de riesgo social, mediante un enfoque integral que atiende a las familias beneficiarias como un sistema, compuesto por sus integrantes, considerando

la importancia de la dinámica intrafamiliar, así como el desarrollo bio-psico-social de sus miembros, por el cual se ofrece un paquete de servicios que contribuyen a la adquisición de aprendizajes significativos, la formación de valores, el adecuado estado nutricional y el desarrollo de capacidades.

Actualmente existen 6,678 centros Wawa Wasi que benefician a aproximadamente 53 mil niñas y niños provenientes de las zonas de pobreza y extrema pobreza. Cabe destacar que el 88,0% de niñas y niños de los Wawa Wasi han sido evaluados en su control de peso y talla, y el 80,0% se encuentra protegido de la desnutrición crónica si alcanza una permanencia mínima de 3 meses en el Wawa Wasi⁴⁰.

Uno de los pilares de este programa es la promoción y difusión de la cultura de crianza, dirigidas a divulgar prácticas sanas de estimulación del desarrollo en niñas y niños.

Tasa neta de matrícula en educación inicial de 3 a 5 años de edad

La educación es un derecho fundamental y es vital para garantizar una mayor calidad de vida para todas las niñas y niños.

En el país se han hecho grandes esfuerzos por ampliar la cobertura educativa, principalmente de la educación primaria. El Ministerio de Educación establece entre los 3 y 5 años la edad normativa de asistencia escolar a la educación inicial; entre los 6 y 11 años de edad a la primaria, entre los 12 y 16 años de edad a la secundaria y entre los 17 y 24 años de edad a la superior.

La tasa neta de matrícula en la población entre 3 y 5 años de edad subió, entre los años 2000 y 2010, de 51,9% a 70,0%, es decir 18,1 puntos porcentuales. Ello significa que el 30,0% de las y los niños peruanos aún no es atendido por el sistema educativo en esa edad crucial para el desarrollo. En este caso, la disparidad entre los ámbitos urbano y rural también es amplia: 74,0% en el área urbana frente a un 61,0% en el área rural.

Los Centros de Educación Inicial formales (CEI) representan el 60,0% de la oferta total y los Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI) el 40,0%. Los PRONOEI constituyen el 21,0% de la oferta educativa en el ámbito urbano y 62,1%, en el área de residencia rural, siendo la modalidad que concentra la menor inversión del Estado, pese a ser la que atiende a los más pobres. En total son 13,543 niños de 3 a 5 años los atendidos por esta estrategia, de cuyo impacto efectivo en los aprendizajes, además, no hay evidencias significativas.

Respecto a las brechas existentes por lengua materna, si bien se han ido acortando en el período 2004-2009, aún existe una diferencia de más de diez puntos porcentuales en la matrícula de educación inicial entre quienes tienen como lengua materna el castellano frente a quienes hablan quechua, aymara o una lengua amazónica.

2.3 La niñez de 6 a 11 años de edad

Culminación de la educación primaria en edad normativa.

Comprensión lectora y razonamiento matemático en educación primaria.

Problemas de efectos de refracción y agudeza auditiva en niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

Trabajo infantil como factor de riesgo.

Bullying.

La niñez se distingue por la adquisición veloz de nuevos conocimientos y experiencias que son esenciales para el desarrollo humano⁴¹. El ingreso del niño a la escuela le facilita el desarrollo de sus funciones cognitivas, afectivas y de socialización. “De los 6 a los 11 años de edad, las dimensiones de aprendizaje y educación y de entorno y protección adquieren una mayor relevancia... dado que en esta etapa se consolidan las capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales adquiridas en la primera infancia”⁴².

41 UNICEF México. “Vigía de los Derechos de la Niñez Mexicana”. Número 2, año 1. Diciembre de 2005. Tomado de: http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_II.pdf.

42 INEI-UNICEF. “Estado de la Niñez en el Perú”. Abril 2008.

Culminación de la educación primaria en edad normativa

El porcentaje de niñas y niños que culmina la educación primaria entre 12 y 13 años de edad ha venido incrementándose entre el 2003 y 2009. Durante este período este porcentaje pasó de 67,7% al 74,5%, es decir, un incremento de 6,8 puntos porcentuales. No obstante, todavía persiste una brecha amplia entre el área urbana y rural. En el área urbana el 84,7% de las niñas y niños culmina la primaria entre 12 y 13 años de edad, mientras en el área rural el 60,4% lo hace. Importante acotar que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En relación a la deserción escolar las diferencias se presentan entre el área urbana (1.4%) y el área rural (2.3%) y entre los niveles de pobreza, no pobre (1.3%) y pobre (1.8%) con el pobre extremo (3.2%). El departamento con mayor deserción escolar en primaria es La Libertad con 4.4% mientras que los de menor deserción son Tumbes y Moquegua⁴³.

Comprensión lectora y razonamiento matemático en educación primaria

El problema educativo más grave que afecta a las niñas y niños del Perú es el bajo nivel existente de comprensión lectora y razonamiento matemático. Se trata de dos competencias básicas del proceso de aprendizaje sin las cuales las niñas y los niños peruanos verán limitados su desarrollo integral y sus oportunidades de llegar a la adultez como adultos productivos y ciudadanos plenos.

De acuerdo con la Evaluación Censal de Estudiantes – ECE, en el año 2007, apenas el 15,9% de las niñas y niños de segundo grado de educación primaria alcanzó un nivel de desempeño suficiente en comprensión de textos, mientras que en matemáticas lo hizo el 7,2%⁴⁴. Para el año 2011, estos valores fueron de 29,8% en comprensión lectora y 13,2% en Matemática.

43 La tasa de deserción acumulada se define como el número de personas de un grupo de edad que no ha terminado un nivel o etapa educativa y no se encuentran matriculadas en ninguna institución educativa, expresado como porcentaje del número total de personas del grupo de edades que no han terminado ese nivel o etapa educativa.

44 Se miden tres niveles de logro: Debajo del Nivel 1 y Nivel 1, las y los estudiantes no lograron el aprendizaje esperado para el grado, la diferencia es que en el segundo caso si lograron responder las preguntas más fáciles de la prueba; Nivel 2, las y los estudiantes lograron los aprendizajes esperados para el grado.

Si bien ha habido un incremento de 13,9 puntos porcentuales en comprensión de textos del año 2010 respecto al año 2007, y en Matemáticas de 6,0% en este período, es importante seguir intensificando estrategias para lograr resultados más contundentes.

Cabe señalar que, un reto a vencer es la disminución de las brechas entre lo urbano y rural. Así tenemos que, entre el año 2007 y 2011, la brecha urbana/rural de comprensión lectora se ha incrementado, de 15.3% a 30.5%; mientras que en matemáticas de 4.0% a 12.1%.

Problemas de efectos de refracción y agudeza auditiva en niñas y niños de 6 a 11 años de edad

La falta de información sobre cómo y en qué dimensión están afectando estas deficiencias a las niñas y niños, es una limitante importante para el diseño e implementación de políticas y programas orientados a su atención, por lo que se sugiere recoger esta información desde la escuela mediante instrumentos ad hoc, lo que permitirá completar la línea de base del presente Plan.

Trabajo infantil como factor de riesgo

La niñez y la adolescencia son etapas del ciclo de vida en que se define buena parte de las oportunidades de participación del ser humano en la sociedad. Es por eso que la inversión en la infancia debe considerarse como un medio para crear capital tanto humano como social y cultural, indispensable para la formación de valores y el ejercicio de la ciudadanía.

Al interior de la problemática de las niñas, niños y adolescentes que trabajan, se encuentran aquellos que lo hacen en las calles, actividad que está clasificada como de alto riesgo, tanto por la Organización Internacional del Trabajo OIT como por el MIMP, en su relación de trabajos peligrosos.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los niños y adolescentes que trabajan, pierden dos o más años de educación con respecto a aquellos que se incorporan a la vida laboral a partir de

los 18 años de edad, es decir, se descapitalizan por lo menos en dos años de estudio. Esto los llevará a percibir menores ingresos en su vida adulta. A lo largo de su ciclo laboral, esa pérdida de ingresos acumulada cuadruplicará y hasta sextuplicará los ingresos que generaron durante los años en que estuvieron incorporados tempranamente al mercado de trabajo, cuando tuvieron que dejar la escuela para dedicarse a trabajar.

Si bien es cierto que la legislación peruana prohíbe el trabajo de menores de 14 años de edad por considerarlo nocivo para su desarrollo, la realidad indica que son 905 400 niñas y niños entre 6 y 13 años de edad los que se encuentran trabajando (ENAHO 2010).

La concentración del trabajo de personas entre 6 y 17 años de edad que se encuentra en el área rural (63,0%), expresa su estrecha relación con la pobreza, pero también con una cultura del trabajo muy extendida en el campo.

Bullying

La agresión, intimidación o acoso ya sea físico, psicológico o verbal de forma reiterada entre escolares, recibe el nombre de bullying. Si bien no existe información nacional sobre el tema, en el estudio "Violencia escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú"⁴⁵ se estima que en promedio la incidencia del bullying es de 47,0%, siendo similar este valor entre mujeres y varones. El 34,0% no comunica a nadie el drama que están viviendo; a un porcentaje similar de compañeras y compañeros no les interesa defender o protestar por la violencia que están observando y alrededor del 25,0% de maestras, maestros, padres y madres de familia no reaccionan ni "protegen" a las víctimas. Las formas de agresión más frecuentes son la física y la verbal (34,8% y 34,5% respectivamente), caracterizada por llamar a las compañeras y compañeros con apodos; le siguen las agresiones psicológicas (9,5%) y la sexual (4,7%)⁴⁶.

⁴⁵ Estudio realizado el año 2008 por Miguel Oliveros D., Luzmila Figueroa A., Guido Mayorga R., Bernardo Cano U., Yolanda Quispe A., (miembros del Programa de Capacitación para la atención integral de las víctimas de la violencia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos) y Armando Barrientos A., (Ing. Estadístico del Instituto Nacional de Salud del Niño), en una muestra de 916 escolares de Instituciones Educativas de primaria de Ayacucho, Cusco, Junín y Lima Este.

⁴⁶ El 25.06.2012 el Congreso de la República aprobó la Ley N° 29719, Ley que prom-

2.4 La adolescencia de 12 a 17 años de edad

El embarazo y la maternidad adolescente como factor de riesgo.

Maternidad adolescente según condición económica.

Educación sexual en adolescentes.

Consumo de drogas legales e ilegales.

Edad de inicio del consumo de drogas.

Prevalencia de vida del consumo de drogas en escolares.

Adolescentes y la infección del VIH y SIDA.

Anemia.

Problemas de obesidad y sobrepeso en adolescentes.

Bullying.

Culminación de educación secundaria en edad normativa.

Medición de logros en la educación secundaria.

Deserción escolar.

Trabajo adolescente.

Adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal.

Explotación sexual de las y los adolescentes.

La adolescencia es considerada una etapa sumamente compleja por la gran cantidad de cambios físicos, sociales y psicológicos que comprende. Entre los cambios físicos más llamativos se encuentran el incremento de la talla corporal, la producción de hormonas, el desarrollo de los órganos sexuales que se preparan para la reproducción, las diferencias crecientemente notorias entre mujeres y hombres, rasgos que se suman a cambios psicológicos resumidos en el deseo de una creciente independencia emocional y personal, ya que en esta etapa se forjan la identidad y la autonomía. Es importante mencionar, el proceso de su reconocimiento

ueve la convivencia sin violencia en las Instituciones Educativas.

como ser miembro de una comunidad y preocuparse por ella (solidaridad), la pertenencia al grupo y la participación en su comunidad y hogar, como aspectos sociales a rescatar y apoyar, que se sugiere visualizar en el documento.

El embarazo y la maternidad adolescente como factor de riesgo

El embarazo en la adolescencia en contexto de pobreza es un factor de riesgo para la vida, la salud y el futuro de las adolescentes. En el plano de la salud, este embarazo predispone a una mayor morbi-mortalidad materna. Las complicaciones obstétricas asociadas a la inmadurez fisiológica son particularmente agudas entre las adolescentes madres. También se observa una mayor probabilidad de muerte de sus hijas e hijos, principalmente en el primer año de vida, así como una alta incidencia de problemas nutricionales que afectan el desarrollo integral de la niña o el niño.

Según el Censo de Población 2007; 4562 adolescentes de 12 a 14 años de edad ya eran madres. En el área rural 28,0% (1271), mientras que en el área urbana 72,0% (3291) y en Lima Metropolitana el 38,0% del total urbano (1248), el 77,0% vive en los distritos más pobres de Lima.

Es muy probable que la mayoría de estos casos sea producto de violaciones, donde el entorno familiar se torna como el lugar más peligroso.

Estas adolescentes están expuestas a situaciones de vulnerabilidad, como la deserción escolar, mortalidad materna, deterioro de salud de la adolescente. Por ello resulta necesario visibilizarlas.

En el plano educativo, el embarazo y la maternidad temprana ocasionan deserción escolar. Una vez interrumpido el proceso educativo, las adolescentes tienen escasas posibilidades de retomarlo después del embarazo. Dicha situación se plasma luego en el campo laboral, que limita el acceso de madres adolescentes a empleos futuros bien remunerados.

Debido a las limitaciones que ocasiona la maternidad precoz en los diferentes ámbitos, la crianza de las hijas e hijos se desarrolla en un contexto de adversidad y restricciones materiales y educativas. Ello aumenta la probabilidad de que las hijas e hijos de las madres adolescentes sigan la trayectoria social y educativa de sus progenitoras e incluso que repitan el ciclo de procreación a temprana edad.

Las condiciones en que se desarrolla la maternidad temprana conducen a que las responsabilidades de la crianza se transfieran a terceros, sean estos familiares, amistades o instituciones; y el embarazo en esta etapa de la vida puede convertirse en causa de abortos clandestinos.

Existe consenso en que el embarazo en edad temprana es un evento que afecta la salud física, mental y social de la futura madre, así como del recién nacido. Para las adolescentes madres o embarazadas pobres, la maternidad viene acompañada de una serie de situaciones adversas que empeoran su condición. Estas madres a menudo sufren carencias y tensiones; además, su ambiente familiar se caracteriza frecuentemente por graves problemas económicos y sociales, pobreza, desempleo, subempleo, informalidad, alcoholismo, prostitución, bajos niveles de escolaridad o carencia de ella, violencia, entre otros.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES 2010, el 13,5% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad tenían al menos una hija o hijo o estaban embarazadas de su primera hija o primer hijo. Esta proporción de las madres adolescentes ha ido en aumento en el país, presenta un alto porcentaje de embarazos no deseados, involucra mayores riesgos de salud reproductiva que en otras edades mayores, y coloca a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión social, pues la mayoría son pobres, con poca educación, solteras y sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el

avance de los Objetivos del Milenio relativas a la reducción de la pobreza. Además, afecta negativamente el ejercicio de los derechos reproductivos y de la equidad de género.

Las mayores tasas de maternidad adolescente se encuentran en el área rural del país (19,3%) y en la selva (26,2%). En el área urbana, en Lima Metropolitana y en la costa, se presenta una menor incidencia de la maternidad adolescente; sin embargo, en estos ámbitos geográficos se observa que la maternidad en la adolescencia presenta una tendencia hacia el incremento.

A nivel de departamentos, en Loreto se observa la mayor proporción de madres adolescentes, donde alrededor de una tercera parte de las adolescentes ya son madres (31,8%), sigue Madre de Dios con 28,3% y Amazonas con 22,1%, entre los principales. En los departamentos de Puno y Tacna se observa la menor incidencia de la maternidad adolescente.

Al observar la evolución entre los años 1996 y 2009, la proporción de madres adolescentes se ha incrementado en los departamentos de Ancash, Junín, Puno, Apurímac, Cajamarca, Lima, Ica y Loreto. En cambio, en el resto de departamentos ha disminuido, siendo más significativo el descenso en Huancavelica, Madre de Dios, San Martín, Cusco y Junín, donde la disminución es mayor a cinco puntos porcentuales.

Maternidad adolescente según condición socioeconómica

La cuestión de la distribución social de la maternidad adolescente es un tema crítico en la sociedad peruana. Allí se condensan no solo unas orientaciones culturales diversas, sino que, al mismo tiempo, se expresan grandes inequidades en materia de habilitación y acceso a medios de prevención de riesgos y reducción de daños.

Diversas dimensiones de la maternidad de mujeres en etapa adolescente constituyen elementos cruciales de reproducción de

trayectorias de pobreza. De forma específica, la mayor prevalencia del embarazo fuera del matrimonio, la mayor deserción del sistema escolar producida ante el embarazo o la maternidad y una inserción precaria en el mercado laboral, y más generalmente, la transmisión inter-generacional de patrones de maternidad adolescente, generan condiciones para que estas adolescentes mujeres, y con ellas sus hijas e hijos, conformen un tipo de hogar especialmente vulnerable desde el punto de vista económico y social. Entrando así en un círculo vicioso, a mayor pobreza mayor embarazo en adolescentes, y ante un mayor embarazo en adolescentes, se genera en ellas mayor pobreza.

La maternidad durante los primeros años de la adolescencia perjudica tanto a la madre como a su hija o hijo. Entre las consecuencias, están las complicaciones obstétricas asociadas con la maternidad temprana y la inmadurez fisiológica, las cuales repercuten en mayores probabilidades de muerte para sus hijas e hijos. Otro factor de morbi-mortalidad está asociado a la crianza y conocimiento de atención de la niña o niño, principalmente en el primer año de vida, así como a una alta incidencia de problemas nutricionales que afectan el desarrollo del lenguaje y el comportamiento.

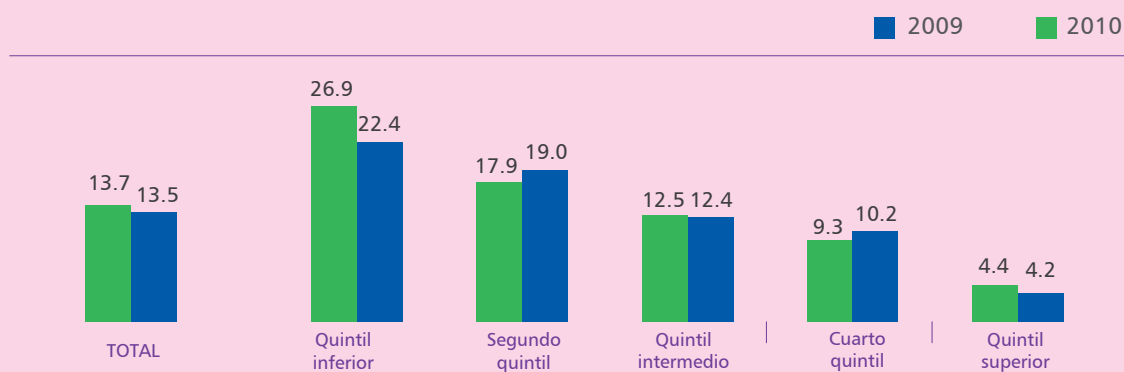
Las adolescentes sexualmente activas en situación de pobreza, sea cualquiera su situación conyugal, son quizá las más vulnerables de todas las mujeres sexualmente activas, pues están expuestas a una edad temprana a los riesgos de infección de ITS-VIH, embarazo, parto y aborto, en la mayoría de los casos sin la protección que ofrece la educación, la seguridad económica, las redes sociales y un cuerpo maduro fisiológicamente preparado para la maternidad. En el Perú, según datos de la ENDES 2010, el 11,2% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad, son casadas o convivientes.

Evitar la maternidad temprana es una prioridad nacional para los próximos años. Ello implica proporcionar a la adolescente mujer herramientas de negociación, mejorar su autoestima, incrementar y fortalecer los programas de planificación familiar y las políticas de salud reproductiva orientadas a ayudar a las adolescentes a posponer los primeros nacimientos y espaciar los nacimientos subsiguientes.

La manera como perciben las y los adolescentes las relaciones sexuales incide en la práctica anticonceptiva. La sociedad peruana, guiada por construcciones culturales de género, ha trasladado la responsabilidad de controlar

GRÁFICO 10

PERÚ: Mujeres entre los 15 y 19 años de edad madres o embarazadas por primera vez, según quintil socioeconómico, 2009 - 2010
(Porcentaje del total de mujeres entre los 15 y 19 años de edad de cada quintil socioeconómico)



Fuente: INEI.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009 y 2010. Elaboración propia.

el embarazo a la mujer, desligando al varón de lo que debiera ser una responsabilidad compartida. Además, alienta a los varones adolescentes a desarrollar una sexualidad irresponsable, convirtiéndose ésta en medio para probar hombría, sin respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La ENDES 2010 revela que el 44,6% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad actualmente casadas o convivientes usa métodos modernos de planificación familiar y el 19,0% métodos tradicionales. Entre las mujeres de 15-19 años de edad sexualmente activas, el 60,3% usa métodos modernos y el 27,4% métodos tradicionales. Entre los métodos modernos más usados se encuentran el condón (42,6%), la inyección (10,5%) y la píldora (5,2%); entre los métodos tradicionales, el 17,7% usa la abstinencia periódica, el 9,3% el retiro y métodos folclóricos el 0,4%.

En el año 2010, un 22,4% de las adolescentes pobres (quintil inferior) eran madres o estaban embarazadas de su primera hija o hijo; en cambio, para el mismo año, solamente un 4,2% de las adolescentes del quintil superior (más rico) eran ya madres o estaban embarazadas por primera vez.

Sin embargo, es importante señalar que el 2,4% de adolescentes de 15 años, el 5,1% de adolescentes de 16 años y el 12,2% de adolescentes de 17 años han estado alguna vez embarazadas.

Educación sexual en adolescentes⁴⁷

Es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes para que las y los estudiantes valoren y asuman su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes con los demás. Tiene como finalidad principal que la población de estudiantes logre aprendizajes significativos para el ejercicio de una sexualidad saludable, placentera y responsable en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas. Esto implica que el personal

docente efectúe acciones pedagógicas pertinentes para el autoconocimiento, la autoestima, el respeto mutuo, la autonomía y la toma de decisiones, en la formación integral de las y los estudiantes.

La Educación Sexual Integral promueve que las y los estudiantes desarrollen conocimientos, actitudes y valores que les permitan crecer como personas y reforzar sus vínculos solidarios y equitativos con los demás, para contribuir activamente a la construcción de entornos democráticos e inclusivos, en las interacciones que establece en el marco social y cultural en el que están inmersos.

Consumo de drogas legales e ilegales

Al ser la adolescencia una etapa natural de experimentación, el entorno influye en la realización de conductas de riesgo, como las relaciones sexuales tempranas -muchas veces sin protección-, el consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco y las primeras experiencias en el consumo de drogas ilegales, todo lo cual configura una situación muy vulnerable para las y los adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud – OMS, define como droga a cualquier sustancia que asimilada por el organismo viviente es capaz de influir en una o varias de sus funciones. El Decreto Ley N° 22095 considera droga a cualquier sustancia natural o sintética que al ser administrada al organismo altera el estado de ánimo, la percepción o el comportamiento, provocando modificaciones físicas o psíquicas y que es susceptible de causar dependencia.

Por su situación jurídica, las drogas pueden ser consideradas como legales o ilegales. Las primeras cuentan con permisividad de la ley, no cuentan con prohibición para su consumo y son consideradas socialmente aceptables. Entre éstas se encuentran el alcohol, el tabaco, el café, los analgésicos, entre otras. Mientras que las drogas ilegales son sustancias prohibidas por la ley, estipulándose sanciones penales para su fabricación o comercialización. Se trata de sustancias muy dañinas para el organismo humano. Entre ellas tenemos a la cocaína, la pasta básica de cocaína, la marihuana, el opio, la heroína,

el LSD, el éxtasis, los inhalantes, entre otras sustancias.

El consumo de drogas no medicado y habitual -sobre todo de las ilegales, el tabaco y el alcohol- es dañino porque afecta y deteriora al organismo, altera el estado de ánimo, la conducta, el rendimiento físico o psíquico, la percepción, y puede ocasionar dependencia. Esta se manifiesta en el hecho que la persona que la consume pierde el control, y las sigue consumiendo a pesar de las consecuencias nocivas. El tabaquismo, además de generar dependencia, incide en el uso de otras drogas y es uno de los problemas sanitarios más graves, debido a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Edad de inicio del consumo de drogas

De acuerdo con los resultados del III Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria, realizada por DEVIDA en el año 2009, los estudiantes que consumieron drogas legales como alcohol o tabaco, iniciaron dicho consumo a muy corta edad. Tanto las niñas como los niños, iniciaron su consumo de alcohol y tabaco a la misma edad: el alcohol a los 13,0 años de edad y el tabaco a los 13,1 años de edad como promedio. El inicio del consumo de alcohol por parte de las mujeres ha sido, por lo general, posterior a los hombres en todos los grupos de edad. Sin embargo, esta brecha ya no existe en la actualidad.

Respecto a la edad de inicio de consumo de las drogas ilegales, ésta es muy temprana, la edad promedio de inicio oscila entre los 12,3 y 13,9 años de edad, existiendo diferencias significativas entre mujeres y hombres. La edad de inicio se acorta cuando se trata de drogas médicas, siendo el promedio 12,1 tranquilizantes y 11,9 estimulantes.

Prevalencia de vida del consumo de drogas en escolares

La prevalencia de vida del consumo de drogas está referida a las personas que han consumido alguna de ellas por lo menos una vez en su vida⁴⁸. Según la información referida por la Comisión Nacional para el Desarrollo

⁴⁸ Este indicador no refleja el consumo actual de drogas.

y Vida sin Drogas - DEVIDA, en el año 2009 cuatro de cada diez escolares (42,1%) había probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida. El 28,97% ya lo ha hecho durante el último año y el 18,4% en los últimos treinta días antes de la aplicación de la encuesta.

El 7,9% de los escolares ha ingerido alguna vez en su vida alguna droga ilegal (marihuana, PBC, cocaína, inhalantes, éxtasis y otras); el 4,6% lo ha hecho durante el último año y el 2,5% en el último mes.

Veinticuatro de cada cien estudiantes, que no habían probado alcohol un año antes de la aplicación de la encuesta, se iniciaron en su consumo durante los últimos doce meses.

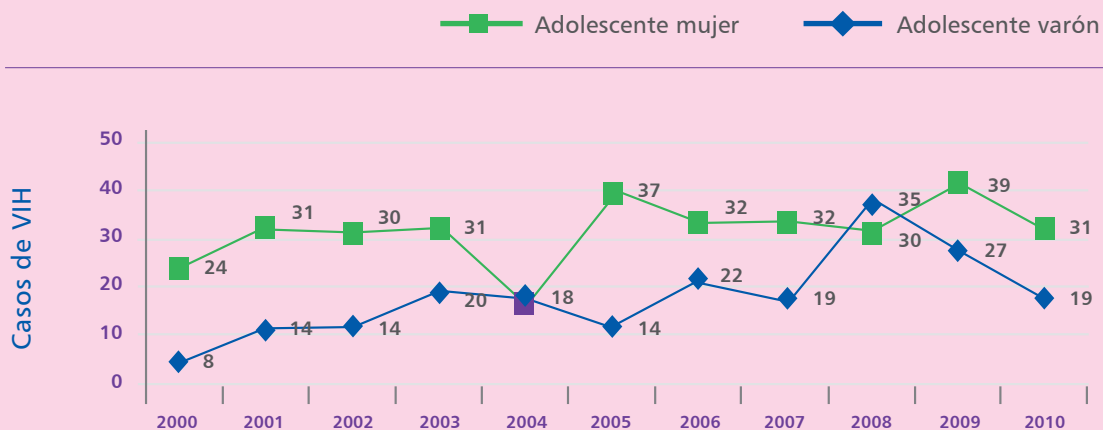
La marihuana, al igual que en el estudio anterior, registra la mayor incidencia de consumo entre las drogas ilegales, con una tasa de 1,4%, es decir, uno de cada cien estudiantes se inició en el consumo de marihuana durante el último año, sigue la misma tendencia los inhalantes y el éxtasis, mientras que en el caso de PBC y cocaína, uno de cada doscientos estudiantes se iniciaron en el consumo de dichas sustancias durante el último año.

En el caso de las drogas médicas, los tranquilizantes registran una incidencia de consumo de 1,2%, es decir, uno de cada cien estudiantes se inició en el consumo de dicha droga, mientras que en el caso de las drogas estimulantes el 0,8% (uno de cada cien estudiantes inició su consumo durante los últimos doce meses antes de la entrevista).

Por otro lado, el consumo de drogas legales en los escolares hombres y mujeres muestran diferencias en su consumo (32,7% vs. 25,2%) predominando en consumo de los primeros. En lo que respecta al consumo de drogas ilegales existen diferencias en el consumo entre los escolares hombres y mujeres (6,3% vs 2,9% respectivamente), sobre todo en el caso de inhalantes y éxtasis. En el caso de las drogas médicas las diferencias de consumo entre hombres y mujeres son mínimas (7,1% vs 6,5% respectivamente).

GRÁFICO 11

Casos identificados de VIH en adolescentes según género desde el año 2000 a setiembre del 2010



Fuente: DGE-MINSA 2010.

Adolescentes y la infección del VIH y SIDA

Los casos de VIH/SIDA en personas jóvenes tienen su origen más frecuente en relaciones sexuales en condiciones inseguras durante la adolescencia, en la falta de educación sexual apropiada, en el desconocimiento de las medidas de protección, uso inadecuado de inyectables, situaciones de violación o patrones culturales de género, contexto que empuja, principalmente en los varones, a situaciones riesgosas, tanto para su salud sexual como para la de sus parejas.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA, el 16,0% de los afectados son menores de 15 años de edad y cada año nacen en nuestro país 450 niñas y niños con VIH.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, el número de casos identificados de VIH en adolescentes alcanzó su pico en el año 2009 (66 casos) mientras que en al año 2010

se tienen 50 casos (hasta setiembre de año 2010).

Otro hecho resaltante es que la mayoría de casos informados se refieren a adolescentes mujeres con excepción del año 2008, donde se reportaron un mayor número de casos de adolescentes varones.

Anemia

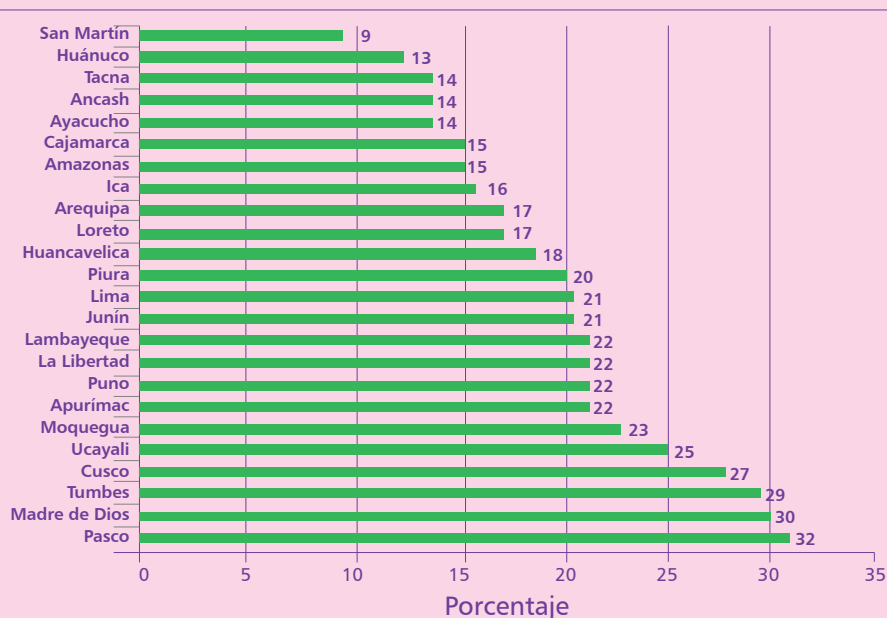
En el Perú, entre los años 2000 y 2009 la anemia en las mujeres de 15 a 19 años⁴⁹ disminuyó de 29 a 20 por ciento, según datos de la ENDES 2000 y 2009⁵⁰. La anemia entre las adolescentes que residen en las zonas rurales (18,0%) sería tan frecuente como la de sus pares urbanas (20,0%) y no existen diferencias significativas entre las que tienen la lengua materna castellano (19,0%) y lengua materna originaria (24,0%). La mayor incidencia de la anemia en las adolescentes de 15 a 19 años de edad se presenta en el

49 La ENDES sólo toma datos de adolescentes mujeres, no cuenta con información para adolescentes varones.

50 INEI - UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú 2010.

GRÁFICO 12

Perú: Anemia en las adolescentes de 15 a 19 años de edad 2009 (%)



Fuente: INEI - UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú 2010.

departamento de Pasco (32,0%), Madre de Dios (30,0%) y Tumbes (29,0%).

Por otra parte, la tasa de incidencia de anemia es de 15,0% o menos en los departamentos de San Martín (9,0%), Huánuco (13,0%), Tacna, Ayacucho y Ancash (14,0%), y Cajamarca (15,0%). La anemia más alta prevalece entre mujeres de grupos originarios (24,0%).

Problemas de obesidad y sobrepeso en adolescentes

La obesidad y el sobrepeso son problemas definidos como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud⁵¹. De acuerdo a la OPS/OMS, si bien, las dietas alimenticias de los países en desarrollo –como en el Perú– no suelen ser altas en grasa, en comparación con las de países desarrollados, sí se presentaría una mono alimentación basada en cereales. Las dietas, al ser relativamente bajas en consumo

de carnes carecerían de otros nutrientes esenciales. Adicionalmente, en la medida que el sobrepeso también puede estar vinculado a la falta de actividades físicas, resulta conveniente la promoción de este tipo de actividades entre las y los adolescentes.

El sobrepeso afecta aproximadamente a uno de cada 10 adolescentes hombres y mujeres en el Perú, suele ser más frecuente en las zonas urbanas (16,0%) que en las zonas rurales (7,0%); y entre las y los adolescentes no pobres (16,0%) frente a sus pares en condición de pobreza (8,0%) y pobreza extrema (6,0%).

Asimismo, las principales causas de morbilidad identificada en las y los adolescentes son las infecciones de las vías respiratorias superiores (24,67%), seguidas por las enfermedades de la cavidad bucal (14,31%) y la parasitosis (4,80%). La presencia de parasitosis guarda estrecha relación con el gran porcentaje de adolescentes que residen en hogares que no

51 Organización Mundial de la Salud – OMS.- Obesidad y sobrepeso, nota descriptiva N° 311. Tomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

cuentan con abastecimiento de agua potable: adolescentes de 10 a 14 años de edad (48,4%) y adolescentes de 15 a 19 años (42,9%)⁵². El mayor porcentaje de las enfermedades han sido diagnosticadas en adolescentes del sexo femenino, probablemente porque son las que más acuden a los establecimientos de salud, pudiendo también existir otros factores que serían importantes de investigar.

De los casos registrados de muertes de adolescentes, el mayor porcentaje se da en los de sexo masculino. La principal causa de mortalidad en esta población, es el accidente de tránsito (10,26%), siendo más frecuente en los adolescentes del sexo masculino que en las del sexo femenino (8,29% vs. 7,74%). Las enfermedades cerebro vasculares ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad adolescente (8,06%), seguido de los eventos de intención no determinada (6,78%), neumonía (5,82%), neoplasias (5,63%), otras enfermedades bacterianas (5,17%), exposición accidental a otros factores (3,57%), tuberculosis (3,43%), los casos de ahogamiento (3,34%) y accidentes que obstruyen la respiración (3,30%).

Por otro lado, entre los principales motivos⁵³ por los cuales las y los adolescentes intentaron suicidarse en la selva fueron: problemas con sus padres (51,0%), problemas con otros parientes (22,0%) y problemas con la pareja (13,0%). En la sierra: problemas con sus padres (63,0%), problemas con otros parientes (10,0%) y problemas con la pareja (3,0%).

Bullying

En América Latina y el Caribe la investigación sobre hostigamiento escolar en las escuelas es limitada, sin embargo algunos estudios focalizados dan cuenta de los siguiente: En Bolivia ocho de cada 10 niños y niñas pueden sufrir hostigamiento escolar; en Uruguay, Ecuador y Brasil, aproximadamente un tercio

de los estudiantes informó haber participado en hostigamiento escolar, ya sea como agresor o como víctima⁵⁴.

Este problema se da por igual en alumnos de colegios estatales y privados, pues la diferencia está en el entorno en que se desarrolla la víctima y el agresor (hogares disfuncionales, violentos o sobreprotectores), así como la autoridad que haya en el aula para evitar que suceda.

En Perú, en el año 2008, se efectuó un estudio sobre violencia escolar en 4 colegios nacionales solo de primaria en las ciudades de Ayacucho, Cusco, Junín y Lima Este, con una muestra de 916 estudiantes⁵⁵ por ello se hace necesario generar investigaciones en el grupo etéreo de adolescentes, considerando que es precisamente en este grupo donde se da la mayor incidencia de esta problemática.

Culminación de educación secundaria en edad normativa

El porcentaje que culminaba la educación secundaria en el año 2003 entre los 17 y 18 años de edad era de 49,0%, para el año 2009 esta cifra pasó a 57,3%.

Si comparamos los ámbitos urbano y rural existe una brecha importante. Mientras que en el área urbana el 69,1% de las y los adolescentes sí termina la secundaria en la edad normativa, sólo el 35,7% lo hace en el medio rural. Esta situación es importante porque puede indicar la continuidad de los niveles de pobreza en caso no se incremente la culminación del ciclo escolar.

En cuanto a los departamentos, los que tienen una tasa de conclusión más baja son Loreto (34,0%), Huánuco (35,0%) y Huancavelica (33,1%).

Medición de logros en la educación secundaria

Con relación a la medición de logros en la

52 Fuente: Oficina General de Estadística e Informática- MINSa 2008/ Elaboración EVA-MINSa.

53 Fuente: Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima/ Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima.

54 Nicola Jones; Karen Moore; Eliana Villar; Emma Broadbent (2008) The politics of preventing sexual violence and bullying at school.- London ODI

55 Revista Peruana de Pediatría. Versión 61. Núm. 4. Año 2008. Violencia Escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú. Miguel Oliveros y otros miembros del Programa de Capacitación para la atención integral de las víctimas de la violencia – UNMSM Lima, Perú. p.215-220. ISSN 1993-6826.

educación secundaria, desde el año 2004 en que se realizó la última medición, el país no tiene una encuesta periódica, como sí lo viene haciendo para el nivel primario, con la Evaluación Censal de Estudiantes.

Sin embargo, el país viene participando en el Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes – PISA, que tiene como objetivo evaluar si los estudiantes de 15 años de edad han adquirido algunos de los conocimientos y habilidades necesarias para su participación plena en la sociedad del conocimiento en las áreas de Comprensión Lectora, Matemática y Ciencias. Si bien esta prueba se realizó en los años 2000, 2003, 2005 y 2009, el Perú ha participado sólo en el primero, conjuntamente con 32 países y el último con participación de 65 países⁵⁶. El máximo nivel de la escala de seis, cuenta con 708 puntos o más) y la mínima de 262. Perú solo tiene resultados comparativos entre los años 2001 y 2009 para el área de Comprensión lectora, dado que no participó en los ciclos 2003 y 2006, años en que se profundizó las áreas de Matemática y Ciencias. En el año 2001, se tuvo un resultado de 327 puntos y en el año 2009 se alcanzaron 370 puntos. Los resultados muestran que el Perú tiene enormes desafíos para mejorar el aprendizaje en los siguientes años.

Deserción escolar

En cuanto a deserciones escolares, se nota la diferencia entre las áreas de residencia urbana (6.9%) y rural (11.5%); por nivel de pobreza, en aquellos que se encuentran en un nivel no pobre (6.9%) y pobre extremo (12.9%); mientras que el valor más alto lo tiene el departamento de Ucayali (22.4%) y los valores más bajos son los de Apurímac (4.4%), Cusco (4.5%), Huancavelica (4.1%), Moquegua (4.3%) y Tacna (4.4%).

Trabajo adolescente

En el país, la normatividad vigente⁵⁷ establece los 14 años de edad como edad mínima para

56 MED. Secretaría de Planificación Estratégica. Unidad de Medición de la Calidad Educativa.

57 La Ley N° 27571 que modifica el artículo 51 del Código de los Niños y Adolescentes, artículo relativo a la edad mínima, establece que esta edad es de 14 años y que será permitido excepcionalmente el trabajo desde los 12 años de edad.

poder trabajar. El trabajo por debajo de la edad mínima está considerado como trabajo infantil.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2008, el Perú tenía 1 millón 11mil 800 adolescentes entre 14 y 17 años de edad de ambos sexos (54% de ese grupo de edad) que se encontraban desempeñando alguna actividad económica o labor, sea remunerada o no. Esa proporción promedio, se vuelve muy alta cuando se analiza la información por área de residencia ya que el 70,4% trabaja en el área rural y en la urbana el 29,6%.

De acuerdo con el “Estado de la Niñez en el Perú” de UNICEF, independientemente de si el trabajo del adolescente es remunerado o no, las jornadas laborales más extensas suelen presentarse entre los que no están estudiando, con jornadas de 10 horas al día, que dejan poco tiempo disponible para una reinserción escolar.

Respecto al tipo de ocupación que desempeñan los y las adolescentes, las principales son como peones de labranza (47.3%) y como comerciantes al por mayor/ menor, vendedores de kioscos, mercados, entre otros (10.7%).

Adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal

Las y los adolescentes que se encuentran en conflicto con la ley penal son, en primer lugar, adolescentes, y como tales, sujetos de derechos, debiendo primar en la atención que se les brinde, el “interés superior del niño” antes que la estigmatización de su conducta.

Es por ello necesario que se realice un trabajo articulado intersectorial de prevención respecto a las conductas peligrosas en los adolescentes, trabajando tanto con las familias, la escuela, así como con la comunidad. Debe tomarse en consideración que las políticas represivas no van a lograr un resultado acorde a los postulados de la CNA, sino que por el contrario se trata de

actuar tanto en el plano preventivo como de contar con los servicios adecuados para la rehabilitación y reinserción en la sociedad del adolescente.

Explotación sexual de las y los adolescentes

La explotación sexual infantil en el Perú es un problema grave que afecta a un número creciente de adolescentes. Entre las múltiples y complejas causas, destacan la tolerancia o indiferencia de la población, las equivocadas pautas de crianza basadas en la falta de respeto de parte de los varones a la integridad física y sexual de las mujeres, como pruebas de hombría, en el contexto de una cultura machista, en el uso de la violencia (sea psicológica, física o sexual), las deficiencias del sistema de administración de justicia que en ocasiones da lugar a la impunidad de los agresores sexuales y de los explotadores (proxenetas, clientes y facilitadores), así como las condiciones de pobreza y exclusión en las que vive un gran porcentaje de familias peruanas.

Para su abordaje y sanción, el marco de referencia es lo establecido en el Artículo N° 179 A del Código Penal en la figura de Usuario Cliente, donde se señala que la explotación sexual practicada mediante una prestación

económica o ventaja de cualquier naturaleza con una persona entre los 14 y los 18 años de edad, será sancionada con pena privativa de libertad. En el caso de menores de 14 años de edad este constituye un delito de abuso sexual. Además, en este ámbito también se consideran todos los ilícitos señalados en los artículos 179° a 184° del Código Penal.

El MIMP coordinó el proyecto “El Estado y la Sociedad Civil contra el Abuso y la Explotación Sexual de Niños Niñas y Adolescentes”, con él se buscó fortalecer el sistema público de intervención en casos de violencia, abuso sexual y explotación sexual de niñas, niños y adolescentes articulando las diferentes intervenciones.

Es preciso señalar que, al interior de la problemática de las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, se encuentran aquellas y aquellos que, como forma de sobrevivencia, incursionan en situaciones de explotación sexual. Educadores de Calle del INABIF, atiende este sector poblacional que está expuesto a un mayor riesgo por las enfermedades de transmisión sexual que podrían adquirir y que debido a las limitaciones de la legislación actual, no están considerados para recibir algún tipo de prevención por parte del sector salud.

III. Visión, Misión y Metas Emblemáticas

El Perú cumplirá dos siglos de vida republicana en el 2021, año que habrá de encontrarnos enrumados en el camino de un desarrollo humano⁵⁸ sostenible si desde hoy priorizamos y atendemos los problemas, necesidades y derechos de nuestras niñas, niños y adolescentes.

El Estado, la familia y la comunidad, incluyendo a los medios de comunicación y las propias niñas, niños y adolescentes, tenemos la responsabilidad de llegar a esa conmemoración con óptimas tasas de atención a sus derechos, especialmente en salud y educación, construyendo espacios libres de toda forma de violencia en la familia y la escuela, de manera que cada peruana y peruano tenga los fundamentos necesarios para ejercer una ciudadanía plena y desempeñarse en la vida como persona sana, productiva y responsable, atenta a sus derechos y deberes con los demás y con su ambiente.

Este Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PNAIA 2021) busca crear y reforzar las condiciones necesarias para que las y los peruanos menores de 18 años de edad accedan a servicios de calidad, atendidos por personal idóneo y debidamente equipado, contando con la participación de la familia y de las instituciones en general, sean públicas, privadas o asociadas para defender los derechos de este vasto segmento poblacional.

Los diferentes sectores y colectivos consultados coincidieron en la necesidad de fortalecer dichas condiciones al interior de la familia, la comunidad y la escuela, en procura de la siguiente visión deseada:

Visión

Niñas, niños y adolescentes tienen igualdad de oportunidades, acceden a servicios de calidad y participan en el ejercicio, promoción y defensa de sus derechos, en conjunto con las instituciones del Estado y la comunidad, desarrollándose plenamente en el seno de su familia, en un ambiente sano y libre de violencia.

De esta Visión emerge el compromiso de todas las instancias del Estado y la sociedad para dar iguales oportunidades a niñas, niños y adolescentes en el desarrollo sostenible de sus capacidades y en el logro de sus derechos, lo que lleva a enunciar así la Misión del PNAIA 2021:

Misión

El Estado, las familias y la comunidad generan condiciones para el desarrollo sostenible de las capacidades de niñas, niños y adolescentes, lo que les permite ejercer sus derechos plenamente.

Los esfuerzos del Estado, la familia y la sociedad, sintetizados en la Visión y Misión del presente Plan, se articulan alrededor de 4 objetivos estratégicos y 25 resultados esperados con sus respectivas metas, entre las cuales destacan 6 metas emblemáticas, tomadas como referentes de las acciones propuestas a efectos de estimular y focalizar el aporte de quienes (desde sus respectivos roles) son responsables directos de su ejecución, como autoridades, maestros, padres de familia, profesionales de la salud, operadores del sector público, investigadores y comunicadores, ciudadanas y ciudadanos en general⁵⁹.

⁵⁸ Se entiende la noción de desarrollo humano de acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en el sentido de aludir a un conjunto de variables que muestran la situación económica, nivel educativo y ejercicio de derechos de una determinada población.

⁵⁹ Diferentes sectores y colectivos consultados convinieron en la necesidad de que el Plan escogiese, entre las metas planteadas para el año 2021, cinco que destaquen como primordiales para orientar el esfuerzo nacional en favor de la infancia y la adolescencia.

Las Metas Emblemáticas

El PNAIA 2021 se ciñe a ejes prioritarios que señalan la ruta a seguir para despertar energías y sinergias al interior del Estado y la sociedad, poniendo énfasis y recursos en la solución de “cuellos de botella” históricos, que impiden el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, y por tanto, traban el éxito de los procesos de inclusión social en el Perú.

¿QUÉ ES UNA META EMBLEMÁTICA?

Es aquella meta prioritaria y esencial para el desarrollo de la infancia y adolescencia en el Perú, cuyo señalamiento tiene impacto orientador, simbólico y motivador para la sociedad, y cuyo avance impulsa el cumplimiento integral del PNAIA 2021.

Las metas emblemáticas han de ser orientadoras y estimulantes, pero también realizables en plazos establecidos. Es decir, son perfectamente alcanzables si se cumplen ciertos supuestos, como el liderazgo eficaz de las instituciones ejecutoras del Plan, la asignación oportuna de recursos, el desarrollo in situ de las estrategias, y por supuesto, el compromiso de la ciudadanía.

La medición de estas metas simbolizará el avance del país en el ejercicio pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes, formando parte de la agenda nacional prioritaria. De esta manera, la celebración del bicentenario de la República coincidirá con la culminación del PNAIA 2021, tras haber motivado y organizado la intervención concertada del Estado, la sociedad y las familias peruanas en la búsqueda del desarrollo humano de las nuevas generaciones.

Primera Meta Emblemática

Desnutrición crónica de la primera infancia reducida al 5%⁶⁰.

Entre los cero y cinco años de edad se desarrolla la mayor parte de conexiones neuronales del cerebro humano⁶¹, lo que revela la importancia de asegurar la nutrición adecuada de madres gestantes e infantes, si deseamos que niñas y niños alcancen su máximo potencial cuando sean adultos en un mundo cada vez más competitivo en habilidades intelectuales y de empleo de información.

La desnutrición infantil crónica perpetúa la pobreza y la inequidad, de modo que es un deber solidario y un desafío económico para el país, conseguir su erradicación o por lo menos su drástica disminución. Las neurociencias⁶² han probado que una nutrición deficitaria al comienzo de la vida trae consecuencias irreversibles en términos de desarrollo humano, además de representar un alto costo para la sociedad, en una serie de dimensiones.

La presente meta emblemática (correspondiente al resultado esperado N° 3) postula que para el 2021 el Perú habrá reducido al 5% la desnutrición infantil crónica; es decir, el 95% de las niñas y niños entre 0 y 5 años de edad gozará de nutrición adecuada, lo que implicará redoblar esfuerzos de capacitación y orientación en las familias, especialmente en el medio rural, así como promover dietas en base a productos provenientes de nuestra biodiversidad en la dieta alimenticia acorde a la producción local y dotar a las viviendas con agua potable y mejores condiciones sanitarias, entre otras medidas.

⁶⁰ Meta concordada con la que figura en el Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.

⁶¹ Los dos primeros años de vida son determinantes para el desarrollo del cerebro humano (que a los 6 años de edad ya posee el tamaño que tendrá en adelante) resultando definitivos para el crecimiento físico, la salud y la interconexión neuronal, así como para la vinculación emocional con el entorno. La alimentación y nutrición adecuadas en la primera infancia, junto al estímulo afectivo, son claves para los mecanismos neurológicos ligados al aprendizaje y la conducta (“From Early Child Development to Human Development”. M. Young ed., The World Bank, Washington D.C. 2002).

⁶² El niño nace con cerca de 100 billones de células cerebrales (neuronas) pero el 95% de ellas aún no se conectan entre sí. Tras el nacimiento se forman rápidamente las “vías neuronales”, que permiten ver, oír, oler, caminar, hablar, pensar, etc., cubiertas de mielina, sustancia que facilita la conducción eléctrica de los mensajes nerviosos y está compuesta por ácidos grasos esenciales, provenientes de la leche materna. (Mustard, J.F., “Early child development and the brain – The base for health, learning and behaviour throughout life”, en M. Young ed., ob. cit.)

Segunda Meta Emblemática

El 100% de las niñas y niños peruanos de 3 a 5 años de edad accede a educación inicial de calidad.

La cobertura de la educación primaria en el Perú alcanza al 94% de las niñas y niños, pero en el nivel de educación inicial solo llega al 66% en las ciudades y al 55% en el área de residencia rural⁶³.

El Premio Nobel de Economía 2001 James Heckman advertía que *no podemos darnos el lujo de posponer la inversión en las niñas y niños hasta que sean adultos, ni podemos esperar a que lleguen a la escuela (primaria), momento en que puede ser muy tarde para intervenir*⁶⁴. Por ello, universalizar el acceso a la educación inicial en el Perú es una meta con efectos múltiples, que contribuirá a mejorar el desempeño estudiantil en los niveles de primaria y secundaria, además de permitir al Estado un ahorro sustantivo en el mediano plazo con la disminución de la deserción y la repitencia⁶⁵.

Proporcionar educación inicial a todos las niñas y niños peruanos de 3 a 5 años de edad es meta ambiciosa pero factible, abordada en el resultado esperado N° 5 del presente Plan. Su consecución será clave para poner fin al circuito de regeneración de la pobreza en el país, pues no existe mejor garantía de avance social y económico que una comunidad tempranamente educada.

Tercera Meta Emblemática

El 70% de las niñas y niños peruanos de segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente de comprensión lectora y razonamiento matemático.

63 INEI-UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú. Lima, febrero del 2011.

64 Diálogo Nacional por la Ampliación de la Cobertura de la Educación Inicial en el Perú. Ministerio de Educación. Documento de la Dirección General de Educación Básica Regular, 11 de junio de 2010.

65 Numerosas investigaciones muestran que invertir en educación, especialmente en etapas tempranas, no sólo significa mejor desarrollo individual y social en general, sino también una mejor tasa de retorno que inversiones educativas en etapas posteriores. "Si las intervenciones educativas con niños de 0 a 5 años son de calidad, por cada dólar invertido en su aprendizaje y desarrollo se obtienen retornos económicos importantes en el futuro, que podrían oscilar entre 4 dólares (como arrojó el Programa 'Abecedarian') y 17 dólares, como estimó el Proyecto High Scope Perry School. (...), siendo probablemente mayor el ahorro cuando la inversión se focaliza en los grupos más vulnerables" (Propuesta Pedagógica de Educación Inicial. Ministerio de Educación 2008).

La no comprensión de textos es una forma de "analfabetismo funcional" que limita seriamente a las personas en su acceso al conocimiento y a la posibilidad de seguir aprendiendo, como ocurre también con la incapacidad para razonar matemáticamente, que constriñe el desarrollo de competencias básicas y acorta el número de oportunidades laborales y productivas.

Por cierto, si la educación básica en el Perú no garantiza niveles suficientes de comprensión lectora y razonamiento matemático⁶⁶ estaría suponiendo el fracaso del sistema educativo en su conjunto, representando un paradójico factor de exclusión social e inequidad. Por ello, es imperativo que la escuela desarrolle tales capacidades a la edad adecuada, en el segundo grado de primaria.

El PNAIA 2021 estima que la priorización del gasto y reorientación de recursos para alcanzar esta meta educativa (correspondiente al resultado esperado N° 5) debe sumarse a la participación decidida de las familias, gobiernos locales y regionales, sector empresarial, sociedad civil y medios de comunicación, en el marco de una cruzada que lleve a mejorar estos fundamentales indicadores de la preparación escolar.

Cuarta Meta Emblemática

La tasa de maternidad adolescente se reduce en un 20%.

Los casos de maternidad y paternidad adolescente han crecido en el Perú, de manera que el 13,5% de las adolescentes peruanas ya ha tenido hijas e hijos o está embarazada, porcentaje que aumenta entre los sectores más pobres y con menor nivel educativo. Esta cifra coincide con el inicio más temprano de las relaciones sexuales en el país, que se promedia en 12 años de edad.

El embarazo adolescente interrumpe el proceso de maduración de la adolescente y en general, en contextos de pobreza, disminuye las oportunidades de desarrollo de los

66 En el análisis de situación (capítulo II) se ven los resultados de la Evaluación Censal de Estudiantes (CES) del 2007, mostrando preocupantes cifras al respecto, y apenas mejoradas en el 2010.

jóvenes padres, quienes con frecuencia deben abocarse a la crianza sin haber completado sus estudios. La maternidad adolescente tiende a reproducir la pobreza en la familia peruana y pone en riesgo la integridad física y emocional del recién nacido, cuyos primeros años de vida (tan decisivos para su desarrollo integral) transcurren en contextos por lo general precarios, lo que se refleja en la alta incidencia de problemas de salud y nutrición que estas niñas y niños suelen presentar.

El cuadro es aún más delicado cuando se trata de adolescentes solteras y sin pareja, pobres y con poca educación. Las perspectivas de exclusión social de madre e hijo son tan elevadas entonces, que sin la intervención del Estado y de instituciones particulares difícilmente tendrían el apoyo requerido.

Por todas estas consideraciones, la cuarta meta emblemática del PNAIA 2021 es reducir la maternidad prematura a la mitad de las actuales tasas, para evitar la recurrencia de un problema bastante común, pero con altísimo costo social.

Quinta Meta Emblemática

Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa, una educación secundaria de calidad.

Las y los adolescentes necesitan una educación secundaria de calidad que consolide y amplíe los aprendizajes adquiridos en la primaria, particularmente en aquellas competencias que les abran oportunidades al conocimiento, al emprendimiento productivo y a la vida democrática.

Además siendo que esta es una etapa natural de cambio de la niñez a la adolescencia, por lo tanto las Instituciones Educativas deben generar mecanismos para que este tránsito se realice en las mejores condiciones.

Asimismo, debe considerar condiciones para mejorar las brechas existentes entre lo urbano y rural.

Sexta Meta Emblemática

¡En el Perú no se maltrata a su infancia! Disminuye violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes.

A pesar de sus gravísimas consecuencias, existe poca información confiable y actualizada sobre la violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes en todo el país. Sin embargo, se sospecha su magnitud y hasta su cotidianidad a juzgar por las noticias que trascienden con frecuencia, mostrando la cara oculta de un problema que llegaría a niveles alarmantes⁶⁷.

Además del daño físico, la violencia sufrida al comienzo de la vida deja heridas emocionales irreversibles, constituyendo una práctica inaceptable, que subleva el sentido común cuando se piensa en la cadena de desajustes psicológicos que genera a todo nivel, tanto individual como colectivo, pues algunas de sus víctimas tienden después a replicar el castigo con sus propias hijas e hijos o con otras niñas o niños, junto a otras señales de desequilibrio o desadaptación social.

Al ser testigo de la violencia de sus padres contra sus madres, tiene repercusiones negativas en el mundo psicológico de niñas y niños, pues estos episodios son vividos con mucho dolor, miedo y sentimientos de culpa, y en la naturalización de las relaciones violentas, la gran mayoría de hombres que agreden a sus parejas experimentaron cuando niños estas situaciones.

Una nación con buen trato a sus niñas, niños y adolescentes, es objetivo central de este Plan, que demanda planificación, recursos económicos y creatividad para cambiar conductas arraigadas en espacios privados como el hogar. Para ello, se debe focalizar acciones en las zonas con mayor incidencia de maltrato, así como aplicar en el año 2012 la primera Encuesta Nacional Especializada sobre Violencia contra Niñas, Niños y

67 La escasa información disponible procede de instituciones como la Policía Nacional del Perú (PNP), la Fiscalía, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y las Defensorías del Niño y del Adolescente. Durante el año 2008, la PNP recibió un total de 91,929 denuncias de violencia familiar, 8,484 de ellas contra menores de edad, tratándose en su mayoría de casos que ameritan atención especializada, como se observa en el capítulo II.

Adolescentes, a fin de establecer una línea de base, cuantificar metas y monitorear en lo pertinente las acciones del PNAIA 2021.

¿Cómo alcanzar las Metas Emblemáticas?

Es posible alcanzar las metas emblemáticas en el horizonte de una década tal como plantea el PNAIA 2021 y como lo exigen las necesidades sociales del país. Son metas que expresan prioridades estratégicas y responden al ejercicio de derechos y deberes ciudadanos fundamentales, de modo que su alcance es condición “sine qua non” del desarrollo nacional y de la superación de brechas históricas de exclusión y desigualdad.

El cumplimiento de estas metas requiere la convergencia de cuando menos seis factores fundamentales, estrechamente relacionados entre sí:

a) Liderazgo claro y compromiso ciudadano con las metas emblemáticas

Es preciso que exista un claro y activo liderazgo político en materia de infancia y adolescencia, más allá de cualquier consideración partidaria o de grupo. Las autoridades y funcionarios del sector público son los llamados a ejercer este liderazgo a nivel nacional, regional y local, sabiendo que las metas emblemáticas son trascendentes por sí mismas y además impulsan el desarrollo social y económico del país a mediano y largo plazo.

Encarnar tal liderazgo implica transmitir mensajes claros a favor de la infancia y la adolescencia, adecuándose a múltiples audiencias. Significa recalcar los impactos positivos de las metas del PNAIA 2021 en la calidad de vida de niñas y niños, en la erradicación de la pobreza, en el futuro de los adolescentes, en el avance económico, social y educativo del país, entre otros logros. El líder deberá impulsar procesos de discusión y diálogo en su jurisdicción, a fin de comprometer a la población en el cumplimiento de las metas emblemáticas. Ha de saber que sin el compromiso ciudadano

y sin su propia iniciativa como líder social, estas metas serían sólo enunciados exentos de significado, carentes de la relevancia que tienen para mejorar la vida diaria y la salud de millones de niñas y niños peruanos.

b) Articulación de cada meta con los Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados y con el Sistema de Presupuesto por Resultados

Los programas presupuestales con enfoque de resultados representan un avance significativo para la gestión del Estado peruano, pues contribuyen a una adecuada asignación de recursos y priorizan la ejecución del gasto en función de determinados logros, cuyos efectos sinérgicos pueden deducirse o proyectarse en el ámbito social y económico.

Las tres primeras metas emblemáticas recién descritas se vinculan con programas actualmente en marcha (Articulado Nutricional, Salud Materno Neo Natal y Logros de Aprendizaje) pero no así la cuarta meta emblemática sobre maternidad adolescente, ni la quinta sobre violencia familiar contra la niñez. Dada su importancia para cerrar brechas sociales y abrir espacios de inclusión, ambas deberían adscribirse también a programas que afirmen su financiamiento y logro en el lapso de diez años.

c) Participación del sector privado y aprovechamiento de los modelos y casos exitosos desarrollados en el país

Durante los últimos años, a través de programas de responsabilidad social empresarial, el sector privado ha emprendido iniciativas ligadas al desarrollo de la infancia, incluyendo acciones de lucha contra la desnutrición infantil en la sierra rural y programas de mejoramiento de la calidad educativa⁶⁸. Se trata de casos que merecen ser analizados en función de sus procesos y

⁶⁸ Cabe destacar el programa “Ally Micuy” de lucha contra la desnutrición infantil impulsado por la empresa minera Antamina en 800 centros poblados de Ancash, así como el programa “Leer es estar adelante” promovido por la Fundación BBVA con excelentes resultados en mejorar la comprensión lectora de más de 50 mil niños, y el programa de “Escuelas exitosas” del Instituto Peruano de Acción Empresarial (IPAE).

resultados, para su replicación a escala local, regional y nacional.

Los modelos desarrollados para reforzar la calidad educativa, por ejemplo, han probado mejorar la comprensión lectora y el razonamiento matemático en el área de residencia rural, por medio de intervenciones culturalmente apropiadas, que podrían extenderse a otras regiones y localidades a través de alianzas público-privadas, perfiladas como herramientas estratégicas para avanzar en el logro de las metas emblemáticas. Asimismo, podría concretarse el apoyo solidario de personalidades del mundo empresarial y cultural en torno a las metas más afines a sus roles, actuando así como mentores de causas nacionales que precisan del respaldo y la colaboración de la ciudadanía.

d) Visión y articulación intersectorial e intergubernamental

La escasa articulación intersectorial que se observa en las instituciones públicas es uno de los obstáculos mayores para el cumplimiento de las estrategias y metas aquí presentadas. A menudo, los sectores funcionan como compartimentos estancos, cuando el éxito de las políticas públicas para la infancia y adolescencia requiere, precisamente, de intervenciones concertadas y complementarias entre los distintos organismos del Estado.

Junto a lo anterior, resulta indispensable la articulación de los tres niveles de gobierno (locales, regionales y nacionales) que existen y actúan en el Perú. En este sentido, la envergadura de los desafíos planteados por el PNAIA 2021 exige priorizar la coordinación permanente entre sectores y niveles de

gobierno, tarea en la que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables tiene especial responsabilidad, en su calidad de ente rector del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente.

e) Participación de los Gobiernos Regionales

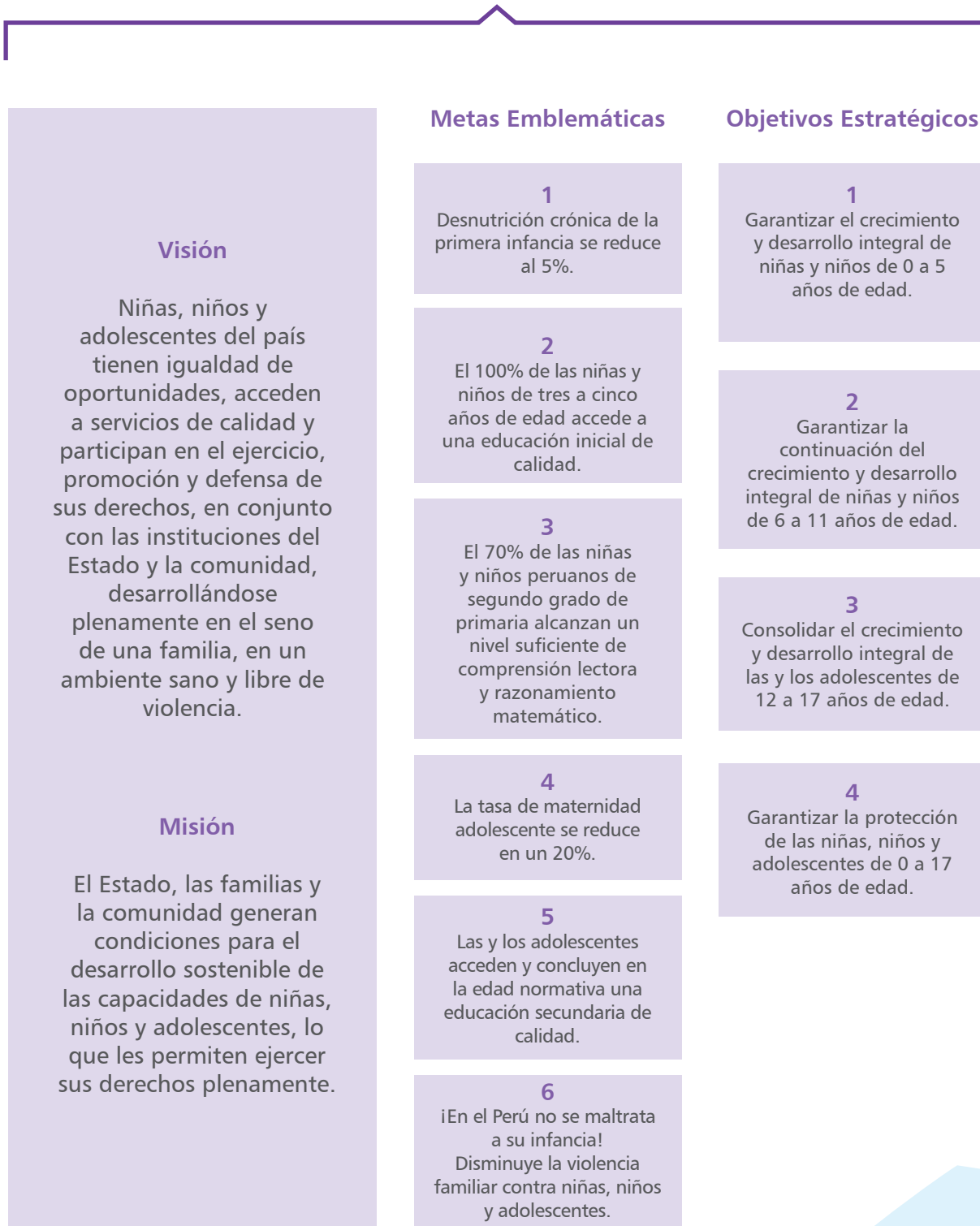
En concordancia con lo expuesto, es importante comprometer a gobiernos y actores regionales en el logro de las metas emblemáticas del PNAIA 2021, considerando que el Perú vive un dinámico proceso de descentralización, por el cual las decisiones, recursos y gestión de las acciones de desarrollo se disponen crecientemente en este nivel de gobierno.

Actores relevantes de la sociedad civil y del sector privado en las diversas regiones del país, pueden liderar asuntos de infancia y adolescencia en sus respectivas circunscripciones, coordinando para ello con su gobierno regional y con el ente rector del Sistema, lo cual ha de llevar al diseño y ejecución de Planes Regionales de Acción por la Infancia y la Adolescencia, acordes con la realidad y situación específica de cada departamento, a la vez que articulados a las metas y estrategias del PNAIA 2021.

f) Participación de los Gobiernos Locales

Comprometer a los gobiernos y actores locales en el logro de las metas emblemáticas es muy importante, pues son ellos quienes están en contacto con la población y conocen sus problemas. Por tanto, pueden promover el diseño e implementación de los Planes Locales de Acción por la Infancia y la Adolescencia, adecuados a la situación de cada provincia y distrito y armonizados con los respectivos Planes Regionales y con el PNAIA 2021.

Garantía de Derechos



Objetivos Estratégicos

Resultados Esperados

1

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.

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.
2. Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.
3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.
4. Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.

2

Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

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

3

Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

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.
8. Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.
9. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.
10. Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.
11. Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.
12. Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes.
13. Las y los adolescentes acceden a una atención de salud de calidad y con pertinencia cultural.
14. Las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual.

4

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

15. Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.
16. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.
17. Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad).
18. Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.
19. Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencias y desastres.
20. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.
21. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.
22. Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia.
23. Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.
24. Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.
25. Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.

IV. Objetivos, Resultados, Metas e Indicadores

Objetivo Estratégico N° 1: Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad

Resultados Esperados al 2021:

- 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.
- 2 Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.
- 3 Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidados, atención integral y aprendizaje oportuno.
- 4 Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental, libre de violencia.

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.

Justificación: El desarrollo físico y psicológico más significativo se produce durante los primeros años de vida, lo que obliga a mejorar la atención materno infantil en la familia, centros de salud y comunidad, para reforzar cuidados a la concepción, al embarazo, al parto y al primer mes de vida, cuando se dan vínculos especiales entre la niña, el niño, la madre y las figuras que le atienden.

Meta:
Reducir un tercio la Tasa de Mortalidad Neonatal.

Indicador 1: Tasa de Mortalidad Neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.

Línea de base año 2011

Nacional: 10 por cada mil nacidos vivos.
Rural: 13 por cada mil nacidos vivos.
Urbana: 8 por cada mil nacidos vivos.

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011

Indicador 2: Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

Línea de base año 2011

Nacional: 83.8%. Rural: 62.5%. Urbana: 94.2%. Quintil inferior: 54.2%. Ica: 99,7%. Loreto: 54,1%. Amazonas: 54.2%.

Cajamarca: 58,4%

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011

Indicador 3: Proporción de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (< 2.5 kg.), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

Línea de base año 2011

Nacional: 7,1%. Rural: 9,0%. Urbana: 6,2%. Loreto: 12,1%. Quintil inferior: 9,4%.

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Indicador 4: Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el período de 7 años anteriores a la encuesta.

Línea de base año 2010

Nacional: 93 x 100,000 nacimientos.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010.

Indicador 5: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.

Línea base año 2010

Nacional: 92,0%. Sin educación: 97,5%.

Superior: 86,4%. Quintil inferior: 96,3%.

Quintil Superior: 85,0%

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010.

Indicador 6: Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.

Línea base año 2011

Nacional: 15,8%. Urbana: 19,0%.

Rural: 9,9%. Lima Metropolitana: 21,0%.

Selva: 9,1%. Quintil inferior: 8,8%.

Quintil Superior: 22,2%.

Loreto y Cajamarca: 7,9%. Ica: 24,4%

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011

Estrategias de implementación

- Certificar los establecimientos de salud como "Amigos de la Madre y el Niño"
- Tomando como modelo intervenciones exitosas en diversos puntos del país, fortalecer los programas de nutrición y seguridad alimentaria para madres gestantes, promoviendo la participación familiar y priorizando el uso de productos originarios de la zona.
- Coordinar con programas sociales ligados al mejoramiento de la calidad de vida en el área de residencia rural, para asegurar condiciones sanitarias adecuadas en las viviendas de los recién nacidos.
- Acciones de información, educación y comunicación orientadas a la creación de conciencia ciudadana sobre la importancia de las etapas de gestación, parto y período neonatal, a fin de que la población participe en el logro de este resultado esperado.

- Promover la atención y prevención de la violencia ejercida contra las mujeres embarazadas, incrementando la calidad y cobertura de los servicios e instituciones creadas para ello.
- Activar mecanismos que impidan o dificulten la transmisión vertical de VIH.
- Implementar y/o fortalecer casas de espera cercana a los Establecimientos de Salud de mayor capacidad resolutive para las poblaciones dispersas
- Garantizar el acceso permanente a los métodos de planificación familiar.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para la vigilancia de la salud materno y neonatal.
- Garantizar la suplementación con hierro en las madres gestantes y realizar vigilancia nutricional.
- Promover la detección precoz y referencia oportuna para la resolución de las complicaciones en el marco de un trabajo en Red.
- Continuar con la implementación del Programa presupuestal con enfoque de resultados "Salud Materno Neonatal".
- Incrementar la cobertura de Atenciones Prenatales con exámenes de laboratorio básicos durante el primer trimestre de gestación.

Responsables: **MINSA.**

MIDIS, MININTER - Policía Nacional del Perú, MIMP, MED, Ministerio Público, EsSalud, gobiernos regionales, MCLCP.

Resultado Esperado 2

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

Justificación: En los comienzos de la vida se crean las bases para el funcionamiento físico y psicológico de niñas y niños, lo que decidirá en gran parte su futuro. Por ello, el Estado les debe garantizar nutrición oportuna y suficiente, cuidados a su salud, acceso a

agua segura y saneamiento en sus viviendas, así como protección de sus derechos, entre otras medidas para su desarrollo integral, resaltando en ello la alimentación adecuada y servicios de salud calificados.

Meta:

Disminuir al 5% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad⁶⁹.

Indicador 1: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

Línea de base año 2011

Nacional: 15,2%. Rural: 29,9%. Urbana: 7,4 %. Sierra: 25,1%. Selva: 21,2%. Huancavelica: 46,4%. Quintil inferior: 36,0%

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Indicador 2: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

Línea de base año 2011

Nacional: 19,5%. Rural: 37,0%. Urbana: 10,1%. Sierra: 30,7%. Selva: 28,2%. Huancavelica: 54,2%. Quintil inferior: 43,8%.

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Indicador 3: Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia, región natural y departamento.

Línea de base año 2010

Nacional: 17 x mil nacidos vivos.
Urbana: 14 x mil nacidos vivos.
Rural: 22 x mil nacidos vivos.
Lima Metropolitana: 13 x mil nacidos vivos.
Sierra: 19 x mil nacidos vivos.
Selva: 24 x mil nacidos vivos.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2010. Cinco años anteriores a la encuesta.

Departamentos:

Lima: 11 x mil nacidos vivos.
Ica: 13 x mil nacidos vivos.

Loreto: 43 x mil nacidos vivos.
Puno: 40 x mil nacidos vivos.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2010. Cinco años anteriores a la encuesta.

Indicador 4: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad por área de residencia, región natural y departamento.

Línea de base año 2011

Nacional: 41,6%. Urbano: 37,5%. Rural: 49,6%. Costa: 32,4%. Sierra: 51,7%. Selva: 47,2%. Lima: 27,5%. Puno: 71,1%. Cusco: 64,1%. Madre de Dios: 59,2%

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Indicador 5: Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.

Línea de base año 2011

Lima: 27,5%.

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Indicador 6: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia local, región natural, quintil de riqueza y departamento.

Línea de base año 2011

Nacional: 72,7%. Urbana: 74,2%. Rural: 69,5%. Quintil inferior: 64,9%. Quintil superior: 78,1%. Huancavelica: 87,5%. Apurímac: 85,4%. Amazonas: 54,7%. Madre de Dios: 57,8%.

Fuente: INEI. PpR-ENDES 2011.

Estrategias de implementación

- Priorizar intervenciones en las zonas rurales y las comunidades indígenas y nativas.
- Continuar la implementación del Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados - Articulado Nutricional.
- Aseguramiento del paquete de intervención en el período perinatal.
- Informar, involucrar y comprometer a familias y comunidades en acciones promotoras de la buena nutrición de niñas y

⁶⁹ Concordado con el Plan Bicentenario. El Perú hacia el 2021; el 5% hace referencia al patrón NCHS.

niños, tales como campañas de orientación y capacitación para madres y padres, en espacios diversos como hogares, mercados y supermercados, terminales de transporte aéreo y terrestre, establecimientos públicos y privados, entre otros.

- Alianzas estratégicas con medios de comunicación nacionales, regionales y locales, para fomentar la alimentación adecuada de niñas y niños.
- Capacitar a docentes y promotores educativos comunitarios en temas de nutrición infantil enfatizando en el conocimiento de aquellos alimentos propios de cada región, para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres de familia.
- Introducir en los contenidos educativos de educación inicial, primaria y secundaria, el componente nutricional para promover el consumo de alimentos con los nutrientes requeridos para el desarrollo integral de niñas y niños, ayudando a revalorar nuestra mega diversidad y tradiciones culturales.
- En zonas con altas tasas de desnutrición infantil, activar mecanismos para la entrega de complementos dietéticos, preferentemente elaborados con productos locales, capacitando a las familias en su preparación.
- Implementar o reforzar los programas vinculados al acceso a agua segura, viviendas saludables, promoción de la salud, cuidado y protección infantil.
- Incrementar la oferta de servicios de salud para comunidades indígenas amazónicas, con capacidad resolutive y pertinencia cultural.

Responsables: MIDIS, MINSA, MIMP, MED, MVCS, MINAG, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, medios de comunicación y sociedad civil.

Resultado Esperado 3

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

Justificación: Hallazgos neurocientíficos revelan que el período de más rápido crecimiento del cerebro se verifica durante los 3 primeros años de vida, constituyendo una edad privilegiada para el aprendizaje. Según distintas publicaciones, lo que suceda o no en esa etapa es determinante para el futuro de la niña y el niño⁷⁰, por lo cual es esencial no sólo cuidar su crecimiento físico sino también promover su desarrollo motriz, afectivo, social y cognitivo desde la más temprana edad, asegurando la calidad de las interacciones del niño y la niña con su madre o sus cuidadores, así como con los demás seres y figuras de su entorno. Es clave en ello involucrar activamente a los diversos actores de la comunidad, del Estado y de la sociedad civil para efectivizar la calidad de los servicios educativos para la infancia.

Meta:

Las tres cuartas partes de niñas y niños menores de 36 meses de edad tienen controles de crecimiento y desarrollo completos para su edad.

Indicador 1: 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, región natural, quintil de bienestar y departamento.

Línea de base año 2011

Nacional: 47,3%. Urbana: 43,3%.
 Rural: 55,2%. Quintil inferior: 53,3%.
 Quintil superior: 49,2%.
 Huancavelica: 73,6%. Huánuco: 72,3%.
 Cajamarca: 71,5%. Loreto: 35,7%.
 Lambayeque: 36,5%. La Libertad: 36,5%.
 Lima: 37,4%.

Fuente: : INEI. PpR-ENDES 2011.

70 Barnett 1995. Shonkoff and Phillips, 2000. Leseman 2002. Young 2002. Bedregal y Pardo, 2004.

Indicador 2: Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0 a 2 años de edad, por área de residencia y departamento.

Línea de base año 2010

Nacional: 2,2%. Rural: 1,3%.

Huancavelica: 0,4%. Ayacucho: 0,5%.

Huánuco y Amazonas: 0,6%.

Fuente : MED. Estadística de la Calidad Educativa – ESCALE 2010

Estrategias de implementación

- Implementar o fortalecer servicios de atención para la infancia.
- Impulsar la creación y reforzamiento de servicios educativos dirigidos a la niña, el niño y la familia con servicios complementarios de alimentación y control del bebé sano, en el marco de la estrategia nacional CRECER, el programa nacional JUNTOS y otros relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida en el área de residencia urbano y rural.
- Concertar con los Gobiernos Regionales el desarrollo de una política de incremento progresivo de los presupuestos destinados a la educación, para: a) Fortalecimiento de la calidad de los servicios del ciclo I existentes en el área de residencia rural, b) Formación de docentes de educación especial con especialización en intervención precoz o en educación temprana para la atención de niños de 0 a 2 años de edad, c) Creación de nuevas plazas para docentes bilingües y de educación especial y d) Sostenibilidad de los convenios de concertación intersectoriales e inter-institucionales.
- Promover la instalación de Centros de Consejería Familiar y Salas de Estimulación y Educación Oportuna en los municipios locales con el fin de orientar a madres y padres de familia sobre los cuidados a los hijos en los dos primeros años de vida.
- Organizar equipos itinerantes que puedan llegar a pueblos y zonas rurales de difícil acceso para acompañar a las familias con niñas y niños pequeños en prácticas de higiene, nutrición, juego y buen trato.
- Promover con los gobiernos locales la suscripción de acuerdos dirigidos a ampliar la cobertura a nivel nacional sustentados en propuestas técnicas y herramientas presupuestales que garanticen la transición de servicios del ciclo I al ciclo II involucrando a los diferentes niveles de gobiernos. De esta forma se impulsará la gestión e implementación de cunas, y servicios de atención no escolarizada como los dirigidos a niñas y niños, incluyendo: a) Salas de educación temprana (SET) para las madres que trabajan y para las comunidades que carecen de cunas donde cuiden a sus niñas y niños para que se desarrollen y aprendan, b) Programa integral de educación temprana (PIET) o Wawapukllana en un ambiente común para madres que no trabajan, c) Programa integral de educación temprana con base en la familia (PIETBAF) o Aprendiendo en el hogar, d) Ludotecas Itinerantes y e) Familias que aprenden.
- Fomentar en centros laborales privados la creación de cunas de gestión privada (empresas, fábricas, centros comerciales, asociaciones, otros).

Responsables: **MINSA, MED, MIDIS, MIMP, MTC, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Organizaciones de la Sociedad Civil y Empresas Privadas.**

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.

Justificación: La educación inicial contribuye al desarrollo integral de niñas y niños de 3 a 5 años de edad, tomando en cuenta su crecimiento físico, socio-afectivo y cognitivo para promover prácticas de crianza con participación de la familia y la comunidad. Se desarrolla tanto en forma escolarizada (Jardines) como no escolarizada (PRONOEI), atendiendo a niñas y niños hasta los 5 años de edad, 11 meses y 29 días. Este nivel educativo es clave para integrar el desarrollo individual con las necesidades de aprendizaje en función del ciclo de vida.

Además de asegurar su desarrollo físico, el Estado debe promover que niñas y niños accedan al sistema de educación a la edad adecuada, para expandir sus capacidades y mejorar su desempeño estudiantil.

Meta:

Universalizar el acceso de niñas y niños de 3 a 5 años de edad a la educación inicial a la edad correspondiente, priorizando el ámbito rural.

Indicador: Tasa neta de matrícula en Educación Inicial del grupo de 3 a 5 años de edad, por área de residencia.

Línea de base año 2010
Nacional: 70,3%. Rural: 61,0%.
Urbano: 74,3%.

Fuente: INEI. . Encuesta Nacional de Hogares. ENAHO 2010.

Estrategias de implementación

- Difundir el marco legal que orienta la implementación y ordenamiento de los servicios de Educación Inicial.
- El Ministerio de Educación concertará con los sectores Salud, MIMP, gobiernos regionales y gobiernos locales, así como con instituciones no gubernamentales y de la sociedad civil, la atención en nutrición y salud para las niñas y niños menores de 6 años de edad atendidos por las instituciones educativas y los programas del nivel inicial.
- Coordinar con los gobiernos regionales el incremento progresivo de presupuestos para la educación inicial, a fin de a) Fortalecer la calidad de los servicios del ciclo II con énfasis en el ámbito rural, b) Formación de docentes bilingües para el nivel inicial, c) Formación de docentes de educación especial para la atención de 3 a 5 años de edad, d) Crear plazas para docentes bilingües y de educación especial, e) Dar sostenibilidad a los convenios de concertación inter-sectorial e inter-institucional.
- Asignar recursos para aumentar el número de las plazas docentes que lleven a cumplir la meta de cobertura universal.
- Adecuar y/o habilitar la infraestructura educativa para la atención de la educación inicial.
- Impulsar un sistema de Consejería Familiar Municipal para lograr que todos los niñas y niños de 3 a 5 años de edad sean matriculados en los centros de educación inicial, con énfasis en las zonas rurales.
- Impulsar y promover dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje del nivel inicial un enfoque ecológico vivencial que estimule el desarrollo de habilidades, valores y conciencia ambiental desde la primera infancia.
- Difundir la importancia de la primera infancia, el juego y sus efectos en el desarrollo de niñas y niños.
- Promover programas para educación especial en el ámbito rural.
- Implementar programas especializados para la prevención y atención del bullying en las instituciones educativas, con la participación de las familias.
- Implementar mecanismos de registro estándares sobre casos de violencia.

Responsables: MED, MIDIS, MINAM, MINCU, MIMP, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Objetivo Estratégico N° 2: Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad

Resultados Esperados al 2021:

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

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.

Justificación: La educación primaria consolida la lecto-escritura y proporciona nociones de cálculo básico junto a conceptos culturales esenciales. Su finalidad es brindar a niñas y niños de 6 a 11 años de edad una formación común con miras al desarrollo de las capacidades individuales motrices, de equilibrio personal; de actuación social, relación, aprendizaje y otras que la secundaria reforzará y ampliará. Sin estas habilidades se dificultan futuros aprendizajes y se adolece de herramientas para contar con mejores ocasiones laborales y de ingresos.

Meta:

El 70% de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos y matemática.

Indicador 1: Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión lectora en segundo grado, por área de residencia y departamento.

Línea de base año 2011:

Nacional: 29,8%. Rural: 5,8%.
Urbana: 36,3%. Loreto: 6,1%

Fuente: MED. Evaluación Censal a Estudiantes (ECE) 2011.

Indicador 2: Porcentaje de niñas y niños

que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión matemática en segundo grado, por área de residencia y departamento.

Línea de base año 2011

Nacional: 13,2%. Rural: 3,7%.
Urbana: 15,8%. Loreto: 1,4%.

Fuente: MED. Evaluación Censal a Estudiantes (ECE) 2011.

Indicador 3: Tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad, por área de residencia, nivel de pobreza y departamento

Línea de base año 2010

Nacional: 77,9%. Rural: 60,9%.
Urbana: 86,3%. Pobre extremo: 53,0%.
Huánuco: 55,4%.

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO 2010.

Meta:

Al 2016, el 50% de Centros Educativos en comunidades indígenas desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos de nivel primaria.

Indicador: % de Centros Educativos en comunidades indígenas que desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos

Línea de base año 2010

11.5% de Centros Educativos en comunidades indígenas desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos del nivel primaria.

Fuente: Censo Escolar del Ministerio de Educación /Unidad de Estadística Educativa y II Censo de Comunidades Indígenas del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Estrategias de implementación

- Difundir indicadores que las familias puedan usar para adoptar medidas que fortalezcan el aprendizaje de sus hijas e hijos.
- Priorizar el aprendizaje de la lecto escritura en español con métodos de educación bilingüe en aquellas zonas del país cuya lengua materna es el quechua, el aymara u otra lengua nativa, a fin de facilitar una adquisición amigable (no traumática) de las competencias propias de esta etapa escolar.
- Incluir en los cursos vinculados al desarrollo de habilidades para la vida, el tema del bullying estandarizando conceptos, estrategias de intervención y mecanismos de seguimiento.
- Implementar programas especializados para la prevención y atención del bullying en las instituciones educativas, con la participación de las familias.
- Implementar mecanismos de registro estándares sobre casos de violencia en las instituciones educativas diferenciado la violencia entre pares de otros tipos de violencia.
- Difundir en la población estudiantil mecanismos de denuncia de actos de bullying u otra forma de violencia, por ejemplo contactando la Línea 100 del MIMP.
- Promover alianzas estratégicas con empresas privadas experimentadas en programas de promoción de la lectura y la enseñanza de matemáticas, así como concursos, campañas de comunicación, premios y otras iniciativas que impulsen la comprensión lectora y el razonamiento matemático, involucrando a las familias en esta tarea.
- Promover la lectura y enseñanza con material acorde a cada realidad y a sus conocimientos ancestrales.
- Organizar competencias en investigación, emprendimientos, participación y ecoeficiencia para fomentar valores y responsabilidades ambientales.

- Promover una educación libre de violencia y maltrato de parte de profesoras y profesores contra las alumnas y alumnos.
- Promover la formación de profesoras y profesores desde una perspectiva de respeto a los derechos y a las diferencias, inclusiva, no sexista, de equidad entre género y de solidaridad intergeneracional.
- Impulsar y promover el desarrollo de competencias en investigación, emprendimientos, participación y ecoeficiencia para adquirir valores y responsabilidades ambientales.
- Incluir mecanismos de denuncia del bullying en los cursos de habilidades para la vida.
- Formación en tecnologías de la información, señalando sus ventajas y desventajas, considerando la diversidad cultural y lingüística del país.

Responsables: **MED**, MIMP, MIDIS, MINAM, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

Resultado Esperado 6

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

Justificación: En el país existe una normatividad que fija la edad mínima para trabajar, a pesar de lo cual en los últimos años se ha incrementado el trabajo infantil en edades no permitidas, situación que afecta el desarrollo físico, psicológico y moral de las niñas y los niños, originando retraso y deserción escolar, entre otros problemas.

La pobreza es la principal causa por la cual niñas y niños trabajan, poniendo en riesgo su desarrollo integral. Otra causa es la valoración positiva del trabajo a temprana edad que impera en diversos grupos sociales, sobre todo en las áreas rurales.

Meta:

Eradicar el trabajo de niñas, niños y adolescentes con edades por debajo de la mínima.

Indicador 1: Porcentaje de niñas, niños y

adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima (6-13 años de edad).

Línea de base año 2010

19,2% de la población de 6 a 13 años de edad trabaja.

Fuente: : INEI. Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO 2010.

Indicador 2: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan, por debajo de la edad mínima, por actividad económica⁷¹.

Indicador 3: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, por número de horas ocupados⁷².

Estrategias de implementación

- Aprobación e implementación del Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados en relación al trabajo infantil.
- Desarrollo de campañas comunicacionales para crear conciencia en la población y en las empresas sobre los efectos y peligros del trabajo infantil.
- Coordinar con organizaciones especializadas de la sociedad civil y con empresas privadas para ofrecer a niñas, niños y adolescentes que trabajan oportunidades de educación que les permitan superar tal estado.
- Integrar la familia a los programas sociales, condicionando su participación a la protección de sus hijas e hijos frente al trabajo infantil.
- Fortalecer las capacidades de los integrantes de instituciones vinculadas a la protección y atención de niñas, niños y adolescentes para prevenir e intervenir frente al trabajo infantil mediante esfuerzos articulados.
- Promover y fortalecer la labor coordinada de las instituciones del Estado para prevenir y erradicar el trabajo infantil.
- Promover el uso de espacios existentes para el desarrollo de actividades que permitan aumentar la permanencia de las y los estudiantes en la escuela.
- Implementar programas de trabajo manual productivo.
- Implementar un mecanismo de registro de niñas, niños y adolescentes que trabajan, con especial énfasis en el servicio doméstico, labores agrícolas y peores formas de trabajo infantil.
- Adecuar el marco normativo orientado a la prevención y erradicación del trabajo infantil.

Responsables: **MTPE, MIMP.**

MED, MINAG, MIDIS, MINSA, PCM, MINEM, INEI, MEF, MINJUS, MININTER, MINCETUR, MINAM, Ministerio Público, Poder Judicial, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Defensorías del Niño y del Adolescente y CPETI.

⁷¹ No se tiene línea base pero en la ENAHO 2012 se contará con esta información.
⁷² Ídem.

Objetivo Estratégico N° 3: Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad

Resultados Esperados al 2021:

- 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.
- 8 Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.
- 9 Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.
- 10 Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.
- 11 Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.
- 12 Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes.
- 13 Las y los adolescentes acceden a una atención de salud de calidad y con pertinencia cultural.
- 14 Las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual.

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.

Justificación: Las y los adolescentes necesitan una educación secundaria de calidad que consolide y amplíe los aprendizajes adquiridos en la primaria, particularmente en aquellas competencias que les abran oportunidades al conocimiento, al emprendimiento productivo y a la vida democrática.

Meta:

La mitad de las y los estudiantes peruanos con 15 años de edad alcanza el nivel 3 (más de 481 puntos) en comprensión lectora, matemáticas y ciencias evaluados con la prueba PISA.

Indicador 1: Resultado promedio de las y los estudiantes de 15 años de edad obtenidos en la prueba PISA, por materia evaluada.

Línea de base año 2009

Comprensión lectora (nivel 1a): 370

Matemáticas (nivel 1a): 365

Ciencias (nivel 1a): 369

Fuente: MED. Secretaría de Planificación Estratégica. Unidad de Medición de la Calidad Educativa.

Indicador 2: Tasa de conclusión en educación secundaria en el grupo de 17 a 18 años de edad, por área de residencia, condiciones de vida, lengua materna y departamento.

Línea de base año 2010

Nacional: 60,8% Rural: 37,9%.

Urbana: 69,8%. Pobre extremo: 22,2%.

Huánuco: 35,7%. Amazonas: 37,2%.

Cajamarca: 39,9%. Lengua indígena: 37,7%

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares. ENAHO 2010.

Estrategias de implementación

- Fortalecer el involucramiento de las familias en las actividades del Plan Lector que promueve el Ministerio de Educación.
- Promover, en alianza con el sector privado, la lectura como actividad placentera, formativa e indispensable para acceder al conocimiento.
- Incluir en los cursos relativos al desarrollo de habilidades para la vida, el tema del bullying estandarizando conceptos, estrategias de intervención y mecanismos de seguimiento.
- Implementar programas especializados para la prevención y atención del bullying en las instituciones educativas con la participación de las familias.

- Implementar mecanismos de registro estándares sobre casos de violencia.
- Promover la formación de profesoras y profesores desde una perspectiva de respeto a los derechos y a las diferencias, inclusiva, no sexista, de equidad entre género y de solidaridad intergeneracional.
- Difusión entre la población estudiantil de las instituciones y mecanismos de denuncia del problema de bullying o cualquier otro tipo de violencia, como por ejemplo la Línea 100 del MIMP.
- Promover la lectura y creatividad literaria a nivel local, regional y nacional, con premios a las y los adolescentes más destacados.
- Promover y premiar la habilidad matemática de las y los adolescentes mediante la organización de concursos, ferias y otras actividades en los espacios públicos de ciudades y pueblos.
- Buscar mentores conocidos que impulsen actividades de promoción de la lectura, la escritura y las matemáticas, de tal manera que se conviertan en competencias prestigiosas que las y los adolescentes busquen emular.
- Promover la lectura y enseñanza con material acorde a cada realidad y conocimientos ancestrales.
- Alentar el desarrollo de competencias en investigación, emprendimientos, participación y ecoeficiencia para difundir valores y responsabilidades con el medio ambiente.
- Promover una educación libre de violencia y maltrato de parte de profesoras y profesores contra alumnas y alumnos.

Responsables: MED.

MIMP, MINAM, MINCU, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y APAFAs.

Resultado Esperado 8

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

Justificación: Existe en el país una creciente población de adolescentes que trabajan y viven diariamente en situación de riesgo

físico, moral y psicológico, lo que afecta su desarrollo integral.

El trabajo peligroso realizado por las y los adolescentes tiene directos efectos negativos en su formación e inclusive en su permanencia en el sistema educativo.

Se viene incrementando el número de adolescentes hombres y mujeres que trabajan en actividades peligrosas.

La pobreza es una causa por la cual las y los adolescentes incursionan o aceptan realizar trabajos peligrosos poniendo en riesgo su salud integral. Otro motivo es la valoración positiva del trabajo a temprana edad por parte de diversos grupos, principalmente en las áreas rurales.

Meta:

Erradicar el trabajo peligroso realizado en adolescentes aún dentro de la edad laboral permitida.

Indicador 1: Porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos⁷³.

Indicador 2: Porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos por actividad económica.

Indicador 3: Porcentaje de adolescentes con edad permitida que realizan trabajos peligrosos por actividad económica y número de horas ocupadas⁷⁴.

Estrategias de implementación

- Aprobación e implementación del Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados en función del trabajo infantil.
- Análisis de la información de la ENAHO sobre trabajos peligrosos para construir una línea de base y calcular indicadores periódicamente.
- Promover la conclusión de la secundaria en adolescentes que trabajan mediante estímulos vinculados a capacitaciones que los preparen para acceder luego a trabajos seguros y decentes.

⁷³ Los datos de trabajo peligroso para tener una referencia será información resultante de una aproximación de la ENAHO.

⁷⁴ Idem.

- Coordinar con organizaciones especializadas de la sociedad civil y con empresas privadas para ofrecer al adolescente que trabaja ocasiones de formación y capacitación laboral que les permitan superar tal estado.
- Ejecución de campañas comunicacionales de creación de conciencia en la población y en las empresas, priorizando la cadena de valor, para evitar el trabajo adolescente peligroso.
- Integrar a las familias a los programas sociales, condicionando su participación a la protección de sus hijas e hijos adolescentes dentro de la edad requerida, frente al trabajo peligroso.
- Incorporar a las y los adolescentes trabajadores dentro de la edad permitida y en condiciones no peligrosas al Sistema de Seguridad Social.
- Fortalecer capacidades en los integrantes de instituciones ligadas a la protección y atención de adolescentes dentro de la edad requerida, para prevenir e intervenir articuladamente frente al trabajo peligroso.
- Fortalecer la intervención del Estado para prevenir el ingreso de las y los adolescentes al trabajo peligroso y proteger a aquellas y aquellos que trabajan dentro de la edad requerida.

Responsables: **MTPE, MIMP.**

MIDIS, MEF, MED, MINAM, MINEM, MINJUS, MININTER, MINCETUR, MINAG, MINSA, INEI, Ministerio Público, Poder Judicial, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, CPETI-CRDPETI, Comisión Nacional para la Lucha Contra el Trabajo Forzoso, Defensorías del Niño y del Adolescente, Empresas Privadas y Sociedad Civil.

Resultado Esperado 9

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

Justificación: El embarazo adolescente se debe a múltiples causas, incluyendo problemas en la organización familiar, promiscuidad fomentada por los medios, el abordaje deficiente de esta información y el desinterés de los padres sobre la vida social

de hijas e hijos fuera del hogar, entre otras.

El embarazo y la maternidad de adolescentes también se originan en el inicio temprano en relaciones sexuales sin protección, a lo que contribuye la falta de condiciones para ejercer los derechos reproductivos efectivos, entre los cuales podemos señalar el poco acceso a la información y educación sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos, que no ayudan a crear entornos favorables y de protección a menores de edad en situaciones de riesgo.

Adicionalmente, existen delitos contra adolescentes como la violencia sexual, principalmente en el entorno familiar, la trata y la explotación sexual que llevan a un inicio precoz y desprotegido en las relaciones sexuales.

Si bien ha disminuido la tasa de fecundidad global (número de nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil) no ha sucedido lo mismo con la tasa específica de fecundidad adolescente (número de nacidos vivos por cada mil mujeres adolescentes), que muestra una tendencia creciente de 59 nacimientos por mil mujeres entre 15 y 19 años de edad en el 2006 a 67 en el 2009⁷⁵.

La tasa de embarazo adolescente en el Perú es 13,5%, ésta es mucho mayor en los grupos más desfavorecidos (47,9% en adolescentes sin educación; 26,9% en adolescentes del quintil de riqueza más pobre; y 26,2% en adolescentes en la Selva⁷⁶).

Meta:

Reducir en un 20% el embarazo adolescente.

Indicador: Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia, región natural, educación, quintil de riqueza y departamento.

Línea de base año 2010

Nacional: 13,5%. Rural: 19,3%.

Urbana: 13,3%. Selva: 26,2%.

Quintil inferior 22,4%. Loreto: 31,8%

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. ENDES 2010.

75 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 – ENDES 2009.
76 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 – ENDES 2010.

Estrategias de implementación

- Promover el acceso de adolescentes a servicios diferenciados para prevenir conductas de riesgo y alentar estilos de vida saludables.
- Incluir en los programas curriculares de educación primaria y secundaria, la formación en valores y crianza, así como educación sexual y reproductiva, de modo que las y los adolescentes conozcan las formas de protegerse de un embarazo no deseado y las responsabilidades que trae la concepción, gestación, nacimiento y crianza de una niña o niño.
- Propiciar, desde el Ministerio de Salud, el acceso a información y métodos anticonceptivos oportunamente, así como la capacitación de las y los adolescentes para que puedan ejercer una actividad sexual responsable, prioricen su educación y posterguen la maternidad/paternidad hasta la edad adulta.
- Capacitar a profesoras y profesores en sexualidad desde un enfoque de género y de derechos humanos.
- Capacitar desde las instituciones educativas, a padres y madres de familia sobre sexualidad con un enfoque de género.
- Garantizar la intervención intersectorial continua para la prevención del embarazo en adolescentes priorizando el trabajo en las instituciones educativas.

Responsables: **MINSA.**

MED, MIDIS, MIMP, Cooperación internacional (OMS/OPS, UNICEF, UNFPA), Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y Sociedad Civil.

Resultado Esperado 10

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

Justificación: La lucha contra el consumo de drogas compromete a numerosos actores de la sociedad: familiares, maestros, autoridades, agricultores.

La edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol es cada vez más temprana,

aumentando el riesgo de usar otras drogas, lo que hace necesario incidir en programas de prevención. Por otra parte, se ha evidenciado un aumento en el uso de las drogas médicas.

Meta:

Se reduce en 5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar de secundaria⁷⁷.

Indicador: Porcentaje de variación de prevalencia anual de consumo de drogas de vida en población escolar de secundaria de 12 a 17 años de edad en ciudades de más de 30 mil habitantes, por tipo.

Información Referencial⁷⁸

Prevalencia anual del consumo de drogas año 2007

Drogas legales 51,2% (Alcohol 44,9%, Tabaco 34,8%)

Drogas ilegales 7,0% (Marihuana 3,1%, Inhalantes 3,5%)

Prevalencia anual del consumo de drogas año 2009

Drogas legales 42,1% (Alcohol 37,0%, Tabaco 28,5%)

Drogas ilegales 7,9% (Marihuana 3,9%, Inhalantes 3,7%)

Estrategias de implementación

- Iniciar el trabajo de prevención del consumo de drogas desde la infancia, de modo que la niña y el niño conozcan su daño desde temprana edad.
- Capacitación de maestras y maestros de educación inicial y primaria incluirá prevención del consumo de drogas, comprendiendo participación de padres de familia y la comunidad.
- Aplicación institucionalizada del programa de prevención universal y selectiva del consumo de drogas para el nivel de educación secundaria, con intervención de toda la comunidad educativa.
- Alianzas estratégicas con los medios de comunicación y figuras juveniles que

77 Tomada de la "Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007-2011". DEVIDA. 78 II y III Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria. Año 2007 y 2009. DEVIDA.

destaquen en deportes, artes y ciencias, para irradiar modelos de conducta y vida saludables, contrarios al consumo de drogas.

- Atención integral al adolescente en servicios diferenciados con énfasis en la prevención de conductas de riesgo y en la promoción de estilos de vida saludables.
- Diseñar e implementar estrategias de detección e intervención oportuna para la prevención del consumo de drogas legales e ilegales en las instituciones educativas.
- Impulsar la participación de los gobiernos locales para la prevención del consumo de drogas legales e ilegales a nivel local y difusión de los riesgos de su consumo.

Responsables: DEVIDA.

MED, MINSA, MIMP, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Cooperación Internacional: OPS, ONUD, CICAD.

Resultado Esperado 11

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

Justificación: Sabemos que la adolescencia es etapa de intensa búsqueda de identidad, lo cual puede llevar a confusión y a incurrir en determinadas situaciones que podrían interferir con un proyecto de vida saludable.

Algunas de estas situaciones devienen en graves y complejos problemas al entrar en conflicto con la ley penal. En la medida que las y los adolescentes inmersos en estos casos se encuentran aún en proceso de desarrollo, las políticas públicas deben orientarse a brindarles atención integral, con pleno ejercicio de sus derechos y con la protección de su familia y la comunidad.

Según estadísticas del Ministerio Público – Fiscalía de la Nación, se tiene que en el año 2010 ingresaron 24,070⁷⁹ denuncias por infracción a la ley penal, de parte de adolescentes, en Fiscalías Provinciales y Mixtas.

Meta:

Reducir la tasa de adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal.

Indicador: Tasa de 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.

Línea de base año 2010

1,032 expedientes ingresados a las Fiscalías de Familia y/o Mixtas por infracción a la Ley Penal por 100 mil adolescentes entre 14 y 17 años de edad⁸⁰.

Estrategias de implementación

- Diseñar e implementar un Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados orientado a resolver el problema de adolescentes en conflicto con la ley penal que incluya componentes de prevención, atención y reinserción familiar y social.
- Promover iniciativas creativas a nivel local y regional para incorporar a los adolescentes en conflicto con la Ley Penal dentro de programas de puesta en valor del patrimonio histórico y cultural de su comunidad, programas de deporte, medioambiente, nuevas tecnologías, emprendimientos productivos y otros que contribuyan a su desarrollo y formación para el trabajo.
- Realizar campañas de comunicación para sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de reconocer el esfuerzo del adolescente para integrarse en comunidad y apoyar el desarrollo de sus capacidades.
- Implementar servicios de reinserción social en medio abierto que brinden orientación, educación, capacitación y seguimiento a las y los adolescentes en conflicto con la Ley Penal, así como ayuda profesional a los familiares para un mejor ajuste social del adolescente. Conjuntamente se debe promover la aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad (remisión, medida socioeducativa no privativa de libertad y variación de medida socioeducativa).

- Vigilar que las decisiones y acciones relacionadas a las y los adolescentes en conflicto con la Ley Penal, sean tomadas en base a evidencias y experiencias que hayan demostrado ser beneficiosas para ellas y ellos.
- Modificar leyes y normas acordes a las tendencias actuales en materia de justicia juvenil que priorizan la aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad y recomiendan reducir el plazo de internación.
- Desarrollar capacidades en los operadores vinculados a adolescentes en conflicto con la ley penal, desde un enfoque que priorice las medidas prejudiciales o aquellas a desarrollarse en medio abierto.
- Implementar un registro único de las instituciones del Sistema de Justicia para contar con información de su población.
- Fortalecer las especialidades académicas, la investigación y el diálogo nacional sobre el problema de los adolescentes en conflicto con la ley penal, generando corrientes de opinión e iniciativas que prevengan la violencia y eviten tendencias legislativas cíclicas para la agravación de medidas socio educativas, o reducción de edades mínimas para el procesamiento de adolescentes.

Responsables: MIMP, MPFN

Poder Judicial, MED, MIDIS, MININTER, MINJUS, Academia de la Magistratura, MACLP, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales.

Resultado Esperado 12

Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes.

Justificación: La epidemia del VIH y Sida en adolescentes se expresa no solamente en la salud de las personas que viven con el VIH, sino en la forma como afecta a sus núcleos familiares directos, así como comunitarios y sociales, que se ven fuertemente impactados.

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió en 1998, junto a sus copatrocinadores y asociados, centrar la Campaña Mundial del SIDA en las

y los jóvenes, considerando que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA se produjo en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años de edad⁸¹.

Cabe mencionar que la principal vía de transmisión es la sexual.

Meta:

Reducir la incidencia del VIH en adolescentes.

Indicador: Incidencia de adolescentes con diagnóstico de VIH positivo⁸².

Información Referencial

No se tiene una línea de base adecuada. La poca información existente está referida a casos identificados de VIH en adolescentes según género, contemplando a 39 adolescentes mujeres y 27 adolescentes varones.

Fuente: DGE - MINSA 2010.

Meta:

100% de adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita, oportuna y continua.

Indicador: % adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita oportuna y continua.

Estrategias de implementación

- Continuar con la implementación del programa presupuestal con enfoque de resultados "Control de Tuberculosis-VIH/SIDA", priorizando las intervenciones dirigidas a controlar el problema en las y los adolescentes.
- Reducir el riesgo de transmisión vertical de la madre infectada a los recién nacidos mediante la detección y tratamiento oportuno durante el embarazo.
- Capacitar a los docentes de secundaria en materias de educación sexual y reproductiva con enfoque de género y derechos humanos, con énfasis en información sobre el VIH/SIDA, para que puedan transmitir conocimientos preventivos a las y los adolescentes.

81 UNUSIDA. 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA ONU/OMS (www.unaids.org).

82 Se define como el número de casos nuevos de VIH en adolescentes entre el total de adolescentes tamizados (grupo de riesgo) por mil habitantes.

- Dotar a todos los Centros de Salud del país con material informativo y orientador para adolescentes en materia de VIH/SIDA.
- Realizar campañas de comunicación y educación sobre el VIH/SIDA dirigidas a las y los adolescentes, tanto a nivel nacional como regional y local, buscando sensibilizar a la población y evitar la discriminación contra los portadores de esta enfermedad.
- Promover el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud diferenciados, de calidad y gratuitos en todos los espacios, con énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva y de salud mental, bajo un enfoque de género, de derechos humanos y de interculturalidad, que responda también a las particularidades de las y los adolescentes.
- Promover el cambio de conductas que estigmatizan y discriminan a las y los adolescentes que viven con VIH/SIDA, en los diferentes espacios: familia, escuela, comunidad y servicios de salud.
- Establecer redes de protección social contra el turismo sexual que involucran a las y los adolescentes, en todos los espacios donde se encuentran.
- Mejoramiento en el plano normativo que favorezca el acceso a servicios de salud diferenciados de las y los adolescentes.
- Incidencia política a nivel local, regional y central que promueva la defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes, con énfasis en aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Promover la atención integral de niñas, niños y adolescentes con VIH en ámbito personal, familiar y social.
- Fortalecimiento de capacidades de servidores públicos en la temática de niñez y adolescencia con énfasis en VIH para implementar acciones que favorezcan la atención oportuna de esta población.
- Optimización del acceso a la información sobre el VIH y otras ITS a niñas, niños y adolescentes como una de las primeras medidas para la prevención frente a la epidemia de VIH.

- Capacitación a docentes en educación sexual integral para el trabajo pedagógico con niñas, niños y adolescentes, bajo enfoques de género e interculturalidad.
- Implementación de estrategias de comunicación, que tengan un efecto en niñas, niños y adolescentes para la prevención de las ITS, VIH y Sida.

Responsables: **MINSA.**

MED, MIMP, MTPE, EsSalud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Defensoría del Pueblo, Fuerzas Armadas y Policiales, Organizaciones No Gubernamentales, Cooperación Internacional: UNUSIDA, UNICEF.

Resultado Esperado 13

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

Justificación: Cuidar la salud integral de la adolescencia implica atender múltiples aspectos (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros) que se presentan entre los 12 y 17 años de edad, en un marco de intensa búsqueda interior y emocional que a veces deviene en desórdenes físicos.

Sin embargo, se ha creído que las y los adolescentes son un grupo poblacional que se enferma poco y que acude esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades al respecto.

Sucede que en la adolescencia se dan problemas habituales que en otras edades, pero destacan peculiaridades y rasgos en los que se pueden encontrar secuelas de procesos iniciados en la infancia. Por otro lado, los estilos de vida peligrosos y situaciones a que pueden exponerse (trastornos psicosociales ocasionados por la violencia, accidentes, la delincuencia, el uso y/o abuso de drogas, la sexualidad promiscua o desprotegida, la problemática escolar, entre otros.) finalmente los convierte en un grupo poblacional altamente vulnerable a problemas de salud.

Por otro lado, en los últimos años se ven más adolescentes con problemas de anorexia y

obesidad, ligados estos últimos al creciente consumo de “comida rápida”. Según datos del CENAM del año 2008, el 11% de adolescentes tenía este problema, lo que se añade a la variedad de cuadros que han aparecido en este segmento poblacional, como depresión, ansiedad, intentos de suicidio, entre otros.

Meta:

Incrementar la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes.

Indicador 1: Prevalencia de sobrepeso en personas entre 15 y 19 años de edad.

Línea de base año 2008

Sobrepeso Nacional: 12,0%

Fuente: CENAM. Base de datos ENAHO I-2008 en convenio con INEI.

Indicador 2: Prevalencia de anemia en mujeres entre 15 y 19 años de edad por área de residencia, lengua originaria y departamento.

Línea de base año 2009

Nacional: 20%. Urbano: 20%.

Rural: 18%. Lengua originaria: 24%.

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009.

Estrategias de implementación

- Continuar con la implementación del programa presupuestal con enfoque de resultados “Control de Enfermedades no Transmisibles (salud bucal, salud ocular, diabetes, hipertensión, salud mental, intoxicación por metales pesados), priorizando las intervenciones dirigidas a controlar el problema en las y los adolescentes.
- Generar estudios e investigaciones que nos permitan conocer otras variables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.
- Promover la cobertura de atención de los adolescentes a un paquete básico de atención integral en servicios diferenciados.
- Atención integral al adolescente en servicios diferenciados con énfasis en prevención de conductas de riesgo y promoción de estilos de vida saludables.

- Fortalecimiento de Redes Sociales que articulen el trabajo con adolescentes.

Responsables: MINS.

MED, MIDIS, MIMP, EsSalud. Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales.

Resultado Esperado 14

Las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual.

Justificación: La Explotación Sexual Infantil⁸³ (ESI) consiste en la utilización de niñas, niños y adolescentes en actos sexuales o eróticos para la satisfacción de los intereses y deseos de una persona o grupos de personas, a cambio de un pago, promesa de pago o cualquier otro tipo de beneficios⁸⁴.

La ESI viola los derechos fundamentales de la niñez que se consagran en la Convención de los Derechos del Niño y en el Código de los Niños y Adolescentes (Ley N° 27337).

Es importante identificar las modalidades de explotación sexual infantil:

- La utilización de personas menores de edad en actividades sexuales remuneradas en dinero o en especie,** realizadas ya sea en calles o en locales cerrados como bares, discotecas, casas de masajes y hoteles, entre otros.
- La explotación sexual en el ámbito del turismo.** Cuando las personas viajan fuera de su país o localidad para tener actividades sexuales con niñas, niños y adolescentes.
- La pornografía infantil,** entendida como la posesión, promoción, fabricación, distribución, exhibición, ofrecimiento, comercialización o publicación, importación o exportación por cualquier medio, incluido internet; de objetos, libros, escritos, imágenes visuales o auditivas, o realización de espectáculos en vivo en los

⁸³ Se tiene que considerar para el abordaje y la sanción, lo establecido en el Artículo N° 179 A del Código Penal en la figura de Usuario Cliente que señala que mediante una prestación económica o ventaja de cualquier naturaleza tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías con una persona de 14 y menor de 18 años de edad, será reprimida con pena privativa de libertad. En el caso de menores de 14 años este constituye un delito de abuso sexual. Además, en este resultado también se consideran todos los ilícitos señalados en los artículos 179° a 184° del Código Penal.

⁸⁴ De acuerdo al Decreto Supremo N° 014-2006-MIMDES, eleva de rango la Resolución Ministerial N° 624-2005-MIMDES. Lineamientos de intervención del MIMDES en focos de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes.

que se exhibe en forma parcial o total el cuerpo de niñas/os y adolescentes para el provecho sexual y/o económico de quienes producen, comercializan o distribuyen estos medios.

Existen diversos factores que imposibilitan identificar el impacto real de la ESI. En primer lugar, ha sido tradicionalmente relacionada a la prostitución adulta, lo que oculta el problema de explotación sexual que aqueja a niñas, niños y adolescentes. En segundo lugar, la explotación sexual ha sido concebida desde un ángulo de culpabilidad femenina, que libera de responsabilidad a los varones. Finalmente, no se hace visible a los delincuentes, adjudicándoles roles de proveedores de “apoyo económico”, cuando en realidad se trata de una situación en la que se benefician ilegítimamente de las necesidades materiales y afectivas de las y los menores de edad.

Por otro lado, en ciertos sectores existe tolerancia social frente a la explotación sexual en general, que no sólo permite la existencia de la ESI, sino que la facilita.

Por ello, es necesario coordinar esfuerzos para realizar intervenciones integrales en resguardo de las niñas, niños y adolescentes que son víctimas de ESI, pues sufren consecuencias físicas, psicológicas y emocionales que arrastran a lo largo de sus vidas y que se expresan en sus acciones como adultos, todo lo cual repercute dolosamente en las familias y en la comunidad.

Meta:

Disminuir el número de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual.

Indicador : Número de adolescentes separados de situaciones de explotación sexual.

Estrategias de implementación

- Aplicación de la Ley N° 28251, en lo que respecta a la figura del Usuario-Cliente difundiendo las sanciones pertinentes

y los roles de las instituciones públicas implicadas.

- Insertar a niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad sexual o víctimas actuales de ESI en programas de prevención, atención y recuperación.
- Fortalecer la línea 100 del MIMP y posicionarla como la estrategia del Estado para denunciar la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.
- Reinserción de adolescentes en programas de capacitación laboral y educacional.
- Capacitar a operadores de servicios en la atención de niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual.
- Fortalecer capacidades sobre prevención de explotación sexual infantil a grupos vulnerables y miembros de OSB.
- Fortalecer programas de apoyo psicológico, inserción familiar, alojamiento y atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual.
- Campañas de comunicación y educación, con la participación de niñas, niños y adolescentes, a fin de prevenir la explotación sexual en las familias y fuera de ellas; así como difundir los mecanismos de denuncia de este tema.
- Campañas de sensibilización para prevenir la ESI, y para evitar la complicidad y la tolerancia dirigidas prioritariamente a hombres.
- Promover y/o favorecer levantamiento de información (estudios, datos estadísticos, investigaciones, entre otros) que permitan mejor entendimiento y visibilización del problema.
- Comprometer a los operadores turísticos para la labor de erradicación de focos de explotación sexual infantil.

Responsables: MIMP.

MED, MIDIS, MININTER, MINSA, MINJUS, MTC, MINCETUR, MINAM, Poder Judicial, Ministerio Público.

Objetivo Estratégico N° 4: Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad

Resultados Esperados al 2021:

- 15 Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.
- 16 Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.
- 17 Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad).
- 18 Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.
- 19 Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencia y desastre.
- 20 Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.
- 21 Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.
- 22 Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia.
- 23 Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.
- 24 Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.
- 25 Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.

Resultado Esperado 15

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

Justificación: La inscripción del nacimiento, mediante la cual el Estado reconoce a las personas como ciudadanos, es esencial para que todos gocen de los mismos derechos y deberes. Al fijar el derecho a un Documento Nacional de Identidad (DNI) como resultado esperado, el Estado se compromete a que todas las niñas y niños sean inscritos y obtengan el acta de nacimiento necesaria para tramitar el DNI, accediendo a diversos servicios y al ejercicio de otros derechos, quedando registrados junto a sus padres en la base de datos de RENIEC; lo que protege

su traslado por el territorio nacional y permite una rápida identificación en casos de emergencia. Por otra parte, el Estado dispone de información actualizada para supervisar los programas sociales y planificar la mejor distribución de los recursos.

Meta:

Se universaliza el uso del DNI para las niñas, niños y adolescentes.

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI, por distrito.

Línea de base año 2011

89,3% niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI.

Fuente: RENIEC-2011. Elaboración propia.

Estrategias de implementación

- Promover un marco normativo que simplifique y facilite la obtención del DNI, y ayude a resolver los problemas que se presentan dentro del ciclo de documentación; asimismo, que adecúe la identificación a los rasgos culturales de los pueblos nativos e indígenas, que permita validar sus formas de constitución del nombre para la expedición de acta de nacimiento y DNI.
- Promover la gratuidad como política permanente, para la obtención del primer DNI.
- Campañas de inscripción gratuitas para la obtención del DNI a nivel nacional, dirigidas con especial atención a niños y niñas vulnerables por sus diversas condiciones.
- Vigilar el estricto cumplimiento de la gratuidad establecida por ley para la inscripción del nacimiento y obtención del certificado de nacido vivo.
- Campañas de comunicación en castellano, quechua, aymara y otras lenguas nativas, para crear conciencia, movilizar a la población y orientar a los padres sobre los pasos a seguir para que sus hijas e hijos recién nacidos posean DNI.
- Articular el trabajo de RENIEC con diferentes operadores locales y programas sociales, de modo que puedan solucionarse las dificultades existentes para la tramitación, seguimiento y obtención del DNI.
- Transversalizar el tema del derecho al nombre y a la identidad en las diferentes políticas públicas sobre el tema en los diferentes niveles de gobierno.
- Impulsar el desarrollo de capacidades de los registradores y otros operadores locales que intervienen en el ciclo de documentación.
- Promover la implementación de Oficinas Registrales Auxiliares (ORAs) en Hospitales y Centros de Salud donde se atienden partos, con la finalidad que los recién nacidos cuenten con el acta de nacimiento y el DNI desde que nacen.

- Promover que los municipios faciliten locales al RENIEC para que pueda instalarse Oficinas Registrales que otorguen el acta de nacimiento y el DNI a los menores de edad, sea por inscripción ordinaria o extemporánea.
- Fortalecer el Programa Presupuestal con enfoque de Resultados de "Acceso a la Identidad", de modo que RENIEC cuente con las condiciones necesarias para el cumplimiento de este resultado.
- Priorizar la documentación de las niñas, niños y adolescentes de zonas afectadas por la violencia interna, zonas rurales, remotas y que pertenecen a grupos indígenas.
- Continuar con la incorporación al RENIEC, de las Oficinas de Registro Civiles que funcionan en las municipalidades.

Responsables: **RENIEC.**

MED, MINSA, MIDIS, MIMP, EsSalud. Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales. Defensorías del Niño y del Adolescente.

Resultado Esperado 16

Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios de atención especializados en educación y salud.

Justificación: Debido a características propias de su edad, niñas, niños y adolescentes requieren mayor consideración cuando se trata de definir políticas que les atañen, más aún si tienen necesidades especiales, lo que obliga a redoblar el esfuerzo del Estado para garantizarles condiciones de equidad.

Mediante este resultado no solo se desea que las niñas, niños y adolescentes con discapacidad accedan a servicios especializados de educación y salud, sino que además se les brinde una atención que responda a sus necesidades personales, familiares y sociales, es decir, con respeto a su identidad como miembros de la comunidad, con plena ciudadanía.

Si bien es cierto que los programas y capacitaciones creadas para el efecto se orientan a lograr el acceso, la permanencia y egreso pleno de las niñas, niños y

adolescentes, es más importante saber si lograron aprendizajes acordes con sus necesidades educativas especiales.

Asimismo, es relevante desarrollar en ellas y ellos aspectos como interacción social, emocional, autonomía e independencia, entre otros, que les permitan integrarse productivamente a la sociedad. Por tanto, se debe garantizar no sólo su acceso y permanencia en los programas, sino también la apropiación de saberes socialmente valorados.

En este marco, la inclusión -en tanto eje de la política educativa- coloca a la modalidad de Educación Especial desde una perspectiva de transversalidad a todo el Sistema Educativo, al fin de impulsar trayectorias educativas integrales para niñas, niños y adolescentes con discapacidad. Por ello, como se ha indicado, debe facilitarse no sólo su atención en los Centros de Educación Básica Especial (CEBE) o en las Instituciones Educativas Inclusivas (IEI), sino crear las condiciones para su inclusión social en el más amplio sentido.

A nivel de salud, es esencial promover políticas públicas preventivas junto a la atención médica del caso para las necesidades propias de la población con discapacidad, asegurándoles servicios de salud que cubran sus expectativas de atención y tratamiento, a la vez que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Meta:

Se reduce la deserción escolar de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que asisten a los Centros de Educación Básica Especial.

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que culminan el año lectivo en los Centros de Educación Básica Especial.

Meta:

Se incrementa el porcentaje de niñas y niños con alguna discapacidad, detectados y atendidos por los Establecimientos de Salud (EES) durante los tres primeros años de vida.

Indicador: Porcentaje de niñas y niños con discapacidad detectados oportunamente en los Establecimientos de Salud antes de los tres años de edad.

Estrategias de implementación

- Se fortalecerán los programas de salud integral y educación especializada e integral para niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Diseñar herramientas de detección temprana de discapacidades para brindar información y asesoría a padres de familia sobre las implicancias médicas y trato que requieren las niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- Campañas de sensibilización dirigidas a las familias y la comunidad en respaldo de los derechos de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, a la vez que en prevención de las discriminaciones contra ellas y ellos.
- Implementar un sistema de información que permita conocer el número de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, considerando género, educación, tipo de discapacidad y lugar de residencia, entre otras variables.

Responsables: MIMP, MINSA, MED, MIDIS, MTC, EsSalud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Sociedad Civil.

Resultado Esperado 17

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

Justificación: El Perú es uno de los países de América Latina donde rige una Ley específica contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes (Ley N° 28950).

En concordancia con el Convenio de Palermo⁸⁵, la ley peruana tipifica la trata de personas en el artículo 153 del Código Penal, definiéndola

⁸⁵ El Perú es parte de la Convención de Palermo de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, vigente desde el 29 de diciembre de 2003 y el 25 de diciembre del mismo año lo hizo el Protocolo Adicional para prevenir y sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres, niñas y niños.

ampliamente en sus diversos atributos⁸⁶ y donde se establece que la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de una niña, niño o adolescente con fines de explotación es considerada trata de personas, incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios señalados por la ley.

Dada la gravedad de estos delitos, es necesario desarrollar políticas públicas orientadas a luchar contra este flagelo desde una perspectiva sistémica, que considere el contexto social, económico y cultural en que se produce.

Meta:

Disminuye el número de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de situaciones de trata de personas.

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

Información referencial al año 2011

167 casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de situaciones de trata de personas.

Fuente: MININTER. Policía Nacional del Perú. Sistema RETA.

Estrategias de implementación

- Desarrollo de estudios y mediciones para determinar la magnitud y características del problema, así como registros nacionales que permitan el seguimiento a los procesos de atención, recuperación y reinserción de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas.
- Implementar una ruta única de atención, con referencias y contrareferencias, protocolos y procedimientos específicos según tipo de violencia que permitan articular, fortalecer y mejorar los servicios de atención y protección integral de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata y otras formas de violencia.
- Fortalecer la línea 0800-2-3232 contra la trata de personas y posicionarla como la estrategia del Estado para denunciar

casos y situaciones de violencia contra las niñas y niños, con énfasis en trata, abuso y explotación sexual, de niñas, niños y adolescentes, articulándola con la línea 100 del MIMP.

- Realizar campañas sostenidas de información, comunicación y educación sobre la trata de niñas, niños y adolescentes a fin de crear conciencia de riesgo en la opinión pública sobre este delito y propiciar prácticas innovadoras con responsabilidad ciudadana.
- Desarrollar y fortalecer programas de apoyo psicológico, inserción familiar, alojamiento y atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de trata.
- Fortalecer y especializar a las unidades de la PNP y del Ministerio Público, y operadores del Sistema de Administración de Justicia encargadas de investigar el delito de trata y rescatar a las niñas, niños y adolescentes víctimas procurando la mayor celeridad en los procesos, en aras de garantizar la protección integral de niñas, niños y adolescentes víctimas, así como la protección de testigos.
- Establecer canales institucionales que permitan la articulación de las iniciativas del Estado (de los tres niveles de gobierno) y la Sociedad Civil en el ámbito local, en el contexto de las políticas nacionales; fortaleciendo Redes Locales para la vigilancia y la prevención.
- Implementar programas especiales dirigidos a docentes y niñas, niños y adolescentes en las IIEE, orientados a la prevención y denuncia contra la trata de personas.

Responsables: MININTER, MIMP, MIDIS, MTC, MINSA, MINCETUR, MINJUS, MED, MTPE, Poder Judicial, Ministerio Público, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Defensorías del Niño y del Adolescente, Grupo de Trabajo Multisectorial Permanente contra la Trata de Personas, Comisión Nacional para la Lucha Contra el Trabajo Forzoso.

Resultado Esperado 18

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

Justificación: La participación de niñas, niños y adolescentes en asuntos de su competencia, es principio orientador transversal establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, al igual que el principio de autonomía progresiva, el de no discriminación y el del interés superior del niño. Pero, a la vez, es un derecho que se hace efectivo básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje.

Este es un proceso donde se reconocen los derechos de ellas y ellos a ser informados, emitir opinión, ser escuchados e incidir de forma consultiva y colaborativa en las decisiones que se toman respecto de temas que son de su interés e incumbencia en el ámbito familiar, institucional, comunitario y en las políticas públicas, cuando se tienen presente los mencionados principios.

Concebida en general, la participación contribuye al desarrollo psicosocial del ser humano, pero además fortalece y protege a niñas, niños y adolescentes de situaciones de vulneración de sus derechos, de modo que se convierte en componente clave de su educación para la vida democrática y para el ejercicio de su ciudadanía.

Meta:

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 25% de los Gobiernos Locales, el año 2016.

Meta:

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 75% de los Gobiernos Locales, el año 2021.

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

Meta:

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 100% de los gobiernos regionales.

Indicador: Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.

Estrategias de implementación

- Desarrollar capacidades en niñas, niños y adolescentes sobre políticas públicas, participación, derechos e identidad personal.
- Fortalecimiento de los espacios de participación de niñas, niños y adolescentes que vienen funcionando en las Instituciones Educativas.
- Seguimiento al cumplimiento de normas que promueven la implementación de Municipios Escolares en las Instituciones Educativas.
- Desarrollar capacidades en gobiernos regionales y locales que favorezcan la incorporación de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de su derecho a participar en temas que les afecten o interesen, teniendo en cuenta su edad y nivel educativo.
- Implementar en los gobiernos locales, un sistema de registro de organizaciones y grupos organizados de niñas, niños y adolescentes a nivel nacional.
- Promover un sistema de información nacional que permita conocer la participación de las niñas, niños y adolescentes en la formulación e implementación de políticas públicas en los gobiernos regionales y locales.
- Campañas de comunicación a fin de crear conciencia en la sociedad sobre la importancia de la participación de niñas, niños y adolescentes en la vida de la comunidad y del país, considerando su edad y realidad cultural.
- Coordinar acciones con Gobiernos Regionales y Locales para implementar

Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes – CCONNA.

- Sistematizar prácticas locales exitosas que generen estrategias para la implementación de programas y proyectos que impulsen la participación de niñas, niños y adolescentes en los temas de su interés.
- Promover la participación de las organizaciones y grupos organizados de niñas, niños y adolescentes, como agentes participantes en los procesos de presupuestos participativos.
- Promover el acceso de las niñas, niños y adolescentes a las Tecnologías de Información y Comunicación y sean capacitados con relación a las ventajas y desventajas en el uso de las mismas.

Responsables: MIMP.

MED, MINSA, MEF, MININTER, MINAM, MIDIS, MPFN, Defensorías del Niño y del Adolescente, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Sociedad Civil.

Resultado Esperado 19

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

Justificación: Como es conocido, el país ocupa zonas prontas a diferentes tipos de desastre, de manera que hemos tenido movimientos sísmicos a lo largo del país, friaje en el sur y en la selva, lluvias torrenciales en la sierra y selva, así como en la costa a causa del Fenómeno del Niño. Esta realidad obliga a prepararnos, tomando en cuenta que en estas situaciones, los más afectados y vulnerables suelen ser niñas y niños, dadas las características de su edad.

Se suman a esta situación "... las condiciones demográficas, tecnológicas y socioeconómicas, la urbanización sin plan, el desarrollo en zonas de alto riesgo, el subdesarrollo, la degradación del medio ambiente, (...) la competencia por los recursos escasos y el impacto de epidemias"⁸⁷. Frente a todo, resulta prioritario formular una política de Estado para proteger a la niñez y adolescencia en contextos de emergencia y

desastre, considerando su especial situación de vulnerabilidad de manera que toda acción realizada por parte de las instancias del Estado y la Sociedad Civil, tengan como guía el principio del interés superior del niño⁸⁸.

La vulnerabilidad de niñas, niños y adolescentes puede reducirse o minimizarse mediante la preparación en defensa civil por parte de las instituciones y sus operadores, así como generando capacidades y conocimientos en las niñas, niños y adolescentes.

Para ellas y ellos, las emergencias involucran cambios radicales en sus vidas y una merma en sus posibilidades de reacción, dada la súbita rapidez de los hechos. En situaciones de emergencia existen situaciones de riesgo que les pueden afectar particularmente, entre ellas tenemos:

- 1) Incremento de enfermedades debido a limitaciones de abrigo, alimentación, refugio y acceso a agua segura, entre otras condiciones de riesgo;
- 2) Efectos psicológicos;
- 3) Separación de sus familias;
- 4) Violencia física, psicológica y abuso sexual;
- 5) Pérdida de espacios educativos y recreativos.

Meta:

Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia y desastre son los primeros en ser atendidos.

Indicador: Número de niñas, niños y adolescentes que reciben atención prioritaria y diferenciada ante situaciones de emergencia y desastre, ocasionadas por fenómenos naturales o inducidos por el hombre.

Meta:

100% de Instituciones Educativas calificadas como seguras.

Indicador: Niñas, niños y adolescentes acceden a servicios en instituciones educativas, calificadas como seguras por el Ministerio de Educación.

Estrategias de implementación

- Difundir masivamente las Directrices de Naciones Unidas para la atención de niñas y niños en casos de emergencia.

- El Instituto Nacional de Defensa Civil - INDECI, conjuntamente con los Ministerios de Salud y de Educación y los Gobiernos Regionales y Locales, difundirán sus planes y protocolos de protección y atención articulados, a las niñas y niños en situaciones de desastre.
- Promover la creación de una red nacional de comunicación del riesgo, coordinada entre los diversos sectores y la sociedad civil.
- Propiciar la participación activa de niñas, niños y adolescentes antes, durante y después en todas las simulaciones de sismos y desastres que se realizan periódicamente en el país. Los directores de instituciones educativas, los docentes y las asociaciones de padres de familia contarán con la información y capacitación adecuadas.
- Impulsar las actividades de prevención y reducción de riesgos en concordancia con lo señalado en la estrategia 2 del Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres.
- Fomentar la participación comunitaria en la prevención de desastres en concordancia con lo señalado en la estrategia 5 del Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres.
- Optimizar la respuesta a las emergencias y desastres en concordancia con lo señalado en la estrategia 6 del Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres.
- Implementar Planes de Gestión de Riesgos y Contingencias en los locales de las Instituciones Educativas.
- Capacidad de rehabilitación inmediata de la red de servicios públicos por los tres niveles de gobierno, según responsabilidades.
- Promover la creación de espacios seguros o refugios especializados para niñas, niños y adolescentes, para brindar atención inmediata en casos de desastre.

Responsables: PCM-INDECI, MED, MIMP, MINSA, MIDIS, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Grupo Impulsor de Políticas sobre Gestión de Riesgo de Desastres.

Resultado Esperado 20

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

Justificación: La violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes se entiende como cualquier acción u omisión que causa daño psicológico, físico o sexual, a una niña, niño o adolescente y que es ejercida principalmente por padres, madres u otros familiares que deben responder por su cuidado.

Esta violencia incluye el abandono físico y moral, así como la negligencia, referida a un descuido evitable que genera un grave daño a niñas, niños y adolescentes, tanto a nivel físico y psicológico como sexual. Situaciones de negligencia están relacionadas a la exposición del menor de edad a situaciones de grave riesgo, exposición de la violencia género o violencia feminicida, por ejemplo el padre que mata a la madre delante de los hijos(os); la madre que permite un abuso sexual y no hace nada por evitarlo, entre otras conductas traumatizantes.

Estas formas de violencia familiar son especialmente graves y el Estado debe considerarlas como un problema de interés público, de modo que se cuente con herramientas legales para intervenir ante cualquier caso de maltrato en el momento y lugar en que se esté produciendo.

En este sentido, el Estado y la sociedad en su conjunto deben generar condiciones para que las instituciones encargadas puedan neutralizar los casos de violencia familiar e intervenir con todas las garantías para su resolución. Se deben plantear objetivos como país que indiquen claramente que el derecho a ser tratado bien, es fundamental para todas las niñas, niños y adolescentes en el territorio nacional.

Meta:

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

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar.

Meta:

Reducción del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia escolar⁸⁹.

Estrategias de implementación

- Formular y garantizar la continuidad y sostenibilidad de un Programa presupuestal con enfoque de Resultados sobre la violencia familiar y escolar.
- Construir una línea de base y generar información periódica a nivel nacional, que mida el alcance de la violencia familiar y escolar en el país.
- Implementar una ruta de atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar que debe considerar un Sistema de Registro Único.
- Promover el fortalecimiento y funcionamiento de servicios de prevención, atención y recuperación de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar, fomentando una intervención articulada.
- Fortalecer la línea 100 del MIMP y posicionarla como estrategia del Estado para formular denuncias de violencia familiar y escolar ejercida contra niñas, niños y adolescentes.
- Difundir, de manera directa y simple, los alcances de la Ley contra la violencia familiar y sexual, articulando acciones de todos los sectores (gobiernos regionales y locales, sector privado, iglesias y organizaciones de la sociedad civil) a fin de crear una cultura que propicie el buen trato y afecto a las niñas, niños y adolescentes, junto a una vida familiar sana.
- Fortalecer las especialidades académicas, la investigación y el diálogo nacional sobre el problema de la violencia familiar y escolar, generando corrientes de opinión e iniciativas que prevengan estas violencias y fomenten una cultura de paz.
- Estrategia legal y de comunicación para considerar el hogar como un sitio de interés público cuando se presente una situación de violencia familiar.
- Movilización nacional para vigilar el cumplimiento del buen trato hacia las niñas, niños y adolescentes en sus familias e Instituciones Educativas.
- Implementación del Código de Protección de Identidad de la niña, niño o adolescente víctima de violencia familiar y escolar.
- Involucrar a las autoridades nacionales, regionales y locales en la implementación de políticas públicas para la atención de la violencia familiar y escolar.
- Promover una intervención articulada contra la violencia familiar y escolar en el marco de los Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente.
- Especialización de operadores/as involucrados en la atención integral y prevención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes con enfoques de derechos, intercultural, generacional y de género.
- Desarrollar y fortalecer programas de capacitación de padres, madres, cuidadores y otros adultos a cargo de niñas, niños y adolescentes sobre métodos positivos de crianza, solución de conflictos sin violencia y educación de niñas, niños y adolescentes.
- Fortalecer las habilidades sociales de niñas, niños, adolescentes mujeres y varones para reconocer las diferentes formas y expresiones de violencia, haciéndole frente mediante la denuncia en las instituciones de los sistemas de protección.
- Implementar un observatorio de homicidios de niñas, niños y adolescentes en un contexto de violencia familiar que recolecte, mida y analice información relativa a los asesinatos de niñas, niños y adolescentes; y que además realiza acciones de seguimiento a la atención de los casos y proponga mejorar a la política social.
- Promover un marco normativo orientado

a la educación familiar que promueva el buen trato en la crianza de niñas, niños y adolescentes, y elimine el uso del castigo físico y humillante como mecanismo de corrección y disciplina.

Responsables: MIMP, MED, MIDIS, MINSA, MINJUS, MININTER, Poder Judicial, Ministerio Público, INEI, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Policía Nacional del Perú, Defensorías del Niño y del Adolescente, Sociedad Civil, sector privado.

Resultado Esperado 21

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

Justificación: Se considera violencia sexual a todo acto de índole sexual propiciado por un adulto o adolescente mayor, para su satisfacción sexual. Pueden consistir en actos con contacto físico (tocamiento, frotamiento, besos íntimos, coito ínter femoral, actos de penetración con el órgano sexual o con las manos, dedos, objetos) o sin contacto físico (exhibicionismo, actos compelidos a realizar en el cuerpo del abusador o de tercera persona, imponer la presencia en situaciones en que la niña o niño se baña o utiliza los servicios higiénicos, entre otros), como también la explotación sexual y pornografía⁹⁰.

Esta forma de abuso genera graves interferencias en el desarrollo evolutivo del menor de edad, quien no tiene la suficiente madurez física ni emocional para comprender y aceptar la interacción sexual.

Sus consecuencias son altamente traumáticas, en especial si la violencia deriva en abuso sexual, afectando en grado sumo el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

En el año 2011 los Centros de Emergencia Mujer – CEM reportaron 3 645 casos de niñas, niños y adolescentes atendidos por alguna situación de abuso sexual.

El abuso sexual contra las niñas, niños y adolescentes suele ser perpetrado por

90 MIMDES 2004. Maltrato y abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. Una aproximación desde los casos atendidos en los Centros Emergencia Mujer. En <http://ruby.mimdes.gob.pe/cendoc/pncvfs/maltrato.pdf>. Fecha de visita 15.12.10. Cabe señalar que el Plan 2009-2015 tiene solo la definición de violación sexual.

personas cercanas que están obligadas a darles protección y por ello sus consecuencias son de especial complejidad, sea su origen en la familia, en las instituciones educativas o en la comunidad.

El Estado debe considerar estos hechos como problemas de interés público a fin de poder intervenir ante cualquier situación de violencia en el lugar donde está presentándose.

Meta:

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

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual⁹¹.

Estrategias de implementación

- Desarrollar e implementar un Programa Presupuestal Estratégico contra el abuso sexual.
- Elaborar una línea de base mediante una medición especial a fin de conocer la situación de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes en el país.
- Implementar una ruta de atención con Registro Único y protocolos o procedimientos específicos para niñas, niños y adolescentes víctimas del abuso sexual.
- Fomentar la investigación académica sobre las causas del abuso y proponer soluciones de fondo a esta situación inaceptable, en alianza con las principales universidades del país.
- Fortalecer la línea 100 del MIMP y posicionarla como la estrategia del Estado para denuncias de abuso sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes.
- Campañas de comunicación y educación con enfoque de género y de derechos humanos, con la participación de niñas, niños y adolescentes, madres, padres y educadores a fin de prevenir el abuso sexual en las familias y fuera de ellas; así

91 Se deberá generar información referencia a través de una encuesta especializada.

como difundir los mecanismos de denuncia necesarios.

- Sistema único de atención integral, referencia y contra referencia en casos de abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes.
- Especialización de operadores/as involucrados en la atención integral y prevención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes con enfoques de derechos, generacional, intercultural y de género, para el fortalecimiento de los servicios de atención vinculados al tema.
- Promover acciones articuladas contra el abuso sexual en el marco de los Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente.
- Promover el fortalecimiento y funcionamiento de servicios de prevención, atención y recuperación de niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual, fomentando acciones articuladas.
- Reducir en el procedimiento de justicia por violencia sexual los efectos de revictimización en las niñas, niños y adolescentes.
- Fortalecer la labor de los comités de tutoría y orientación educativa del Ministerio de Educación para una labor preventiva frente al riesgo del abuso sexual.

Responsables: MIMP.

MED, MIDIS, MINSA, MINJUS, MININTER -PNP, Poder Judicial, MPFN, Defensorías del Niño y del Adolescente, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Universidades e Instituciones Educativas Públicas y Privadas.

Resultado Esperado 22

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

Justificación: Hecho preocupante para muchas niñas, niños y adolescentes es la situación de institucionalización en que se encuentran en diferentes Centros de Atención

Residencial (CAR) públicos y privados, que debiendo funcionar como instituciones transitorias suelen devenir en permanentes para muchas de ellas y ellos.

Por otra parte, existe la preocupación de que una de las causas del ingreso a los CAR, es que se acepta como motivo situaciones de pobreza o extrema pobreza, cuando los ingresos deben darse únicamente como última opción.

Asimismo, también es preocupante los motivos por el que permanecen, el enfoque sobre el cuidado que reciben, las dificultades del Estado para implementar políticas de reinserción familiar; así como también, es necesario reforzar las capacidades de las y los adolescentes que egresan de los CAR cuando cumplen la mayoría de edad, para una inserción efectiva en la sociedad.

En este sentido, la política del país para esta población se orienta a la implementación de estrategias dirigidas a proporcionarles condiciones de vida familiar y relaciones sociales estables, que aseguren su calidad de vida y potencien su desarrollo humano.

Meta:

Un tercio de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales, se reintegran a su seno familiar o se integran a un grupo familiar de manera definitiva.

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales que se integran a una familia.

Información Referencial año 2010

7%⁹².

Estrategias de implementación

- Implementar mecanismos de reinserción familiar que permitan a niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales su integración a su familia.
- Desarrollar e implementar mecanismos que faciliten la integración familiar de

92 La línea de base al año 2010 es referencial. Se ha calculado teniendo como numerador 1 232 niñas, niños y adolescentes integrados a una familia, donde se han sumado aquellas y aquellos que se han integrado a una familia por adopción (258) y por reinserciones familiares de los CAR del INABIF (872) y del Puericultorio Pérez Aranibar (102), y considerando como denominador a 17 373 niñas, niños y adolescentes ingresados en un CAR.

niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales.

- Modificar la Ley N° 26981 y su reglamento para contar con una nueva Ley del Sistema Nacional de Adopciones, que permita desarrollar el Programa sobre la base de enfoques, principios y garantías que aseguren en este servicio una atención a la niña y el niño como sujetos de derechos y bajo el mejor interés para ellas y ellos.
- Promover la agilización de los procedimientos que declaran el estado de abandono en el que se encuentra una niña, niño o adolescente, estableciendo coordinaciones con la instancia encargada de Investigación Tutelar del Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Ministerio Público, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud y otros.
- Priorizar la modernización y el funcionamiento adecuado de los Centros de Atención Residencial, considerando el desarrollo sus capacidades y el pleno ejercicio de sus derechos de las niñas, niños y adolescentes, como las perspectivas más importantes.
- Brindar el apoyo necesario para que las familias que no cumplen con brindar el cuidado parental puedan ser fortalecidas.
- Implementar medidas para garantizar que en todos los procedimientos se considere la opinión de las niñas, niños y adolescentes.

Responsables: MIMP.

MINSA, Ministerio Público, Poder Judicial, MININTER - PNP, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Defensorías del Niño y del Adolescente, Centros de Atención Residencial Privados.

Resultado Esperado 23

Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.

Justificación: A pesar de no existir grandes situaciones de conflicto armado dentro del país, es importante abordar esta problemática en tanto subsisten grupos terroristas y otros que practican el secuestro de menores de edad para sus fines delictivos.

En lo que se refiere a las Fuerzas Armadas, debe considerarse que por ley está prohibido el enrolamiento de menores de 17 años de edad.

La intervención de niños y adolescentes en conflictos internos afecta su desarrollo y equilibrio emocional en notable medida, mientras que el enrolamiento militar les priva de la posibilidad de desarrollar capacidades y ejercer derechos propios de su edad, como acceder a estudios secundarios, técnicos o universitarios.

Meta:

No hay niña, niño o adolescente participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en el país.

Indicador: Número de niñas, niños o adolescentes participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en el país.

Información Referencial año 2009

105 casos de reclutamiento arbitrario incorporados al Servicio Militar de personas menores de edad declarados fundados⁹³.

Estrategias de implementación

- Campañas de comunicación y educación en las regiones y comunidades sobre la prohibición de reclutamientos de menores de edad para ser incorporados en las Fuerzas Armadas.
- Promover el cumplimiento de las disposiciones legales que prohíben el reclutamiento de menores de edad en las Fuerzas Armadas.
- Priorizar el rescate de las niñas, niños y adolescentes en poder de grupos al margen de la ley.
- Desarrollar campañas de comunicación y educación en los departamentos y comunidades afectadas por grupos al margen de la ley u organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico y otros delitos, a fin de evitar que las niñas, niños y adolescentes sean reclutados e incorporados a dichas cadenas delictivas.
- Fortalecer la presencia del Estado en zonas con presencia de grupos al margen de la ley.

93 Oficio N° 0011-2010-DP/ANA. Casos de reclutamientos arbitrarios declarados fundados, infundados y en trámite. Defensoría del Pueblo. Enero - Diciembre 2009. No se tienen datos de grupos al margen de la ley.

- Desarrollar estrategias para la permanencia y continuidad de las niñas, niños y adolescentes en el sistema educativo (primaria, secundaria, técnica y universitaria).

Responsables: MIMP, MINDEF, MINJUS, MININTER, PCM, MED, Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo, Gobiernos Regionales.

Resultado Esperado 24

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

Justificación: La tuberculosis en niñas y niños es un indicador de transmisión reciente de los adultos hacia ellas y ellos. Por esto, indirectamente es reflejo de la prevalencia de adultos con tuberculosis en determinado periodo de tiempo reciente (≤ 2 años). Un hecho particular de nuestro país en este tema es que la tasa de tuberculosis pulmonar frotis positivo en niñas, niños y adolescentes de 0-14 años de edad (año 2006) mostraba que Perú tenía en América Latina la más elevada tasa notificada (9 x 100 000 habitantes), por encima de Bolivia⁹⁴.

La tasa anual de incidencia de tuberculosis en menores de 15 años de edad en el año 2009 fue de 26 x 100 000 habitantes (44,6 x 100 000 habitantes en el año 2001, una disminución de 41% en nueve años, oficialmente). La tasa anual de incidencia de tuberculosis frotis positivo en menores de 15 años de edad el año 2001 fue de 12,3 x 100 000 habitantes, mientras el año 2009 fue de 7,8 x 100 000 habitantes. Sin embargo, es posible una sub-notificación de casos a causa de los problemas operacionales de comienzos de la década anterior, con la desactivación del programa de control de TB y la consecuente disminución de las actividades para su prevención y tratamiento en el país.

Nunca se ha realizado en el Perú una investigación para determinar las causas por las cuales una proporción importante de niñas y niños con tuberculosis resultan frotis positivo, a diferencia de lo que se reporta en la literatura internacional. Parece

tratarse de una característica endémica de Perú, aunque se debe mencionar que el ex Programa de Tuberculosis siempre insistió en realizar exámenes bacteriológicos de TB en todas las edades, lo que implicaría una mayor confirmación bacteriológica en las niñas y niños, pero también podría significar falta de acceso al tratamiento de niñas y niños con formas severas pero con bacteriología negativa.

Meta:

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

Indicador: Letalidad por Tuberculosis.

Línea de base al año 2008

1,0% entre niñas y niños de 0 a 9 años de edad⁹⁵.

0,2% entre niñas, niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad⁹⁶.

0,98% entre personas de 15 a 19 años de edad⁹⁷.

Indicador: Tasa de incidencia de Tuberculosis Multi Drogo Resistente en niñas, niños y adolescentes.

Línea de base al año 2008

87 por 100 000 en niñas, niños y adolescentes⁹⁸.

Estrategias de implementación

- Continuar con la implementación del programa presupuestal con enfoque de resultados "Control de Tuberculosis-VIH/SIDA", priorizando las intervenciones dirigidas a controlar el problema en las niñas, niños y adolescentes.
- Intervenir en las Instituciones Educativas donde se han detectado casos de niñas, niños o adolescentes con tuberculosis, para despistaje de todo el salón, incluyendo educadores y administrativos.
- Despistaje de tuberculosis al inicio del año escolar, tanto entre las y los asistentes a la modalidad regular como a diferentes modalidades.

⁹⁵ Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de TB, Unidad Técnica de TB/TBMDR. DGSP/MINSA.

⁹⁶ Ídem.

⁹⁷ Ídem.

⁹⁸ Ídem.

- Tratamiento preventivo obligatorio para todas las niñas y niños que son contactos intra-domiciliarios de pacientes de tuberculosis, sean adultos, adolescentes, niñas o niños.
- Tratamiento gratuito y oportuno de tuberculosis para todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo los protocolos vigentes.
- Exámenes auxiliares pre tratamiento gratuito (radiografía y otros que sean necesarios) para niñas, niños y adolescentes.
- Soporte alimentario cubriendo 100% de las necesidades calórico-proteicas.
- Implementación de buenas prácticas y estándares de atención de acuerdo a normas nacionales e internacionales.
- Seguimiento y acompañamiento a las niñas, niños y adolescentes, así como sus familias para la adherencia al tratamiento.

Responsables: MINSA, MININTER, MIMP, MIDIS, MED, MTPE, MINDEF, MINJUS, MRE, Poder Judicial, Gobiernos Regionales.

Resultado Esperado 25

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

Justificación: La salud es un derecho fundamental, consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño, ya que es una condición necesaria para su desarrollo integral. En este sentido, le corresponde al Estado, garantizar el aseguramiento de todas las niñas, niños y adolescentes, lo cual permitirá que accedan a los servicios de prevención, atención y recuperación de su salud.

Las niñas, niños y adolescentes que no gozan de un seguro de salud, tienen una desventaja para el desarrollo de sus capacidades generando una exclusión social desde sus primeros años de vida. Por lo tanto, se hace necesario desarrollar todos los esfuerzos posibles para que cada niña, niño y adolescente de nuestro país cuente con un seguro de salud.

Meta:

100% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud.

Indicador: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con un seguro de salud.

Información Referencial año 2011

65,0 % de niñas y niños entre 0 y 11 años de edad cuentan con el SIS.

56,0% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad cuentan con el SIS.

Fuente: SIS

25,0% de niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años de edad están asegurados en EsSalud.

Fuente: EsSalud

Meta:

100% de niñas, niños y adolescentes usuarios de programas sociales (en situación de pobreza y pobreza extrema) tienen acceso a los paquetes de atención integral de salud aprobado y financiado.

Indicador: % de niñas, niños y adolescentes con acceso a los paquetes de atención integral de salud aprobado y financiado.

Estrategias de implementación

- Promover el uso del DNI como único documento para el aseguramiento de niñas, niños y adolescentes, lo cual permitirá conocer la cobertura de estos seguros.
- Desarrollar acciones para eliminar los obstáculos del marco legal para el acceso universal de niñas, niños y adolescentes a un seguro de salud.
- Garantizar el acceso universal al paquete de atención integral aprobado y financiado.
- Incorporar el aseguramiento universal de niñas, niños y adolescentes en la gestión regional y local.

Responsables: MINSA, EsSalud, MIDIS, MIMP, MED, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales.

V. Estrategias de Implementación

La implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia requiere de la concurrencia de los siguientes elementos fundamentales:

a) Voluntad política al más alto nivel

El ente rector del PNAIA es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP, y la entidad responsable de su formulación y seguimiento es la Comisión Multisectorial respectiva. Es preciso que, además de la estructura formal de responsabilidades administrativas, las más altas instancias del Poder Ejecutivo, es decir el Presidente de la República y el Presidente del Consejo de Ministros de los gobiernos que tendrán a su cargo la conducción del país durante el período 2012-2021 así como los titulares del Poder Judicial y Poder Legislativo, se comprometan con las metas a favor de la infancia y adolescencia del país. Solo un liderazgo político de esta naturaleza permitirá al Estado acelerar los procesos en cada uno de los sectores a cargo de la implementación, superar los cuellos de botella, articular la gestión gubernamental y trabajar coordinadamente con gobiernos regionales y municipios. Este liderazgo permitirá también comprometer a los actores de la sociedad civil, el sector empresarial, los medios de comunicación y todos los ciudadanos, con los objetivos de desarrollo de las niñas, niños y adolescentes del Perú establecidos en el PNAIA.

b) Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente

Una estrategia importante para el cumplimiento del PNAIA 2021, es una necesaria provisión de servicios a nivel local, ya que es a través de estos que se efectivizan el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

En este marco, se hace importante la articulación de todos los actores locales para lograr un mayor impacto en la intervención. Las entidades a cargo de tal articulación son las municipalidades provinciales y distritales, quienes deben asumir este liderazgo.

c) Fortalecimiento de los espacios especializados

A lo largo de las dos últimas décadas, los colectivos especializados en diversas temáticas sociales se han mostrado como entes con capacidad de análisis y acción⁹⁹. Han promovido causas, creado conciencia y realizado aportes sustantivos al desarrollo del país. Es preciso que en el período 2012-2021 estos colectivos ejerzan una vigilancia permanente de la implementación del PNAIA y aporten constructivamente con propuestas de mejoras que puedan irse introduciendo en las acciones y estrategias.

d) Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados

Los Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados serán la principal herramienta financiera para asegurar la implementación del PNAIA 2021. Se espera que cada uno de sus resultados cuente con su respectivo Programa, de tal manera que el financiamiento esté asegurado. Para ello el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio de Economía y Finanzas trabajarán coordinadamente a fin de lograr que cada año sean asignados los recursos a todas las metas consignadas en el PNAIA 2021.

e) Estrategia de comunicación

Un elemento fundamental para la implementación del PNAIA será la estrategia

99 Como por ejemplo la Comisión Multisectorial encargada de la implementación de acciones señaladas en el PNAIA 2002-2010, Colectivo de Infancia de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), Mesa sobre el Servicio de Defensoría del Niño y del Adolescentes, Comité Directivo Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI), Red Nacional para la Educación de la Niña Rural, entre otros.

de comunicación que deberá acompañarlo durante su período de inicio y a lo largo de la década. Esta estrategia tendrá como objetivo ganar la mente y el corazón de las y los peruanos a favor del interés superior del niño (que debe entronizarse como un valor fundamental de nuestra sociedad) y comprometer el apoyo de la sociedad civil para el cumplimiento de las metas del PNAIA 2021, en particular las metas emblemáticas.

Se requiere una participación activa desde el Estado como ente articulador entre la empresa y la sociedad civil, impulsando las buenas prácticas y la responsabilidad social.

Además de un trabajo sostenido en el tema de educación en los medios de comunicación y la capacitación a futuros comunicadores de universidades e institutos a nivel nacional en los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

f) Participación de los Gobiernos Regionales

La participación de los gobiernos regionales y los diversos actores regionales en el logro de los resultados y metas del PNAIA 2021 es crucial. El Perú atraviesa por un dinámico proceso de descentralización en el cual, de manera creciente, las decisiones, los recursos y la gestión se manejan en este nivel de gobierno. Por ello, los gobiernos regionales y los actores relevantes de la sociedad civil y del sector privado en las diversas regiones del país deberán abordar de manera prioritaria los asuntos de infancia y adolescencia en sus

respectivas circunscripciones. Ello quedará plasmado en el diseño y ejecución de Planes Regionales de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PRAIA) acordes con la realidad y situación específica de cada departamento, y permitirá una eficaz articulación entre el PNAIA y los PRAIA.

g) Participación de la sociedad

Para lograr una implementación exitosa del PNAIA 2021, es importante considerar los distintos niveles de organización social que existen en nuestro medio. En primer lugar, es vital que participe la familia, en tanto es el espacio natural donde comienza y se forja el desarrollo de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, deben participar los diferentes colectivos que realizan actividades en defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes, junto a las diversas organizaciones sociales de base que existen en el país, y de todas maneras, deben participar las propias niñas, niños y adolescentes, en calidad de protagonistas de su desarrollo.

h) Articulación con planes nacionales vinculantes

En el país existen diversos planes nacionales vinculantes por temáticas especializadas; por lo tanto, se hace necesario identificar aquellas intervenciones que puedan tener relación con las niñas, niños y adolescentes, para lograr un trabajo conjunto que nos permita un mayor impacto.

VI. Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (SIMONE 2021)

En el país en los últimos años, se ha enfatizado la necesidad de que las políticas públicas en implementación, tengan un componente de monitoreo y evaluación que, sustentado en evidencias, sea capaz de generar información útil para la toma de decisiones y para garantizar el éxito en el logro de resultados, así como lograr que estas intervenciones sean transparentes y capaces de rendir cuentas a la sociedad en general.

En este sentido, el Sistema de Monitoreo y Evaluación del PNAIA 2012-2021 (SIMONE 2021), es un instrumento fundamental para la toma de decisiones, que permite detectar a tiempo los problemas y acordar las medidas correctivas oportunas, a fin de superar dichas situaciones y avanzar hacia los resultados propuestos por el PNAIA 2021. El monitoreo permite a los responsables de la aplicación del Plan, tener información del progreso en la consecución de los resultados esperados y por lo tanto de sus objetivos y metas. La evaluación se orienta al diagnóstico sistematizado y objetivo, que abarca desde el diseño del PNAIA 2021 hasta su implementación y resultados obtenidos, determinándose la relevancia y cumplimiento de los objetivos planteados, la eficiencia de la implementación, su efectividad, impacto y sostenibilidad. Una evaluación debe proporcionar información confiable y útil, permitiendo la incorporación de lecciones aprendidas en el proceso de toma de decisiones.

La implementación de este sistema, como componente del PNAIA 2021, así como su ejecución, es responsabilidad compartida entre las diversas entidades públicas,

privadas, comunales y de cooperación nacional e internacional.

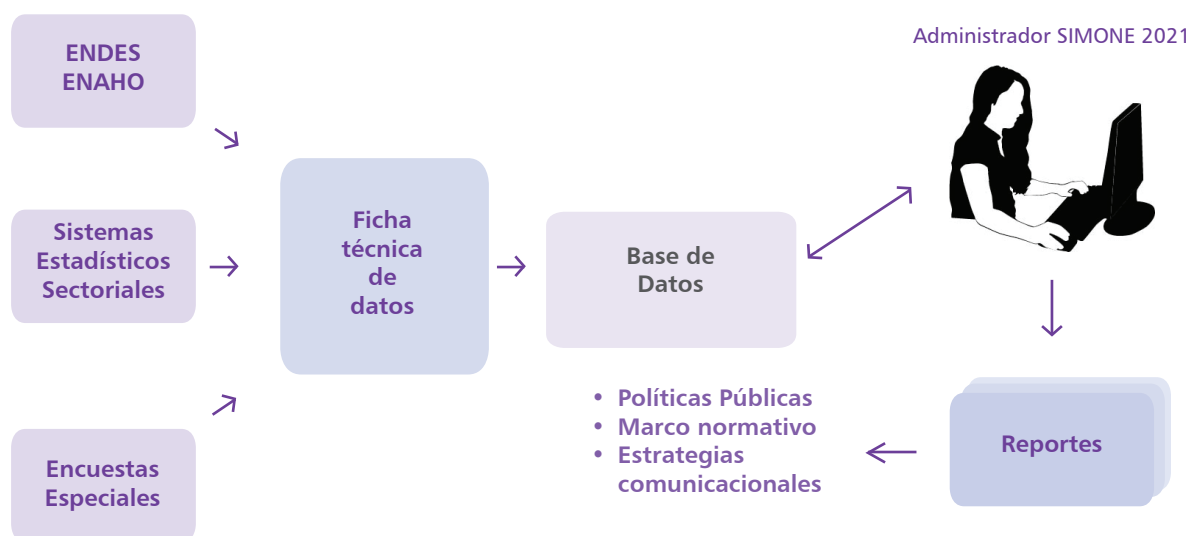
Sin embargo, debe señalarse que este sistema no pretende añadir nuevas actividades a la labor regular de los sectores, sino que busca facilitarles el monitoreo y evaluación en el marco de sus responsabilidades, para que mejoren los mecanismos de gestión orientados al logro de los resultados esperados y objetivos del Plan. Corresponde al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, órgano rector de la niñez y adolescencia en el país, la articulación y coordinación de este sistema.

En la medida que los usuarios de este sistema son diversos, el SIMONE 2021 debe buscar generar información en diferentes formatos de acuerdo a las características de cada uno de ellos, y asegurar mecanismos que permitan a estos diferentes usuarios el acceso a esta información, de modo que les puedan proponer mejoras en la intervención para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

Por otro lado, es importante que los usuarios de los servicios tengan un identificador único (DNI) que facilite compartir la información cuantificar la cantidad real de beneficiarios, de tal manera que se puedan establecer las brechas de recursos para garantizar la entrega de los servicios a las niñas, niños y adolescentes y población en general.

El presente Plan de Acción cuenta con los elementos claves para el monitoreo y la evaluación. Se han diseñado los indicadores,

Flujo de Información Simone



que son un valor y a la vez un instrumento que permite evaluar el avance o retroceso en la implementación de las políticas públicas que se han definido en el PNAIA 2021. Es importante que los indicadores de este plan sean comparables, en la medida que las políticas señaladas son de Estado y por lo tanto, de un período largo para su aplicación.

Además de proponer un conjunto de indicadores, también se han señalado metas con el horizonte del año 2021. Se cuenta con la Línea de Base de la mayoría de estos indicadores, con información proporcionada por cada uno de los sectores o por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, según corresponda.

En tanto existen indicadores de los cuales no se cuenta con información disponible, el PNAIA 2021 propone la realización de mediciones especiales, según la evaluación que se haga de la información faltante. Es oportuno realizar esta actividad de medición durante el primer año de aplicación del PNAIA (2012) o a más tardar en el primer semestre del 2013, a fin de completar la Línea de Base que permita el monitoreo continuo del Plan.

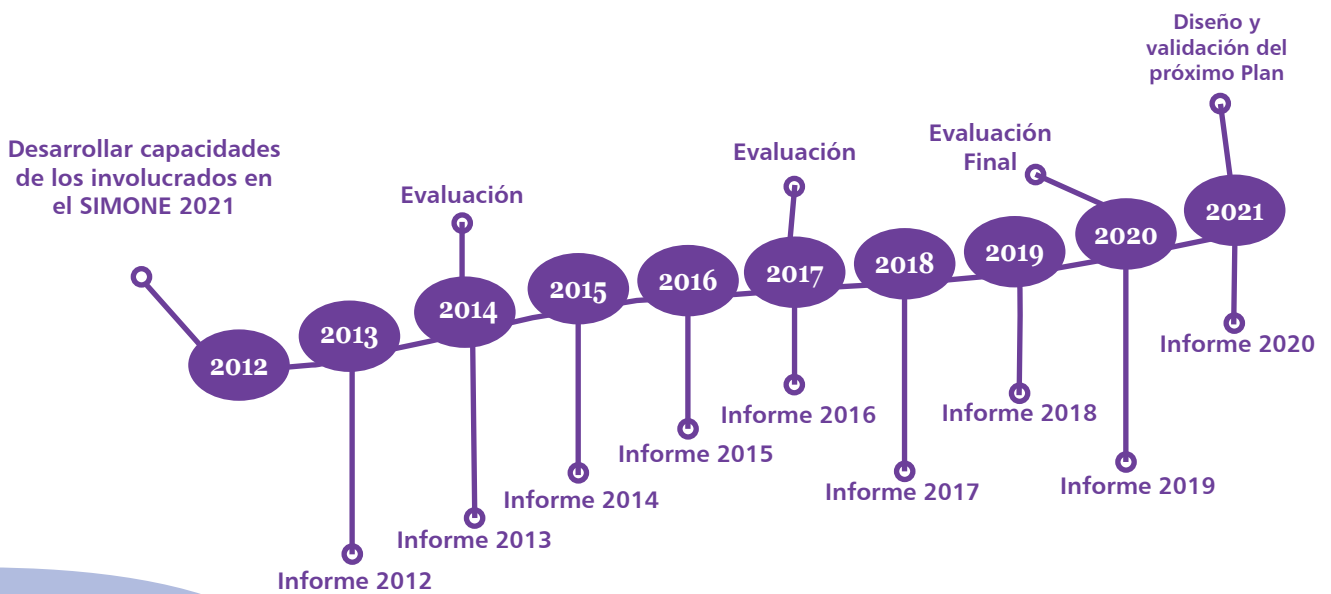
Evaluación

Otro elemento importante de este sistema es la evaluación, la cual es un proceso sistemático y análisis de los cambios que se presentan en un mediano y largo plazo. La evaluación se constituye como una herramienta importante y como una alternativa para la mejora permanente de las intervenciones presentes y futuras transfiriendo buenas prácticas con lo cual permite tomar decisiones de acuerdo al cumplimiento o incumplimiento de los objetivos trazados así como los problemas que requieren de mayor atención.

Debido a que el PNAIA 2021 es un plan con un horizonte de implementación de largo plazo, necesita de evaluaciones intermedias que permitan redefinir lo señalado en el marco de un contexto que seguramente será diferente.

En el esquema que se presenta a continuación, puede verse que a lo largo del período de vigencia del PNAIA 2021, se elabora un informe anual de seguimiento al PNAIA 2021 y que el Gobierno debe presentar ante el Congreso de la República y tres evaluaciones periódicas que permitirán redefinir el rumbo de este Plan.

Horizonte Temporal de Evaluación del PNAIA 2021



Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 1					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad					
<p>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 prorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.</p> <p>Meta: Reducir en un tercio la Tasa de Mortalidad Neonatal.</p>	Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.	10 13 8	Nacional Rural Urbana	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	83,8 62,5 94,2 54,1 99,7 54,2 58,4 54,2	Nacional Rural Urbana Loreto Ica Amazonas Cajamarca Quintil inferior	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Proporción de nacidos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2,5 kg), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza .	7,1 9,0 6,2 12,1 9,4	Nacional Rural Urbana Loreto Quintil Inferior	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el período de 7 años anteriores de la encuesta .	93	Nacional	2010	INEI. ENDES
	Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.	92,0 97,5 86,4 96,3 85,0	Nacional Sin educac. Educ. Superior Quintil Inferior Quintil Superior	2010	INEI. ENDES
	Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.	15,8 9,9 19,0 8,8 22,2 7,9 21,0 24,4 9,1	Nacional Rural Urbana Quintil inferior Quintil superior Loreto y Cajamarca Lima Metrop. Ica Selva	2011	INEI. PpR-ENDES 2011

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 1					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad					
<p>2 Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.</p> <p>Meta: Disminuir al 5% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.</p>	Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	15,2 29,9 7,4 25,1 21,2 46,4 36,0	Nacional Rural Urbana Sierra Selva Huancavelica Quintil inferior	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.	19,5 37,0 10,1 30,7 28,2 54,2 43,8	Nacional Rural Urbana Sierra Selva Huancavelica Quintil inferior	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia, región natural y departamento. * datos de 10 años anteriores a la encuesta	17,0 22,0 14,0 43,0 40,0 24,0 19,0 13,0	Nacional Rural Urbana Loreto* Puno* Selva Sierra Lima	2010	INEI. ENDES
	Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad por área de residencia, región natural y departamento.	41,6 37,5 49,6 32,4 51,7 47,2 71,1 64,1 59,2	Nacional Urbana Rural Costa Sierra Selva Puno Cusco Madre de Dios	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.	27,5	Lima	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
	Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia local, región natural, quintil de riqueza y departamento.	72,7 74,2 69,5 64,9 78,1 87,5 85,4 54,7 57,8	Nacional Urbana Rural Quintil inferior Quintil superior Huancavelica Apurímac Amazonas Madre de Dios	2011	INEI. PpR-ENDES 2011

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 1					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad					
<p>3 Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.</p> <p>Meta: Las tres cuartas partes de niñas y niños menores de 36 meses de edad tienen controles de crecimiento y desarrollo completos para su edad.</p>	<p>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, región natural, quintil de riqueza y departamento.</p>	47,3	Nacional	2011	INEI. PpR-ENDES 2011
		43,3	Urbana		
55,2	Rural				
53,3	Quintil inferior				
49,2	Quintil Superior				
73,6	Huancavelica				
72,3	Huánuco				
71,5	Cajamarca				
35,7	Loreto				
36,5	Lambayeque				
36,5	La Libertad				
37,4	Lima				
	<p>Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0 a 2 años de edad, por área de residencia y departamento.</p>	2,2	Nacional	2010	MED-ESCALE
		1,3	Rural		
0,4	Huancavelica				
0,5	Ayacucho				
0,6	Amazonas y Huánuco				
<p>4 Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</p> <p>Meta: Universalizar el acceso de niñas y niños de 3 a 5 años de edad a la educación inicial a la edad correspondiente priorizando el ámbito rural</p>	<p>Tasa neta de matrícula en educación inicial, del grupo de 3 a 5 años de edad, por área de residencia .</p>	70,3	Nacional	2010	INEI. ENAHO 2010
		61,0	Rural		
74,3	Urbana				

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 2					
Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad					
<p>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.</p> <p>Meta: El 70% de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos y matemática.</p> <p>Meta: Al 2016, el 50% de Centros Educativos en comunidades indígenas desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos de nivel primaria.</p>	Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión lectora en segundo grado, por área de residencia y departamento.	29,8 5,8 36,3 6,1	Nacional Rural Urbana Loreto	2011	MED-Evaluación Censal a Estudiantes (ECE)
	Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión matemática en segundo grado, por área de residencia y departamento.	13,2 3,7 15,8 1,4	Nacional Rural Urbana Loreto	2011	MED-Evaluación Censal a estudiantes (ECE)
	Tasa de conclusión en educación primaria en el grupo de 12 a 13 años de edad, por área de residencia, nivel de pobreza y departamento.	77,9 60,9 86,3 53,0 55,4	Nacional Rural Urbano Pobre extremo Huánuco	2010	INEI - ENAHO 2010
	Porcentaje de Centros Educativos en comunidades indígenas que desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos.	11,5	Centros Educativos	2010	MED-Censo Escolar del Ministerio de Educación / Unidad de Estadística Educativa y II Censo de Comunidades Indígenas del INEI.
<p>6 Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.</p> <p>Meta: Erradicar el trabajo de niñas, niños y adolescentes con edades por debajo de la edad mínima.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima (6-13 años de edad).	19,2	Nacional	2010	INEI. ENAHO
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan, por debajo de la edad mínima, por actividad económica.	-	-	-	No se cuenta con información
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan, por debajo de la edad mínima, por número de horas ocupados.	-	-	-	No se cuenta con información

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 3 Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad					
<p>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.</p> <p>Meta: La mitad de las y los estudiantes peruanos de 15 años de edad alcanza el nivel 3 (más de 481 puntos) en comprensión lectora, matemáticas y ciencias evaluados en la prueba PISA.</p>	Resultado promedio de las y los estudiantes peruanos de 15 años de edad obtenidos en la prueba PISA, por materia evaluada.	370 365 369	Comprensión lectora* Matemáticas* Ciencias*	2009	MED Prueba PISA
	Tasa de conclusión en educación secundaria en el grupo de 17 a 18 años de edad, por área de residencia, condiciones de vida, lengua materna y departamento.	60,8 37,9 69,8 22,2 35,7 37,2 39,9 37,7	Nacional Rural Urbana Pobre extremo Huánuco Amazonas Cajamarca Lengua indígena	2010	INEI. ENAH0 2010
<p>8 Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.</p> <p>Meta: Erradicar el trabajo peligroso realizado por adolescentes aún dentro de la edad laboral permitida.</p>	Porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos.	-	-	-	-
	Porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos por actividad económica.	-	-	-	-
	Porcentaje de adolescentes con edad permitida que realizan trabajos peligrosos por actividad económica y por número de horas ocupadas.	-	-	-	-
<p>9 Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.</p> <p>Meta: Reducir en un 20% el embarazo adolescente.</p>	Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia, región natural, educación, quintil de riqueza y departamento.	13,5 19,3 11,3 26,2 31,8 22,4	Nacional Rural Urbana Selva Loreto Quintil inferior	2010	INEI. ENDES

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 3					
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad					
10 Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales. Meta: Se reduce en 5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales de la población escolar de secundaria.	Porcentaje de variación de prevalencia anual de consumo de drogas de vida en población escolar de secundaria de 12 a 17 años de edad en ciudades de más de 30 mil habitantes, por tipo.	42,1	Nacional Drogas Legales	2009	DEVIDA II y III Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria
		7,9	Nacional Drogas Ilegales		
		51,2	Nacional Drogas legales	2007	
		7,0	Nacional Drogas ilegales		
11 Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen. Meta: Reducir la tasa de adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal.	Tasa de expedientes ingresados a la fiscalías de familia y/o mixtas por infracción de la Ley Penal por cada 100 mil habitantes entre 14 y 17 años de edad.	1032	Nacional	2010	MINISTERIO PÚBLICO - Fiscalía de la Nación Sistema Informático de Ayuda al Trabajo Fiscal
12 Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes. Meta: Reducir la incidencia del VIH en adolescentes. Meta: 100% de adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita, oportuna y continua.	Incidencia de adolescentes con diagnóstico de VIH positivo.	39 adolescentes mujeres	Nacional	2010	MINSA
		27 adolescentes varones			
13 Las y los adolescentes acceden a una atención integral de salud de calidad y con pertinencia cultural. Meta: Incrementar la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes.	Porcentaje de adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita oportuna y continua.	Sin información	-	-	-
13 Las y los adolescentes acceden a una atención integral de salud de calidad y con pertinencia cultural. Meta: Incrementar la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes.	Prevalencia de sobrepeso en personas entre 15 y 19 años de edad.	12,0	Nacional	2008	CENAN. Base de Datos ENAHO
	Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 19 años de edad, por área de residencia, lengua originaria y departamento.	20,0	Nacional Urbano Rural Lengua originaria	2009	INEI. ENDES
		20,0			
		18,0			
24,0					

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 3					
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad					
<p>14 Las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual.</p> <p>Meta: Disminuir el número de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual.</p>	Número de adolescentes separados de situaciones de explotación sexual.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base
Objetivo Estratégico N° 4					
Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad					
<p>15 Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.</p> <p>Meta: Se universaliza el uso del Documento Nacional de Identidad (DNI) para las niñas, niños y adolescentes.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan DNI por distrito.	89.3	Nacional	2011	RENIEC.
<p>16 Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios de atención especializados en educación y salud.</p> <p>Meta : Se reduce la deserción escolar de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que asisten a los Centros de Educación Básica Especial.</p> <p>Meta: Se incrementa el porcentaje de niñas y niños con alguna discapacidad detectados y atendidos por los Establecimientos de Salud (EES) durante los tres primeros años de vida.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que culminan el año lectivo en los Centros de Educación Básica Especial.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base.
	Porcentaje de niñas y niños con discapacidad detectados oportunamente en los Establecimientos de Salud antes de los tres años de edad.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base.

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 4 Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad					
<p>17 Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad).</p> <p>Meta: Disminuyen el número de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de situaciones de trata de personas.</p>	<p>Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas.</p>	167	Nacional	2011	Sistema Reta PNP-MININTER
<p>18 Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.</p> <p>Meta: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 25% de los Gobiernos Locales, el año 2016.</p> <p>Meta: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 75% de los Gobiernos Locales, el año 2021.</p> <p>Meta: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 100% de los Gobiernos Regionales.</p>	<p>Porcentaje de gobiernos locales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.</p>	-	-	-	Se deberá construir una línea de base
	<p>Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.</p>	-	-	-	-

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 4					
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad					
19 Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencias y desastres. Meta: Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia y desastres son los primeros en ser atendidos. Meta: 100% de Instituciones Educativas calificadas como seguras.	Número de niñas, niños y adolescentes que reciben atención prioritaria y diferenciada ante situaciones de emergencias y desastres ocasionados por fenómenos naturales o inducido por el hombre.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base
	Niñas, niños y adolescentes acceden a servicios en Instituciones Educativas calificadas como seguras por el Ministerio de Educación.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base
20 Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar. Meta: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar. Meta: Reducción del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar.	-	-	-	Se deberá generar información en el marco del Programa Presupuestal con Enfoque de resultados
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia escolar.	-	-	-	-

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021					
Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
Objetivo Estratégico N° 4 Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad					
<p>21 Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.</p> <p><i>Meta:</i> Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.	-	-	-	Se deberá construir una línea de base.
<p>22 Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia.</p> <p><i>Meta:</i> Un tercio de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se reintegran a su seno familiar o se integran a un grupo familiar de manera definitiva.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales que se integran a una familia.	7.0	Nacional	2010	MIMP
<p>23 Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.</p> <p><i>Meta:</i> No hay niña, niño o adolescente participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en el país.</p>	Número de niñas, niños y adolescentes participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en el país.	105	Nacional	2009	Informe de la Defensoría del Pueblo
<p>24 Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.</p> <p><i>Meta:</i> Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.</p>	Letalidad por tuberculosis.	<p>*1,0% en niñas y niños de 0-9 años de edad</p> <p>*0,2% en niñas, niños y adolescentes de 10-14 años de edad</p> <p>*0,98% en personas de 15-19 años de edad.</p>	Nacional	2008	MINSA

Matriz de monitoreo del PNAIA 2021

Resultado	Indicador	Línea Base			Fuente de Información
		Valor	Lugar de Residencia	Año	
<p>Meta: Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.</p>	Tasa de incidencia de Tuberculosis Multi Drogo Resistente en menores de 18 años de edad.	87 por 100 000 niñas, niños y adolescentes.	Nacional	2008	MINSA
<p>25 Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.</p> <p>Meta: 100% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud.</p> <p>Meta: 100% de niñas, niños y adolescentes usuarios de programas sociales (en situación de pobreza y pobreza extrema) tienen acceso a los paquetes de atención integral de salud aprobado y financiado.</p>	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con un seguro de salud.	65% (0 -11 años de edad)	Nacional	2011	SIS
		56 % (12-17 años de edad)	Nacional	2011	EsSalud
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con acceso a los paquetes de atención integral de salud aprobado y financiado.	-	-	-	Se deberá generar la información.
Gestión del PNAIA 2021					
	Porcentaje del presupuesto público asignado a infancia y adolescencia, por Gobierno Regional.	15.8	Nacional	2008	MEF – DNPP
Todos los Gobiernos Regionales han aprobado su Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia en el marco del PNAIA 2021.	Porcentaje de Gobiernos Regionales con un Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia aprobado.	0	Gobierno Regional	2012	DINNA – SDPNAIA
Todas las provincias y distritos del país cuentan con una DEMUNA dentro de la estructura orgánica de la municipalidad.	Porcentaje de provincias y distritos que cuentan con una DEMUNA dentro de la estructura orgánica de la institución.	49	Gobierno Local	2011	MIMP -Base de datos de las DNA

VII. Lineamientos de Política en Comunicaciones del PNAIA 2021

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 contempla un conjunto de lineamientos de política en comunicaciones para coadyuvar a su ejecución, mediante la participación activa de diversos actores, no sólo del Estado, de la sociedad civil y de los medios de comunicación, sino también, y principalmente, las organizaciones de niñas, niños y adolescentes.¹⁰⁰

Lineamiento 1

El Estado es responsable de generar, establecer, vigilar, cumplir y hacer cumplir las políticas y estrategias de comunicación para la infancia y la adolescencia.

Lineamiento 2

Existe una cultura de promoción de los derechos de la infancia y adolescencia en los medios de comunicación a nivel nacional. Su difusión se realiza de acuerdo a la diversidad cultural del país.

Lineamiento 3

Establecimiento de los sistemas de comunicación y sus recursos a nivel nacional y regional que conlleven al logro de objetivos comunes con eficiencia y eficacia.

Lineamiento 4

Los procesos y procedimientos de planificación en materia de comunicación del PNAIA 2012-

2021 deberán estar de acuerdo con el modelo de comunicación para el desarrollo y otros que promuevan la participación ciudadana.

Lineamiento 5

Las estrategias y campañas de comunicación emplean medios y espacios nacionales, regionales, y locales a favor de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, con el apoyo de instituciones y medios de comunicación que incorporen el uso responsable de las modernas tecnologías de la comunicación.

Lineamiento 6

Las niñas, niños y adolescentes serán protagonistas de los procesos de comunicación que se diseñen y ejecuten como parte de las acciones del PNAIA 2012-2021.

Lineamiento 7

Los organismos estatales que integran el PNAIA 2012-2021, deberán incluir en su programación presupuestal el desarrollo del componente comunicacional para la ejecución de las estrategias planteadas.

Lineamiento 8

Las estrategias de comunicación que implemente el PNAIA 2012-2021 serán parte del proceso de investigación y sistematización, así como del monitoreo y evaluación de los procesos comunicacionales.

¹⁰⁰ Estos lineamientos se han construido con representantes de las áreas de comunicación de los sectores integrantes de la Comisión Multisectorial para la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 (DS N° 014-2002-MIMDES).

VIII. Financiamiento

Uno de los ejes de la ejecución de cualquier plan es su financiamiento, en tanto disponer de un mecanismo financiero estable permitirá orientar, de manera planificada y oportuna, los recursos para la ejecución de las estrategias y programas que llevarán a la consecución de las metas planteadas.

Al ser el PNAIA 2021 un documento de carácter multisectorial, su ejecución no requiere de un financiamiento especial, pues las estrategias de intervención tienen un soporte sectorial, por lo que corren a cargo del presupuesto de cada uno de los pliegos comprometidos.

Las acciones relacionadas con el monitoreo y evaluación, así como reuniones de trabajo, talleres, seminarios, entre otros, serán efectuados por el MIMP como órgano rector del PNAIA 2021, con cargo a su presupuesto institucional y los que obtenga del apoyo de cooperación nacional e internacional.

Presupuesto por Resultados - PPR

A partir del año 2008 se implementa en el país una "manera diferente de realizar el proceso de asignación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto público. Implica superar la tradicional manera de realizar dicho proceso, centrado en instituciones (pliegos, unidades ejecutoras), programas o proyectos y en líneas de gasto o insumos; a otro en el que el eje es el ciudadano y los resultados que éstos requieren y valoran".¹⁰¹

La forma de aplicación específica del Presupuesto por Resultados es mediante los Programas Presupuestales por Enfoque de Resultados, formulados en el proceso de Programación Presupuestaria Estratégica, los mismos que relacionan los resultados con los

productos, acciones y medios necesarios para su ejecución.

Los recursos necesarios para la implementación del PNAIA 2021, serán aquellos contemplados en los Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados y los que tiene cada pliego presupuestal de las instituciones del Estado, garantizando así, el logro de las metas emblemáticas y resultados esperados señalados en el PNAIA 2021.

De los primeros cinco Programas Presupuestales que entraron en vigencia en el año 2008 y que continúan hasta la actualidad, cuatro inciden directamente en los servicios y derechos para niñas, niños y adolescentes: Articulado Nutricional; Salud Materno Neonatal; Logros de Aprendizaje al Finalizar el Tercer Ciclo, Acceso de la Población a la Identidad.¹⁰²

En los años 2009 y 2010 se incluyeron 10 nuevos Programas Estratégicos. Si bien es cierto que todos los PE tienen repercusiones directas o indirectas en la vida de niñas, niños y adolescentes, dos de los incorporados en el 2009 tiene efecto directo en la vida de este grupo poblacional: Acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas en poblaciones rurales de 2,000 habitantes o menos; y Acceso a energía en localidades rurales.

En el año 2011 se consideró la implementación de 7 Programas Estratégicos adicionales, entre los cuales se encuentra el de Tuberculosis – VIH – SIDA, de importante incidencia para la población infantil y adolescente.

Para el año 2012, en la Ley de Presupuesto del Sector Público, se incluyeron los Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados: "Lucha Contra la Violencia Familiar" y "Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas"; asimismo, priorizará

101 MEF: ¿Qué es el PPR?. Tomado de: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2122&Itemid=101162&lang=es

102 El quinto PE está referido al Acceso a Servicios Sociales y Oportunidades de Mercado.

el diseño e implementación de un programa presupuestal dirigido a las personas con discapacidad orientado preferentemente en materias de educación inclusiva y especial, intervención temprana, salud, rehabilitación e inserción social.

El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de la mayoría de los Programas Estratégicos se ha ido incrementando año tras año, desde que en el año 2008 se incluyeron en el Presupuesto General de la República.

Presupuesto Institucional de Apertura de los Programas Estratégicos

Programas Estratégicos	PIA (Miles de millones de Nuevos Soles)		
	2008	2009	2010
01 Programa Articulado Nutricional	972	1053	1182
02 Salud Materno Neonatal	340	359	447
03 Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo	1226	928	1093
04 Acceso de la Población a la identidad	25	28	28
05 Acceso a Servicios Sociales Básicos y a Oportunidades de Mercado	249	693	615
06 Acceso a Agua Potable y Disposición Sanitaria de Excretas para Poblaciones Rurales de 2.000 habitantes o menos	0	98	110
07 Acceso y Uso a Servicios Públicos esenciales de Telecomunicaciones en Poblaciones Rurales de menos de 3,000 habitantes	0	53	97
08 Acceso a Energía en Localidades Rurales	0	376	445
09 Gestión Ambiental Prioritaria	0	78	18
10 Accidentes de Tránsito	0	0	35
11 Seguridad Ciudadana	0	0	1721
12 Vigencia de los Derechos Humanos y Derechos Fundamentales	0	0	316
13 Mejora de la Sanidad Agraria	0	0	88
14 Incremento de la Productividad Rural de los Pequeños Productores Agrarios	0	0	178
15 Incremento de la Productividad de las MYPES	0	0	15
16 TBC - VIH/SIDA	0	0	0
17 Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis	0	0	0
18 Enfermedades no transmisibles	0	0	0
21 Seguridad Alimentaria	0	0	0
22 Gestión integrada de los Recursos Naturales	0	0	0
23 Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	0	0	0
24 Prevención y Control del Cáncer	0	0	0
TOTAL	2 812	3666	6388

Fuente: MEF
Elaboración: Dirección de Calidad del Gasto Público-DGPP-MEF

Siglas

APAFA:	Asociación de Padres de Familia
CAR:	Centros de Atención Residencial
CEM:	Centros de Emergencia Mujer
CONADENNA:	Comisión Nacional por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente
CDN:	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDIF:	Centro de Desarrollo Integral para la Familia
CESIP:	Centro de Estudios Sociales y Publicaciones
CIAS:	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
COMUDENA:	Comité Municipal por los Derechos del Niño y del Adolescente
CONADIS:	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
CONAMUSA:	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
CONEI:	Consejo Educativo Institucional
CPETI:	Comité Directivo Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil
DEMUNA:	Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente
DEVIDA:	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas
DGFC:	Dirección General de la Familia y la Comunidad
DGSP:	Dirección General de Salud de las Personas
DIECA:	Dirección de Educación Comunitaria y Ambiental
DINNA:	Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes
DIRANDRO:	Dirección Antidrogas de la Policía Nacional del Perú
DIRFAPACEC – PNP:	Dirección de la Familia y Participación Ciudadana de la Policía Nacional del Perú
DISA IV:	Dirección de Salud IV
DNA:	Defensoría del Niño y del Adolescente
ECE:	Evaluación Censal de Estudiantes
ESCALE:	Estadística de la Calidad Educativa
GIN:	Grupo de Iniciativa Nacional por los Derechos del Niño
IFEJANT:	Instituto de Formación para Educadores de Jóvenes, Adolescentes y Niños Trabajadores de América Latina
INABIF:	Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar
INDECI:	Instituto Nacional de Defensa Civil
INDEPA:	Instituto Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Amazónicos y Afroperuano
MACLP:	Mesa de Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal
MED:	Ministerio de Educación
MED-DITOE:	Ministerio de Educación Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MCLCP:	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMP:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINAG:	Ministerio de Agricultura

MINAM:	Ministerio del Medio Ambiente
MINCETUR:	Ministerio de Comercio Exterior y Turismo
MINCU:	Ministerio de Cultura
MINDEF:	Ministerio de Defensa
MED:	Ministerio de Educación
MINEM:	Ministerio de Energía y Minas
MININTER:	Ministerio del Interior
MINJUS:	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MINSA:	Ministerio de Salud
MTPE:	Ministerio de Trabajo
MNNATSOP:	Movimiento Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes Trabajadores Organizados del Perú
MPFN:	Ministerio Público Fiscalía de la Nación
MRE:	Ministerio de Relaciones Exteriores
MTC:	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
MVCS:	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSB:	Organizaciones Sociales de Base
PCM:	Presidencia del Consejo de Ministros
PISA:	Programa para la Evaluación Internacional de Estudiantes
PJ:	Poder Judicial
PNAIA 2021:	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021
PNP:	Policía Nacional del Perú
PNWW:	Programa Nacional de Wawa Wasi
PROMSEX:	Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
RENIEC:	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SENAJU:	Secretaría Nacional de la Juventud
SERNANP:	Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado Peruano
SIMONE 2021:	Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021
Sistema RETA:	Sistema de Registro y Estadística del Delito de Trata de Personas y Afines
TB MDR:	Tuberculosis Multi Drogo Resistente
TB PFP:	Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas United Nations Population Fund
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia United Nations Childrens Fund

Fuentes Consultadas

Barnett 1995; Shonkoff and Phillips, 2000; Leseman 2002, Young 2002; Bedregal y Pardo, 2004. Autores que señalan "Lo que suceda o no en ese período (los primeros tres años de vida) determina el futuro de las personas).

CENAN. Base de datos ENAHO I-2008 en convenio con INEI.

CEPAL. "La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir". 2010.

Gatica, Nora y Chaimovic, Claudia: "La justicia no entra en la escuela. Análisis de los principales principios contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño". La Semana Jurídica 13/19 de Mayo de 2002.

INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, 2007.

INEI. "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar". ENDES 2010.

INEI. Mapa de Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, 2007.

INEI-UNICEF. "Estado de la Niñez en el Perú". Abril 2008.

INEI - UNICEF. Estado de la Niñez en el Perú 2010.

Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2. Lima.

MIMDES: Programa Nacional Wawa Wasi.- Resumen de Indicadores (2008 – 2009).

MIMDES 2004. Maltrato y abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. Una aproximación desde los casos atendidos en los Centros Emergencia Mujer.

Ministerio de Educación. Documento de la Dirección General de Educación Básica Regular, Diálogo Nacional por la Ampliación de la Cobertura de la Educación Inicial en el Perú. 11 de junio de 2010.

Mustard, J.F., "Early child development and the brain – The base for health, learning and behaviour throughout life", en M. Young ed., ob. cit.)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 1990.

PCM Presidencia del Consejo de Ministros del Perú. Informe del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú-2008. Octubre de 2009.

OLIVEROS D. Miguel, FIGUEROA A. Luzmila, MAYORGA R Guido et. al. Violencia escolar (bullying) en colegios estatales de primaria en el Perú. Rev. Perú. Pediatr., oct. 2008, vol. 61, nº 4, p. 215-220. ISSN 1993-6826.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Metodología de Diseño del PNAIA 2021

Este anexo mostrará cuadros que dan cuenta de la participación y consulta realizada para la elaboración del PNAIA 2012-2021

Formulación y Validación del PNAIA 2012-2021

Detalle	Lugar	Fecha	N° de Participantes	Observaciones
Proceso de evaluación del PNAIA 2002 – 2010.	LIMA	Octubre 2009 a Febrero 2010.		La evaluación la elaboró una consultora Proyecta Lab. Duración 120 días calendarios.
Taller de la Comisión Multisectorial del PNAIA 2002-2010 para debatir y aprobar principios, enfoques y objetivos.	LIMA	21 de octubre 2010.	43	Sesión Ordinaria N° 29 de la Comisión Multisectorial del PNAIA 2002-2010. En el local de OIT. Participaron: MIMP , PCM, MININTER, MINTRA, MINJUS, MINSA, PJ, MPFN, MINCETUR, INEI, MCLCP, UNICEF, GIN, Save The Children.
Cuatro Talleres con la Comisión Multisectorial del PNAIA 2002-2010 para discutir y aprobar indicadores en el marco de los Resultados Esperados del PNAIA 2012-2021.	LIMA	10 de noviembre 2010.	13	MED, MINSA, INEI, MEF, UNICEF, MIMP.
		11 de noviembre 2010.	15	MED, MTPE, MINSA, MEF, INEI UNICEF, MIMP.
		12 de noviembre 2010.	20	MININTER, MED, MINSA, MEF, PJ, UNICEF, Save The Children, UNFPA, MIMP.
		15 de noviembre 2010.	20	MININTER, MINJUS, MINSA, MED, PJ, MPFN, Save The Children, UNICEF, PUCP, MINCETUR, MIMP.
Encuesta Regional sobre el PNAIA que permitió introducir las metas emblemáticas y otros aportes.	Nacional	Noviembre a diciembre de 2010.	12 Gerentes Regionales de Desarrollo Social.	Encuesta aplicada a los Gerentes Regionales de Desarrollo Social. Remitieron sus encuestas 12 GR (PUNO, CAJAMARCA, ICA, AMAZONAS, CALLAO, PASCO, AYACUCHO, LAMBAYEQUE, ANCASH, HUANUCO, MADRE DE DIOS Y PIURA).
Aplicación de Encuesta On-line sobre Participación de niñas, niños y adolescentes	Nacional	Enero 2011	116	116 Niñas, niños y adolescentes que respondieron la encuesta a nivel nacional.

Talleres Regionales de Validación del PNAIA 2012-2021

Detalle	Lugar	Fecha	Nº de Participantes	Observaciones
Talleres Regionales de Validación del PNAIA 2012-2021	Huancavelica	7 diciembre 2010.	26	
	Apurímac	13 de diciembre 2010.	50	
	Ayacucho	17 de diciembre de 2010.	49	
	Lima - Ancón	28 de enero 2011.	39	
	Loreto	10 y 11 de febrero 2011.	112	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (60 adultos y 62 adolescentes)
	Callao	15 de febrero 2011	28	
	Huánuco	16 y 17 de febrero 2011	86	Primer día: 45 adultos y segundo día: 41 adultos.
Talleres Regionales de Validación del PNAIA 2012-2021	Ancash	23 y 24 de febrero 2011	101	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (51 adultos y 50 adolescentes)
	La Libertad	23 y 24 de febrero 2011.	86	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (36 adultos y 50 adolescentes)
	Tumbes	2 y 3 de marzo 2011.	65	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (32 adultos y 33 adolescentes)
	Lima Provincias (Gr -Huaral)	3 y 4 de Marzo 2011.	93	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (47 adultos y 46 adolescentes)
	Junín	9 y 10 de marzo 2011.	107	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (52 adultos y 55 adolescentes)
	Ica	25 de marzo 2011	34	
	San Martín	22 y 23 de marzo 2011.	86	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (39 adultos y 47 adolescentes)
	Ucayali	23 de marzo 2011.	83	
	Lambayeque	23 y 24 de marzo 2011.	87	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (56 adultos y 31 adolescentes)
Cusco	30 y 31 de marzo 2011.	99	Primer día taller con adultos y el segundo con adolescentes (49 adultos y 50 adolescentes)	
Validación virtual a niñas, niños y adolescentes del Consejo Consultivo Transitorio de Niñas, Niños y Adolescentes (CCOTNA)	Nacional	08 de Abril 2011.	12	

Mesas de Trabajo Intersectoriales (en Función de los Resultados Esperados).

Reunión	Lugar	Fecha	Nº de Participantes	Observaciones
Resultado "Desinstitucionalización de niñas, niños y adolescentes"	LIMA	14 de Octubre 2010	15	CEDRO, ALDEAS INFANTILES S.O.S. PERU, INABIF (UGIT), ANAR, UNICEF, ADRA, MIMP.
		22 de Noviembre 2010	16	HOGAR OSMA ÑAÑA, MPFN, ALDEAS INFANTILES, FUNDACIÓN PEDRO Y ANGELICA DE OSMA, PNP, ANAR, CEDRO, Secretaría Nacional de Adopciones, UNICEF, ADRA, MIMP.
Resultado 5 y 6 "Educación básica inicial y primaria intercultural, inclusiva y de calidad para niñas y niños"	LIMA	24 de Agosto 2010	6	INDEPA, MINAM, SERNANP – MINAM, MIMP.
		22 de Octubre 2010	11	MINAM, Defensoría del Pueblo, OCAM, UGEL RIO TAMBO, Comunidades nativas de la Municipalidad Distrital de Mazamari, IIEE PRIMARIA DE LA COMUNIDAD NATIVA TEORIA, PUCP.
Resultado "Violencia y abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes"	LIMA	15 de Diciembre 2010	26	MININTER, MINSA-DGSP, Defensoría del Pueblo, CESIP, INABIF, UNICEF, MCLCP, MED-DITOE, PNCVFS, DIRFAPASEC – PNP, MIMP - DINNA.
Resultado "Violencia familiar"	LIMA	20 de Diciembre 2010	8	UNICEF, INABIF, MIMP-DINNA
Resultado "Protección en caso de emergencia y desastre"	LIMA	22 de Julio de 2010	13	Cruz Roja Peruana, INABIF, INDECI, MCLCP, PRONAA, PNWW, UNICEF, MIMP (Defensa Nacional) y DINNA.
		20 de Agosto 2010	8	MIMP (Defensa Nacional), Cruz Roja Peruana, INABIF, INDECI, MCLCP, Programa de Prevención de Desastre y Gobernabilidad - ITDG, PRONAA, PNWW.
		01 de Octubre 2010	11	UNICEF, PRONAA, PNWW, ONG Soluciones Prácticas, Save The Children, Cruz Roja Peruana, MED – DIECA, MIMP.
		20 de Octubre 2010	7	Cruz Roja Peruana, INDECI, MIMP (Defensa Nacional), MED, Save The Children.
		27 de Diciembre 2010	7	UNICEF, MIMP(Defensa Nacional), Save The Children, MED – DIECA, MCLCP

Reunión	Lugar	Fecha	Nº de Participantes	Observaciones
Resultado "Participación de niñas, niños y adolescentes"	LIMA	23 de Noviembre 2010	16	Municipalidad de Ventanilla, CCOTNNA, Municipalidad de Pachacamac, Municipalidad de Los Olivos, Municipalidad de Villa El Salvador, Municipalidad de SJM, MIMP – DINNA.
		26 de Noviembre 2010	21	Adolescentes integrantes del Consejo Consultivo Transitorio de Niñas, Niños y Adolescentes – CCOTNNA, Plan Internacional, INABIF, MED (Alcaldesa Escolar), Scouts del Perú, COMUDENA de Ventanilla, Banco Azteca, GR del Callao, Electra, PNCVFS, MIMP –DINNA.
		2 de Diciembre 2010	23	Municipalidad de Los Olivos, CONADENNA, Plan Internacional, Municipalidad de Pachacamac, IFEJANT, CCOTNNA, Save The Children, INABIF, DEMUNA – Los Olivos, INFANT, MNNATSOP, Word Vision, Scouts del Perú, ADRA PERU, UNFPA, MIMP – DINNA.
		6 de Diciembre 2010	16	CONADENNA, ADRA PERU, IFEJANT, Plan Internacional, CCOTNNA, INFANT, Word Vision, INABIF, Scouts del Perú, Save The Children, UNICEF, MIMP-DINNA.
		13 Diciembre 2010	11	IFEJANT, CCOTNNA, Plan Internacional, UNICEF, Scouts del Perú, MIMP – DINNA.
Resultado "consumo de drogas legales, en niñas, niños y adolescentes"	LIMA	26 de Marzo 2010	7	DEVIDA, MED, MINSA, MIMP – DINNA.
		16 de Agosto 2010	8	MED, MINSA, DIRANDRO – PNP, PJ, MIMP -DINNA
Resultado "primera infancia"	LIMA	3 de Septiembre 2010	8	PNWW, COPERA, Save The Children, Inversión Infancia, MIMP – DINNA.
Resultado ."Discapacidad"	LIMA	26 de Noviembre 2010	5	CONADIS, MIMP – DINNA.
Resultado "Las y los adolescentes retrasan su maternidad y/o paternidad hasta alcanzar la edad adulta" (<i>Validación del resultado esperado, modelo lógico causal y matriz</i>).	LIMA	14 de Diciembre 2010	23	INPPARES, UPCH , INABIF, PNCVFS, IES, REDES JOVENES, PJ, UNICEF, INEI, Plan Internacional, MINSA, SENAJU, DISA IV LIMA ESTE, Movimiento Manuela Ramos, MIMP – DINNA.

Reunión	Lugar	Fecha	Nº de Participantes	Observaciones
Resultado "VIH/SIDA"	LIMA	16 de Diciembre 2010.	17	APROPO, CONAMUSA, UNICEF, INABIF, MED, CPDAAJ - ATE VITARTE, DISA IV, IES, MIMP - DINNA.
Resultado "Abuso sexual"	LIMA	28 de Diciembre 2010.	8	MED, INABIF - CEDIF, DIRFAPASEC-PNP, PJ, MIMP - DPCP y DINNA.
Reunión "Trabajo infantil"	LIMA	24 de Marzo 2011	5	CESIP, INEI, MINTRA, MIMP-DINNA.
Resultado "Niñas, niños y adolescentes no son objeto de explotación sexual"	LIMA	18 de Mayo 2011.	12	VÍA LIBRE, Centro AMAR, Movimiento El Pozo, CESVI, MIMP.
Consulta final con sectores e instituciones de la sociedad civil.	LIMA	13 de Marzo 2012.	40	MINSA, PCM, MIDIS, MED, MTPE, MINJUS, PJ, MPFN, MININTER, MTC, MEF, MINCU, MINAM, RENIEC, INDECI, INEI, Defensoría del Pueblo, DEVIDA, UNICEF, UNFPA, Save The Children, Plan Internacional, MCLCP, GIN, Asociación Nacional de Centros de Investigación, Promoción Social y Desarrollo.

ANEXO N° 2

Glosario de Términos y Conceptos

ADOLESCENTE

Se considera adolescente a todo ser humano desde los 12 años hasta cumplir los 18 años de edad.

ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL

Son todas y todos los adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años de edad, que han ingresado al Sistema de Justicia por haber sido involucrados en alguna situación de conflicto con la ley penal.

CASTIGO FÍSICO Y HUMILLANTE

Son formas de violencia con la finalidad de disciplinar o modificar una conducta que consideran incorrecta, causando dolor físico o emocional a la niña, niño o adolescente que está bajo su cuidado.

CICLO DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Hace referencia al proceso de: 1) la identificación y definición de problemas; 2) la formulación de políticas; 3) la adopción de la decisión; 4) la implementación y vigilancia; 5) Monitoreo y evaluación; 6) Rendición de cuentas.

DESARROLLO INCLUSIVO

Es un nuevo modelo de desarrollo humano sostenible que va más allá de la visión tradicional que reconoce el valor de todos los recursos humanos de un país, como factores potenciales de riqueza, desarrollo y bienestar. Para que un país pueda poner en valor el potencial de sus recursos humanos debe diseñar y ejecutar políticas públicas orientadas a lograr el máximo desarrollo posible de las capacidades de los diferentes sectores de su población sin excepción, priorizando a los sectores más pobres, vulnerables, marginados y desaventajados, favoreciendo de manera

particular a las personas con discapacidad y sus familias, que son las más pobres y excluidas de todas.

DESASTRE

Una interrupción grave en el funcionamiento de una comunidad causando grandes pérdidas a nivel humano, material o ambiental, suficientes para que la comunidad afectada no pueda salir adelante por sus propios medios, necesitando apoyo externo. Los desastres se clasifican de acuerdo a su origen (natural o tecnológico).

EMERGENCIA

Estado de daños sobre la vida, el patrimonio y el medio ambiente ocasionados por la ocurrencia de un fenómeno natural o tecnológico que altera el normal desenvolvimiento de las actividades de la zona afectada.

EVALUACIÓN

Apreciación sistemática y objetiva de un proyecto, programa, plan o política en curso o concluido, de su diseño, su puesta en práctica o sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo. Una evaluación deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones de beneficiarios y donantes.

FAMILIA¹⁰³

Se entiende a la familia en un doble sentido: como un grupo social organizado constituido por personas relacionadas por consanguinidad, afinidad y/o afecto, quienes asumen múltiples roles y ejercen diversas funciones que repercuten en cada uno de sus miembros,

¹⁰³ Dirección de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia - DAFF - Marco Conceptual sobre Familias, junio 2011.

donde se transmiten afectos y se define y redefine la identidad personal, formando y desarrollando los vínculos primarios y; como una institución social en tanto constituye una red de interrelaciones donde se forma las identidades sociales (como trabajador/a, ciudadano/a, consumidor/a, entre otros.) a partir de la socialización de normas y valores que aseguran la convivencia, la cohesión social y la protección de la unidad económica, construyendo y reconstruyendo los vínculos secundarios.

GÉNERO

Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual a partir de la cual se construyen los conceptos de masculinidad y feminidad, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones sociales entre hombres y mujeres.

MALTRATO INFANTIL

Toda acción u omisión, intencional o no, que ocasiona daño real o potencial en perjuicio del desarrollo, la supervivencia y la dignidad de la niña, niño y adolescente en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.¹⁰⁴

Esta acción u omisión puede ser producida por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y supone la vulneración de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

MONITOREO

Acompañamiento sistemático para identificar logros y debilidades y recomendar medidas correctivas a fin de optimizar los resultados en la ejecución de proyectos, programas, planes y políticas. Está concebido como el recojo y análisis de información del desarrollo de los procesos, identificando sus fortalezas y debilidades, para la toma de decisiones pertinentes a partir de un adecuado control de gestión.

¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud OMS. En Maltrato Infantil y Abuso Sexual en la Niñez. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf>

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES SIN CUIDADOS PARENTALES

Son aquellas niñas, niños y adolescentes que no viven con sus padres, por cualquier motivo y en cualquier circunstancia.¹⁰⁵

NIÑA, NIÑO

Se considera niña o niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad.

PARTICIPACIÓN

La participación es un derecho y un proceso que les permite a las niñas, niños y adolescentes ser actores de su desarrollo personal y social, que implica el ejercicio del derecho a ser informado, emitir opinión, ser escuchado, organizarse, e incidir en las decisiones que se toman en temas que les involucra o interesa, teniendo en cuenta siempre el Principio de No Discriminación, Autodeterminación Progresiva y el Interés Superior del Niño.

POLÍTICAS DE DESARROLLO INCLUSIVO

Buscan implementar reformas normativas e institucionales que aseguren una redistribución más justa de los beneficios provenientes del desarrollo y del crecimiento económico, a fin de corregir las desigualdades, promoviendo para ello la activa participación de los sectores más excluidos, y en especial de las personas con discapacidad y sus familiares en el diseño de políticas públicas y en las tomas de decisión respecto de los temas que más les afectan a ellas.

POLITICAS PÚBLICAS

Línea de acción del Estado orientado al logro de objetivos para el bien común. Se traduce a través de programas, normas, estrategias, planes, presupuesto.

PROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Conjunto de condiciones favorables y accesibles tanto personales, familiares, comunitarios

¹⁰⁵ UNICEF, Servicio Social Internacional

y sociales, que interactúan para prevenir o atender situaciones de violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes.

TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (TCP)

Es el aumento de la población de un país en un período determinado, generalmente un año, expresado como porcentaje de la población al comenzar el período. Refleja el número de nacimientos y muertes ocurridos durante el período y el número de inmigrantes y emigrantes del país.

VIOLENCIA

Toda acción que implique la intencionalidad, la fuerza y el poder para someter, dominar, limitar o doblegar la voluntad de otra u otras personas a través del condicionamiento o coacción emocional, física, sexual, económica, cultural o social, a fin de obtener un provecho, poder o satisfacción de las propias necesidades (instrumental), o para evitar un peligro desde lo ideológico o lo psicológico, producto de la pérdida de control, la búsqueda de supervivencia física y psicológica (reactiva).

VIOLENCIA FAMILIAR

Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual, que se produzcan entre:

- Cónyuges y ex cónyuges.
- Convivientes y ex convivientes.
- Ascendientes y descendientes.
- Parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
- Quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales.
- Quienes hayan procreado hijas e hijos

en común, independientemente de que convivan o no al momento de producirse la violencia.¹⁰⁶

- En el caso de las y los menores de edad se aplica con los ascendientes (padres, madres, abuelo, abuela,) parientes colaterales por consanguinidad (tíos, tías) y por afinidad (madrastra, padrastro) principalmente.
- La negligencia y el abandono son también considerados violencia familiar en su modalidad de omisión.

VIOLENCIA SEXUAL¹⁰⁷

Todo acto de índole sexual propiciado por un adulto o adolescente mayor, para su satisfacción sexual. Pueden consistir en actos con contacto físico (tocamiento, frotamiento, besos íntimos, coito ínter femoral, actos de penetración con el órgano sexual o con las manos, dedos, objetos) o sin contacto físico (exhibicionismo, actos compelidos a realizar en el cuerpo del abusador o de tercera persona, imponer la presencia en situaciones en que la niña o niño se baña o utiliza los servicios higiénicos, entre otros), como también la explotación sexual y pornografía.¹⁰⁸

Tratándose de niñas, niños y adolescentes, no se considera necesario que medie la violencia o la amenaza grave para considerarse violencia o abuso sexual.

VULNERABILIDAD¹⁰⁹

Grado de resistencia (a menor resistencia mayor vulnerabilidad) y/o exposición, susceptibilidad (física, social, cultural, política, económica, entre otras), de un elemento o conjunto de elementos en riesgo (vidas humanas, patrimonio, servicios vitales, infraestructura, áreas agrícolas, entre otras) frente a la probable ocurrencia de un peligro.

106 Según Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, la misma que será reformulada según la modificación de la nueva Ley de Protección frente a la Violencia Familiar.

107 También denominado abuso sexual.

108 MIIMDES 2004. Maltrato y abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. Una aproximación desde los casos atendidos en los Centros Emergencia Mujer.

109 Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres aprobado mediante DS N°001-A-2004-DE-SG

ANEXO N° 3

Normas vinculadas al PNAIA 2021

AÑO	POLÍTICA
Internacionales	
1948	Declaración Universal de Derechos Humanos
1969	Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)
1989	Convención sobre los Derechos del Niño
2000	Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.
2000	Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados
2000	Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional
2000	Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional
2000	Resolución Legislativa N° 29127 que aprueba la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo".

AÑO	POLÍTICA
Nacionales	
1998	Ley N° 27050, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Modificatoria.
2001	Ley N° 27558, Ley de Fomento de la Educación de las Niñas y adolescentes Rurales.
2003	Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes.
2003	Ley N° 28044, Ley General de Educación.
2004	Ley N° 28164, que modifica diversos artículos de la Ley N° 27050.
2004	Ley N° 28251, que modifica diversos artículos del Código Penal con relación a la violencia sexual que se ejerce sobre niñas, niños y adolescentes.
2005	Ley N° 28487, Ley que otorga rango de Ley al Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDEH que aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.
2005	Decreto Supremo N° 002-2005-ED, Reglamento de la Educación Básica Especial.
2005	Plan Nacional de Educación para Todos 2005 – 2015.
2007	Ley N° 29174, Ley general de Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes.
2007	Resolución Suprema N° 01-2007-ED, Proyecto Educativo Nacional al 2021.
2007	Ley N° 28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes
2007	Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres.
2007	Decreto Supremo N° 009-2007-TR, Aprueban el "Plan Nacional para la Lucha contra el Trabajo Forzoso".
2008	Decreto Supremo N° 007-2008-IN, Reglamento de la Ley N° 28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes.
2009	Decreto Supremo N° 007-2008-MIMDES, Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 2009-2018.
2009	Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES, Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015

AÑO	POLÍTICA
Nacionales	
2010	Resolución Jefatural N° 916-2009-JNAC-RENIEC, Establecen tramitación y emisión gratuita del DNI en la modalidad de inscripción por primera vez, para los beneficiarios mayores y menores de edad del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS.
2010	Ley N° 29497, Nueva Ley Procesal del Trabajo.
2010	Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
2010	Decreto Supremo N° 003-2010-MIMDES, Aprueban la Relación de Trabajos Peligrosos y Actividades Peligrosas o Nocivas para la Salud Integral y la Moral de las y los Adolescentes.
2010	Decreto de Urgencia N° 044-2010, Dictan medidas económicas y financieras para el otorgamiento de documento nacional de identidad a la población de menores recursos, en el marco del programa presupuestal estratégico "Acceso de la población a la identidad" y otras medidas.
2010	Resolución Ministerial N° 551-2010-MINSA, Declaran la Cuarta Semana del mes de setiembre de cada año como "Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes".
2010	Resolución Ministerial N° 590-2010-MIMDES, Aprueban el "Manual de Acreditación y Supervisión para Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidados parentales".
2010	Ley N° 29635, Aprueban Ley de Libertad Religiosa.
2011	Decreto Supremo N° 004-2011-IN, Aprobación del "Plan Nacional de Acción contra la Trata de Personas 2011-2016".
2011	Decreto Supremo N° 054-2011-PCM, Aprobación del Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.
2011	Ley N° 29719 que Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas.
2011	Ley N° 29699, Modifica los Artículos del Código Penal 121 -A (Formas agravadas. Lesiones graves cuando la víctima es un menor de edad).
2011	Ley N° 29792, Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
2011	Decreto Supremo N° 005-2010-MIMDES, Aprueba el Plan Nacional de Población 2010-2014.
2011	Resolución Ministerial N° 472-2011/MINSA, Aprueban Directiva Sanitaria que Regula el Funcionamiento de los Módulos de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud.
2011	Resolución Administrativa del Poder Judicial RES. ADMIN. N° 129-2011-CE-PJ 2011, Aprueban Documento Normativo Denominado "Sistema de Reinserción Social del Adolescente en conflicto con la Ley Penal".
2011	Resolución Ministerial N° 472-2011/MINSA, Aprueban Directiva Sanitaria que Regula el Funcionamiento de los Módulos de Atención de Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud.
2011	Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA, Aprueban el Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el cuidado Infantil.
2011	Resolución Jefatural N° 016-2011-JNAC/RENIEC, Aprueban Plan Nacional de Atención de la problemática de la Indocumentación.
2011	Decreto Supremo N° 066-2011-PCM, "Plan de Desarrollo de la Sociedad de la Información en el Perú - La Agenda Digital Peruana 2.0".





Jr. Camaná 616 - Cercado de Lima
Teléfono: 416-5200
www.mimp.gob.pe