



PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2017-2021



Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro – John Fitzgerald Kennedy.



PLAN REGIONAL DE
ACCIÓN POR LA
INFANCIA Y
ADOLESCENCIA 2017-
2021.

Abg.: Yamila Osorio Delgado

GOBERNADORA REGIONAL DE
AREQUIPA

COMISION TÉCNICA

Equipo Responsable del Proceso de Elaboración del PRAIA

Gobierno Regional Arequipa

Consejo Regional de la Región Arequipa

Gerencia Regional de Desarrollo e Inclusión Social

Oficina Regional de Planeamiento, Presupuesto y Ordenamiento Territorial.

Gerencia Regional de Salud.

Gerencia Regional de Trabajo y Promoción del Empleo.

Gerencia Regional de Educación

Instituciones Públicas

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social- MIDIS

Mesa de Concertación por la Lucha contra la Pobreza- MCLCP

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-MIMP.

Municipalidades Provinciales

Municipalidades Distritales

Poder Judicial

Ministerio Público

CONADIS

Unidad de Investigación Tutelar del MIMP

RENIEC

Defensoría del Pueblo

Policía Nacional del Perú-Arequipa

Sociedad civil

Las Organizaciones de la Sociedad Civil involucradas en la materia

Abg.: Yamila Osorio Delgado
GOBERNADORA REGIONAL DE AREQUIPA.

Tatiana Casillas Talavera
Consejo Regional

Vilma Gonzales Gonzales
Roxana Medina Obazabal
Julio Flores Anco
Cecilia Jarita Padilla
Olger Gomez Carbajal
Nancy Choque Navarro
Gerencia Regional de Desarrollo e inclusión social

Clara Miluzka Zavaleta Lazo
Edy Marcia Romero
Oficina de Planeamiento y Desarrollo Institucional

Juan Claudio Palomino Delgado
Gerencia Regional de Educación de Arequipa (GREA).

Amparo Arenas Condori
Gerencia Regional de Salud (GRS).

Daneiva Leonor Alarcón González
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

Mercedes Neves Murillo
Foro Regional por los Derechos Sexuales y Reproductivos de Arequipa

Miryam Quiñones Hermosa
Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza (MCLCP).

Naida Torres Enríquez
Centro Emergencia Mujer Arequipa PNCVFS/MIMP

ASESORÍA TÉCNICA DE APOYO
Sivincha Alcca Víctor

ACTORES PARTICIPANTES:

Amparo Arenas Condori
Coordinadora Regional GERSAC

Ruth Natalia Gallegos Esquivas
Centro Emergencia Mujer CEM Miraflores

Rodrigo Mauricio Pérez Villanueva
Defensoría del Pueblo

Ingrid Soto Aguilar
Dessy Lourdes Zanabria Palomino
Centro de Prevención del Abuso Sexual- CPAS

Marco Añari Camero
Hospital Regional Honorio Delgado

Rosa Lazarte Peralta
Servicio de Orientación al Adolescente

Regina Riquelme Condori
Trabajadora Social Servicio de Orientación al Adolescente

Juana Cabala Cabala
Ministerio Público

Fredy Gómez Valverde
Municipalidad Distrital de Sachaca

Janet R. Begazo Jiménez
Policía Nacional del Perú-PNP

Elizabeth Giovanna Flores Candía
Aldea “Sor Ana de los Ángeles”

Silvia Aguilar Villa
Juan Daniel Mendoza Quispe
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS

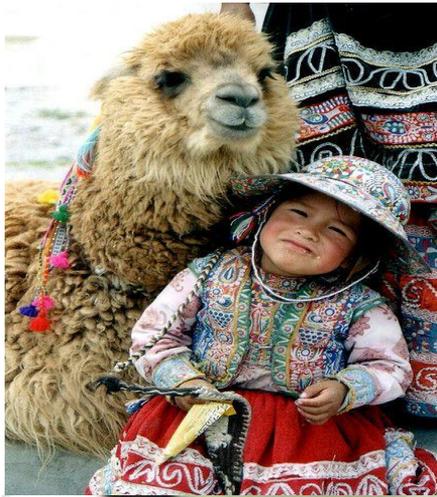
Alexis Alarcón Gallegos
EGREA-DGP

Juan Jorge Mendoza Santos
Gina Alexandra Mendoza Soto
CEMPOS UCSM

Marcela Rojas
HUMANIDAD LIBRE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CEM	Centro de Emergencia Mujer.
CEPETTI	Comité para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil en Arequipa.
CONADIS	Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad.
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
DIRESA	Dirección Regional de Salud.
EBR	Educación Básica Regular.
ECE	Evaluación Censal de Estudiantes.
ENDES	Encuesta Nacional de Salud.
ESCALE	Estadística de la Calidad Educativa.
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú.
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares.
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño.
GRA	Gobierno Regional Arequipa.
GRDIS	Gerencia Regional de Desarrollo e Inclusión Social.
GRVCS	Gerencia Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes.
MIDIS	Ministerio de Inclusión Social.
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
MINSA	Ministerio de Salud.
ONU	Organización de Naciones Unidas.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PRAIA	Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia.
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional.
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.



ÍNDICE DE CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Marco Normativo

CAPITULO I

Marco conceptual

1.1. Principios Rectores del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia	19
1.2. Enfoque del PRAIA	21
1.3. Antecedentes.....	23

CAPITULO II

Situación de la niñez y adolescencia en la región Arequipa.....

2.1. La niñez y la adolescencia de 0 a 17 años de edad.....	25
2.2. La niñez de 0 a 5 años de edad.....	44
2.3. La niñez de 6 a 11 años de edad.....	57
2.4. La adolescencia de 12 a 17 años de edad.....	59

CAPITULO III

Fase estratégica

3.1. Visión.....	70
3.2. Misión.....	72
3.3. Objetivos estratégicos, indicadores y metas emblemáticas.....	73
3.4. Acciones estratégicas.....	77
3.5. Ruta Estratégica.....	81
3.6. Matriz de articulación estratégica.....	85

CAPITULO IV

44. Matriz de planificación operativa.

4.1. Resultado esperado, indicadores de impacto, meta emblemática u objetiva al 2021, actividades de implementación, instancia responsable.....	103
4.2. Sistema de monitoreo y evaluación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.....	123

ANEXOS

Ficha técnica

Glosario de términos

Asistencias

Acuerdos

LISTA DE CUADROS

- CUADRO N° 01:** Arequipa, población de 0 a 17 años de edad, 2016.
- CUADRO N° 02:** Arequipa, población en situación de pobreza, 2015.
- CUADRO N° 03:** Casos de violencia familiar y sexual registrados en los Centros de Emergencia Mujer de la región Arequipa periodo: enero julio 2014.
- CUADRO N° 04:** Morbilidad general y tuberculosis según grupo etario y sexo 2013.
- CUADRO N° 05:** Población de 5 a 17 años que realiza alguna actividad económica, 2012-2015.
- CUADRO N° 06:** Tipo de trabajo realizado por los niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 año Según grupos de edad, 2015.
- CUADRO N° 07:** Población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad por Grupos de edad según provincia y sexo, 2016.
- CUADRO N° 08:** Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su salud, 2014.
- CUADRO N° 09:** Cuberturas de vacunación de 1 año por provincias 2010-2014.
- CUADRO N° 10:** Arequipa, indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad por provincia, 2016.
- CUADRO N° 11:** Arequipa, Indicadores de Anemia en niños menores de 5 años de edad por provincia, 2016.
- CUADRO N° 12:** Arequipa, proporción de niños menores de 36 meses con Enfermedad Diarreica Aguda.
- CUADRO N° 13:** Arequipa, Porcentaje de Hogares con acceso al abastecimiento de agua segura.
- CUADRO N° 14:** Arequipa, matrícula de educación inicial por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según estrategia y edad atendida, 2016.
- CUADRO N° 15:** Tasa neta de matrícula relacionados a la educación primaria y secundaria, 2015.
- CUADRO N° 16:** Arequipa, Logros en comprensión de lector a y razonamiento matemática, 2015.
- CUADRO N° 17:** Arequipa, niveles de logro en matemática en 2° grado de secundaria, 2015.
- CUADRO N° 18:** Prevalencia de sobre peso en personas entre 15 y 19 años de edad.
- CUADRO N° 19:** Distribución de los adolescentes por sexo en conflicto con la ley, 2015.
- CUADRO N° 20:** Objetivos Estratégicos, Resultados esperados, Indicadores y metas objetivas al 2021.
- CUADRO N° 21:** Acciones Estratégicas.
- CUADRO N° 22:** Ruta Estratégica.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRAFICO N° 01:** Arequipa, población proyectada de 0 a 19 años de edad al 2030.

- GRAFICO N° 02:** Arequipa, incidencia de la pobreza Monetaria, 2015.
- GRAFICO N° 03:** Arequipa, Gasto público en educación por alumno en el nivel inicial (gastos corrientes), 1999-2015.
- GRAFICO N° 04:** Región Arequipa: tasa de trabajo infantil en Arequipa 2007 2016.
- GRAFICO N° 05:** Población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con discapacidad por grupos de edad según provincia y sexo, 2016.
- GRAFICO N° 06:** Arequipa, casos de denuncias de trata de personas.
- GRAFICO N° 07:** Campaña buen trato para la niñez.
- GRAFICO N° 08:** Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación de la región de Arequipa.
- GRAFICO N° 09:** Proporción de nacidos con bajo peso al nacer (<2,5 kg).
- GRAFICO N° 10:** Niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna, 2015.
- GRAFICO N° 11:** Tasa de mortalidad infantil región Arequipa, 2016.
- GRAFICO N° 12:** Arequipa: Indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad, 2015.
- GRAFICO N° 13:** Arequipa, Proporción de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia, 2015.
- GRAFICO N° 14:** Arequipa, proporción de niños menores de 36 meses con Enfermedad Diarreica Aguda.
- GRAFICO N° 15:** Arequipa Proporción de Hogares con agua tratada, 2015.
- GRAFICO N° 16:** Proporción de menores de 36 meses con controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad, 2015.
- GRAFICO N° 17:** Arequipa, matrícula de educación inicial por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según estrategia y edad atendida, 2016.
- GRAFICO N° 18:** Arequipa, Tasa neta de asistencia, educación inicial (% de población con edades 3-5)
- GRÁFICO N° 19:** Arequipa, niveles de logro en matemática en 2° grado de secundaria, 2015.
- GRAFICO N° 20:** Arequipa, Adolescentes menores de 18 años que ya son madres o están embarazadas por primer a vez.
- GRAFICO N° 21:** Número de adolescentes con diagnóstico de VIH positivo, 2015.
- GRAFICO N° 22:** Arequipa, Lugar de procedencia de los adolescentes en conflicto con la ley.

LISTA DE TABLAS

- TABLA N° 01:** Arequipa, población menor de 6 años que cuenta con DNI, 2017.
- TABLA N° 02:** Perú, perfil de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, 2016.

PRESENTACIÓN

El Estado peruano a través de sus diferentes niveles de gobierno ha definido políticas al 2021 que han sido plasmadas en un acuerdo nacional; una de ellas está orientada al Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud es en este contexto que el Gobierno Regional de Arequipa ha elaborado el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2017-2021, con la participación intersectorial de los diferentes actores del estado y la sociedad civil organizada, este plan surge como respuesta al proceso de política social de la Región Arequipa que señala el compromiso con el bienestar de nuestros niños, niñas, las y los adolescentes.

Es necesario manifestar que la decisión política de la gestión actual es priorizar la situación de los derechos de los niños, niñas y los (as) adolescentes en nuestra región en tal sentido presentamos el PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2017-2021 que señala el compromiso individual y colectivo de todas y todos en erradicar cualquier brecha que afecte el normal desarrollo de nuestra infancia y adolescencia.

En este trabajo señalamos el contexto y el diagnóstico como línea de partida para posteriormente trasladarnos a una fase estratégica en donde señalamos nuestra visión y misión a través de objetivos estratégicos, las acciones estratégicas y su respectiva ruta estratégica, que buscan lograr resultados esperados a través de indicadores y metas objetivas al 2021.

El resguardo de los derechos de los niños, niñas, las y los adolescentes están señalados en los acuerdos de gobernabilidad de los cuales el Gobierno Regional de Arequipa garantiza su cumplimiento como política indispensable para el desarrollo de la primera infancia y fundamental para elevar su desarrollo integral y calidad de vida bajo los ideales de igualdad, equidad e inclusión social, respetando la diversidad cultural de nuestra región.

Como Gobernadora de la Región Arequipa quiero garantizar el compromiso que nos proponemos para lograr el bienestar, el desarrollo integral y una vida digna para los niños, niñas, en especial de aquellos que se encuentran en situación de riesgo, pobreza y exclusión. Y quiero culminar esta presentación citando a un excelente estadista: Nelson Mandela “No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad que la forma en la que trata a sus niños”.

YAMILA OSORIO DELGADO

GOBERNADORA DE LA REGIÓN AREQUIPA

INTRODUCCIÓN

El Gobierno Regional de Arequipa, a través de la Gerencia Regional de Desarrollo e Inclusión Social -GRDIS, presenta el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA 2017-2021 de la Región Arequipa, resultado del trabajo concertado, participativa y consensuada de la Comisión Técnica Multisectorial, encabezado por la Gerencia Regional de Desarrollo e Inclusión Social –GRDIS, aprobado mediante el Acuerdo Regional N°096-2014- GRA/CR, y su modificatoria con Acuerdo regional N°075-2015- GRA/CR.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA 2017- 2021, se encuentra alineando y se sustenta en los ejes del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012 - 2021, en objetivos estratégicos, resultados esperados, indicadores y metas emblemáticas; además está alineado a los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Regional Concertado PDRC 2013 al 2021 actualizado de la Región Arequipa.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA 2017- 2021, articula los esfuerzos interinstitucionales y la sociedad civil, para dinamizar la política del Estado continua y eficaz en la protección, promoción y desarrollo integral de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Unos de los propósitos fundamentales del PRAIA 2017- 2021 es Promover el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad, los fundamentos de este propósito están sistematizados en el proceso de la fase estratégica del Plan.

El PRAIA 2017-2021 consta de cuatro Capítulos; el primer el Marco Conceptual desarrolla los principios y enfoques, el segundo capítulo desarrolla la situación de niñas, niños y adolescentes, identificando los principales problemas sociales, así como la desigualdad y brecha social como factores prioritarios para el desarrollo de políticas públicas en la niñez y adolescencia. El tercer capítulo abarca la planificación estratégica, concretamente visión, misión, objetivos estratégicos, resultados esperados, meta objetiva o emblemática, y sus respectivos indicadores; así mismo las acciones estratégicas y su Ruta Estratégica de acuerdo al horizonte temporal del plan. En el cuarto capítulo la planificación operativa “matriz de planificación operativa” y lineamientos para el monitoreo, evaluación y seguimiento del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia- PRAIA 2017-2021.

En ese entender el Gobierno Regional de Arequipa pone a disposición de la ciudadanía en general el presente documento como un instrumento de política pública regional y local, con una perspectiva de derechos y enfoques en favor al desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes de la Región Arequipa.

Arequipa, enero 2017

MARCO NORMATIVO

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia - PRAIA 2017-2021, se articula y toma en consideración las siguientes normativas vigentes:

1. DERECHOS INTERNACIONALES.

- Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) ,1969.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- 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 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”, 2000.

2. DERECHOS NACIONALES.

- 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”.
- Decreto Supremo N° 007-2008-IN, Reglamento de la Ley N° 28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes.
- Decreto Supremo N° 007-2008-MIMDES, Aprueba el Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 2009-2018.
- Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES, Aprueba el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.
- 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.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 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.
- 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.
- 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”.
- 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”.
- Decreto Supremo N° 004-2011–IN, Aprobación del "Plan Nacional de Acción contra la Trata de Personas 2011-2016".
- Decreto Supremo N° 054-2011–PCM, Aprobación del Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021.
- Ley N° 29719, Promueve la Convivencia sin Violencia en las Instituciones Educativas, 2011.
- Ley N° 29792, Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Decreto Supremo N° 005-2010-MIMDES, Aprueba el Plan Nacional de Población 2010-2014.
- Resolución Ministerial N° 472-2011/MINSA, Aprueba la 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, Aprueba el Documento Normativo Denominado "Sistema de Reinserción Social del Adolescente en conflicto con la Ley Penal".

- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el cuidado Infantil.
- Resolución Jefatura N° 016-2011-JNAC/RENIEC, Aprueba el Plan Nacional de Atención de la problemática de la Indocumentación.
- Decreto Supremo N° 001-2012- MIMP, Aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012-2021.
- Decreto Supremo N° 008-2016, Aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Genero 2016-2021.

3. **NORMATIVIDAD REGIONAL.**

- Ordenanza Regional N° 029-2007-GRA, Aprueba el Plan Regional de la Primera Infancia de Arequipa 2006 -2010, como marco de política intersectorial e interdisciplinaria a favor de la población de 0 a 3 años de la región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 028-2007-GRA, Crea el Consejo Regional de la Mujer de la Región Arequipa-CREM AQP, como instancia de coordinación del Gobierno Regional de Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 026-2007-GRA, Crea el Consejo Regional de Trabajo y Promoción del empleo de Arequipa, como órgano consultivo de la Gerencia Regional de Trabajo y Promoción del empleo.
- Ordenanza Regional N° 100-2009-GRA, Aprueba el Plan Regional de Igualdad de Oportunidades 2009-2014.
- Ordenanza Regional N° 074-2009-AREQUIPA, Aprueba la Política Regional para afrontar la proliferación del Trabajo Infantil en el ámbito de la Región Arequipa, 2009.
- Ordenanza Regional N° 119-2010-GRA, Formaliza la conformación de la Mesa Regional para la atención y Prevención de la Violencia Familiar de Arequipa - MERPAVIFA.
- Ordenanza Regional N° 0151-2011-GRA, ACCIONES obligatorias en caso de maltrato físico y/o psicológico, hostigamiento sexual v violación de la libertad sexual y su prevención en las dependencias del Gobierno Regional de Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0150-2011-GRA, Declara prioritaria la mejora del estado nutricional de la población en la Región Arequipa y constituye el Comité Regional de Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Ordenanza Regional N° 0148-2011-GRA, Conformar, El Comité Técnico Implementador Regional del Proceso de Aseguramiento Universal en Salud de la Región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0133-2011-GRA, Crea la Mesa Regional de Lucha contra las Drogas.
- Ordenanza Regional N° 0131-2011-GRA, Aprueba el Calendario Conmemorativo de la Mujer en el ámbito de la Región Arequipa, que permita la institucionalización, realización de actividades y promoción de una cultura de no violencia contra la mujer y defensa de su derecho a la igualdad de oportunidades.
- Ordenanza Regional N° 0174-2012-GRA, Aprueba los “Lineamientos Generales para Implementación de Políticas Multisectoriales de Promoción de la Cultura de Paz e Igualdad de Oportunidades en el Departamento de Arequipa”, a través de sus Gerencias Regionales.
- Ordenanza Regional N° 0170-2012-GRA, Crea el Consejo Regional de la Juventud de Arequipa – COREJU AREQUIPA, como instancia de consulta, coordinación, concertación y propuestas de políticas regionales de juventud del Gobierno Regional de Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0159-2012-GRA, Declara como prioridad regional la prevención, detección y seguimiento de los casos de Trata de Personas y Tráfico Ilícito de Migrantes en la Región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0248-2013-GRA, Crea La Oficina Regional De La Persona Con Discapacidad como un órgano del Gobierno Regional e Arequipa. Encargado de promover, formular, proponer, ejecutar, evaluar y administrar las políticas regionales y acciones concretas que tomen en cuenta las necesidades e intereses de las personas con discapacidad para su desarrollo integral.
- Ordenanza Regional N° 0246-2013-GRA, Ordena el uso del lenguaje inclusivo sensible al género en la administración pública del Gobierno Regional de Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0228-2013-GRA, Promueve y fomenta la inclusión social, económica, laboral y política de los jóvenes de educación superior de la Región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0226-2013-GRA, Promueve la Transversalización e institucionalización del enfoque de género en la Región Arequipa.

- Ordenanza Regional N° 0218-2013-GRA, Declara de interés público regional “la mejora de la implicación de los padres de familia en la vida académica de sus hijos, para elevar la calidad de sus aprendizajes”.
- Ordenanza Regional N° 0214-2013-GRA, Crea, El sistema regional de prevención y atención de la violencia escolar (“BULLYING”) y la violencia intrafamiliar, en contra de las mujeres, niños y adolescentes.
- Ordenanza Regional N° 213-Arequipa, Declara de interés público Regional, la recuperación y conservación de nuestra identidad cultural lingüística y uso, preservación, recuperación y difusión de idiomas originarias.
- Ordenanza Regional N° 0211-2013-GRA, Declara como prioridad regional, la promoción e implementación de la alimentación saludable de los niños y adolescentes en edad escolar, a través de estrategias en el ámbito de las instituciones educativas y hogares de la Región Arequipa; con la finalidad de mejorar su estado nutricional y favorecer la prevención del riesgo y daño alimentario nutricional.
- Ordenanza Regional N° 0206-2013-GRA, Declara de prioridad, interés y de necesidad pública regional la promoción del derecho a la salud y a la vida de las y los adolescentes de la Región Arequipa, así como su acceso a servicios diferenciados de salud; mediante acciones de prevención con principal incidencia en Infecciones de Trasmisión Sexual, VIH/SIDA, embarazos adolescentes, y toda forma de violencia contra adolescentes”.
- Ordenanza Regional N° 0288-2014-GRA, DECLARA de Prioridad Regional la atención eficiente, suficiente y oportuna de la Salud Mental de la Población de la Región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0281-2014-GRA, Promueve el respeto de los derechos laborales y la no discriminación social y económica de trabajadoras y trabajadores del hogar de la Región Arequipa.
- Ordenanza Regional N° 0277-2014-GRA, Promueve la inclusión socioeconómica y la autonomía de las mujeres, impulsando el acceso al empleo y a recursos, a través del fortalecimiento y dinamización de las economías locales, que conlleven a una calidad de vida y al aporte efectivo al desarrollo regional.
- Ordenanza Regional N° 0272-2014-GRA, Promueve el Nombre y la Identidad como medio de ejercicio de derechos, obligaciones e individualización de las personas, como objetivo promover en el nivel Regional el Nombre y la Identidad como derecho fundamental de niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad y personas adultas de ambos sexos, considerando a brecha de género y priorizando las zonas de mayor pobreza, para el pleno ejercicio de sus derechos y de su ciudadanía.
- Ordenanza Regional N° 0265-2014-GRA, Declara De Necesidad Pública E Interés Regional La Lucha Para Erradicar La Violencia De Género Ejercida Hacia Las Mujeres, Niñas, Adolescentes, Adultos Mayores Y Personas Con Discapacidad.
- Acuerdo regional N° 096-2014 GRA/CR-AREQUIPA, en el cual se establece la necesidad regional de Formular el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia- PRAIA.
- Acuerdo regional N° 075-2015 GRA/CR-AREQUIPA, en el cual se modifica el Acuerdo Regional N° 096-2014 GRA/CR-AREQUIPA para el proceso de formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PRAIA.
- Acuerdo regional N° 089-2015 GRA/CR-AREQUIPA, en el cual se declara de interés y prioridad regional el Reconocimiento y Protección de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, a efectos de promover el trabajo de políticas regionales con prevalencia del interés superior del niño, con la finalidad de garantizar el respeto y satisfacción de sus derechos como personas en proceso de desarrollo.



PLAN REGIONAL DE ACCION POR
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2017-2021

CAPITULO I



I. MARCO CONCEPTUAL

La Constitución Política del Estado en su primer artículo consagra los derechos fundamentales de la persona humana y el respeto de su dignidad como fin supremo de la sociedad y del Estado. Asimismo en el cuarto artículo expresa explícitamente que la sociedad y el estado protegen de manera especial a niñas, niños y los adolescentes.

Por otro lado la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1989, ratificado en el Perú 1990 en el cual dispone tomar medidas apropiadas para garantizar los derechos de niñas, niños y los adolescentes.

En Arequipa, el 35.7 % de población total son niños, niñas y adolescentes, y tienen derechos a ser felices, a recibir un amor, a gozar de un ambiente equilibrado y adecuado que permita el desarrollo integral de sus vidas, a la protección de sus familias, al respeto de la comunidad y los servicios de calidad por parte del Estado.

Las políticas públicas en favor a niñas, niños y adolescentes entendidas como conjunto de acciones que el Estado, de manera articulada con la sociedad civil para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.

En ese sentido, el PRAIA 2017- 2021 , incorpora la perspectiva de la protección INTEGRAL a niñas, niños y adolescentes comprendidas como sujetos de derechos, amparo y el cumplimiento de los mismos, la protección y seguridad social frente a la vulneración de sus derechos. Y a su vez se materializa en el conjunto de políticas, programas, planes y acciones que orienten para operatividad misma, con la correspondiente asignación de recursos necesarios para su implementación.

Por otro lado el PRAIA 2017-2021 se desarrolla bajo el enfoque del desarrollo humano, el cual enfatiza la dependencia de logros factibles de alcanzar los seres humanos están en función del contexto de ampliación oportunidades, libertades, va con la mano el ejercicio pleno del derecho, así como el acceso a los servicios de educación, salud, vivienda, alimentación, seguridad, y el bienestar en general a través de las decisiones públicas en favor de niños, niñas y adolescentes.

En ese contexto el PRAIA 2017-2021 se implementara de manera articulada e integral, recogiendo el compromiso de instituciones públicas y privadas, sociedad civil y la familia para garantizar transversalmente el desarrollo de niñas, niños y adolescentes acorde con los conceptos, enfoques, acciones y normativas que consagran desarrollo integral, con el fin de brindar condiciones necesaria para construir una sociedad más inclusiva e igualitaria.

1.1. Principios rectores del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2017-2021.

Los principios rectores del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2017 -2021, están basados en los fundamentos filosóficos y éticos que rigen la política pública dentro del Estado peruano a favor de la infancia y adolescencia. Constituyen piedra angular del Plan, pues se sustenta en los valores universales a los que el Perú se adhiere y que se expresan en importantes instrumentos internacionales, como la Convención Internacional de 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 económico¹.

a. El interés superior del niño.

La niña y el niño son sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado 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.²

b. Igualdad de oportunidades.

En la Constitución Política del Perú se subraya, que todos los individuos son iguales ante la ley. Para que la igualdad no sea simplemente una cuestión formal y teórica es necesario que en una sociedad se pongan en camino políticas de igualdad de oportunidad. Es decir, la igualdad de oportunidades implica que los individuos, independientemente de su origen o condición social, deben tener la posibilidad de disponer de los mismos recursos o servicios así para poder desarrollar sus vidas.

Asimismo todas 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.³

c. 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.⁴

d. Autodeterminación progresiva.

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

1 Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012 – 2021. La niña y el niño son sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado 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.

2 Asimismo todas 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.

3 Todas las niñas, niños y adolescentes nacen libres e iguales y tienen, por lo tanto, la misma dignidad y los mismos derechos.

4 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.

autodeterminación personal, social y jurídica que se da en consonancia con el desarrollo de sus facultades⁵.

e. Participación.

El ejercicio de la participación de los niños, niñas y adolescentes es la mejor expresión de su reconocimiento como sujetos de derechos. Esto implica que los mismos son agentes activos en la promoción y exigencia de los derechos de que son acreedores por ser seres humanos. Al igual que los adultos, tienen derecho a expresar su opinión sobre asuntos que le competen en el ámbito familiar, escolar y comunitario. Igualmente, tienen la capacidad para organizarse y plantear soluciones a problemas que les afectan.

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.⁶

f. 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 Perú⁷.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

1.2. Enfoques del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2017-2021.

1.2.1. El enfoque de derechos.

La construcción de la igualdad social y de la libertad es el objetivo principal de la política de derechos humanos. El enfoque de los derechos humanos (EDH) es una perspectiva de análisis y de la acción social que sitúa al ser humano tanto en su dimensión colectiva como individual, en el centro de la sociedad y concibe los derechos como los medios que garantizan a las personas el acceso, las capacidades y el ejercicio de la igualdad, la libertad y el bienestar. El enfoque de los derechos humanos surgió con el propósito de articular un programa de apoyo y de institucionalización de las luchas sociales por el reconocimiento de los derechos humanos, particularmente a grupos específicos que ponían en cuestión su invisibilización como sujetos. Desde esa perspectiva, este es un enfoque con desafíos prácticos y técnicos, orientados a configurar e institucionalizar una nueva ética democrática sustentada en el sujeto, entendido en los mismos términos de la formulación de Kant: una persona moral, libre e igual⁸.

A la vez, 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.

1.2.2. El enfoque de desarrollo humano.

El enfoque de desarrollo humano entendida como la expansión de capacidades humanas a partir de la libertad para alcanzar estados del ser y el hacer que las personas valoran. Para Amartya Sen, el desarrollo de capacidades genera el bienestar individual, social o grupos sociales al mismo tiempo las políticas públicas, esto a partir de la desigualdad social, ausencia de desarrollo o mejorar las condiciones de vida de la población o grupos sociales.

1.2.3. 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.⁹

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.

1.2.4. El enfoque intercultural.

Toda la sociedad está involucrada, por un motivo, y sufre las consecuencias, porque le repercuten en todos los componentes de la vida.

⁸ Derechos Humanos, Niñez y Adolescencia, 2005.

⁹ Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012 – 2021, 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.

Las emigraciones y los flujos migratorios forman un importante reto y una creciente preocupación para nuestra sociedad actual. El incremento permanente de una sociedad culturalmente pluralista, requiere una serie de respuestas.¹⁰

En estos contextos, el principio de interculturalidad es la base para establecer relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, dialogo, debate, aprendizaje e intercambio.

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.

1.2.5. El enfoque de género.

El enfoque de género nos permite garantizar el reconocimiento, promoción, protección y exigibilidad de los derechos de las mujeres y hombres en igualdad de condiciones en los diferentes ámbitos públicos y privados, como el Estado, los partidos políticos, las empresas, las comunidades, las familias, a fin de lograr la reducción de la desigualdad, exclusión, y vulnerabilidad social, económica, política y cultural, y contribuir a la construcción de una ciudadanía plena para hombres y mujeres sin discriminación.¹¹

Y 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.

1.2.6. El enfoque de equidad.

Desde una mirada histórica a cada época y a cada cultura se puede plantear que las relaciones entre hombres y mujeres no siempre han sido equitativas y se han dado de maneras diferentes. En la sociedad conforman entre hombres y mujeres, son parte de la humanidad, y todos merecen el trato equitativo, respeto mutuo entre ambos. El enfoque de equidad promueve el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes provenientes de grupos más excluidos y desfavorecidos, en razón a su género, grupo cultural, área de residencia, condición socio-económica, lengua o religión.¹²

10 Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012 – 2021. Toda la sociedad está involucrada, por un motivo, y sufre las consecuencias, porque le repercuten en todos los componentes de la vida.

¹¹ Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017.

¹² Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA 2012 – 2021. Desde una mirada histórica a cada época y a cada cultura se puede plantear que las relaciones entre hombres y mujeres no siempre han sido equitativas y se han dado de maneras diferentes. En la sociedad conforman entre hombres y mujeres, son parte de la humanidad, y todos merecen el trato equitativo, respeto mutuo entre ambos. El enfoque de equidad promueve el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes provenientes de grupos más excluidos y desfavorecidos, en razón a su género, grupo cultural, área de residencia, condición socio-económica, lengua o religión.



1.3. Antecedentes.

La Red Regional de la primera infancia de Arequipa, refrendada por Ordenanza Regional 020-2006-GRA/CR-AREQUIPA, elabora en el año 2006 el Plan Regional por la Primera Infancia de Arequipa 2006 – 2010. Es este un primer esfuerzo por consolidar políticas públicas que busquen resarcir los derechos de la población infantil de Arequipa.

Utilizando una estrategia diferente, la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, a través de Acuerdos de Gobernabilidad, establece una serie de indicadores y metas agrupados en cuatro ejes que permitan realizar un mejor seguimiento del avance de las políticas.

Asimismo en el año 2013 la Ordenanza Regional N° 0218-2013-GRA, Declara de interés público regional “la mejora de la implicación de los padres de familia en la vida académica de sus hijos, para elevar la calidad de sus aprendizajes”.

Por otro lado la Ordenanza Regional N° 0211-2013-GRA, Declara como prioridad regional, la promoción e implementación de la alimentación saludable de los niños y adolescentes en edad escolar, a través de estrategias en el ámbito de las instituciones educativas y hogares de la Región Arequipa; con la finalidad de mejorar su estado nutricional y favorecer la prevención del riesgo y daño alimentario nutricional y la Ordenanza Regional N° 0206-2013-GRA, Declara de prioridad, interés y de necesidad pública regional la promoción del derecho a la salud y a la vida de las y los adolescentes de la Región Arequipa, así como su acceso a servicios diferenciados de salud; mediante acciones de prevención con principal incidencia en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, embarazos adolescentes, y toda forma de violencia contra adolescentes”.

Y el año 2014 con el Acuerdo regional N° 096-2014 GRA/CR-AREQUIPA, en el cual se establece la necesidad regional de Formular el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PRAIA.



PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR
LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2017-2021

CAPITULO II



2. Situación de la niñez y adolescencia en la Región Arequipa.



2.1. La niñez y Adolescencia de 0 a 17 años de edad.

Este capítulo presenta el análisis de los principales problemas para tener una aproximación más cercana a la actual situación en que se encuentra la niñez y adolescencia en la Región Arequipa. Conociendo así las brechas y tendencias para determinar de manera participativa, consensuada metas emblemáticas, objetivos, acciones estratégicas y resultados esperados en el Plan Regional por la Infancia y Adolescencia de la Región Arequipa- PRAIA 2017- 2021, con articulación al Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 - 2021 (PNAIA 2021) y el Plan de Desarrollo Regional Concertado PDRC 2013-2021 actualizado de la Región Arequipa.

Principales aspectos de la niñez y Adolescencia de 0 a 17 años de edad.

- 2.1.1. Sistema sociodemográfico.
- 2.1.2. Pobreza en la niñez y adolescencia.
- 2.1.3. Gasto Social.
- 2.1.4. Defensorías del Niño y del Adolescente.
- 2.1.5. Acceso a la Identidad o documentación oficial.
- 2.1.6. Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales.
- 2.1.7. Violencia familiar y sexual contra niñas, niños y adolescentes.
- 2.1.8. Tuberculosis en niñas, niños y adolescentes.
- 2.1.9. Niñas, niños y adolescentes que realizan actividad económica.
- 2.1.10. Participación laboral de niñas, niños y adolescentes.
- 2.1.11. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- 2.1.12. Participación de niñas, niños y adolescentes.
- 2.1.13. Niñas, niños y adolescentes y las situaciones de trata
- 2.1.14. Campaña buen trato para la niñez.
- 2.1.15. Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia.
- 2.1.16. Políticas de inclusión social.

2.1.1. Sistema sociodemográfico.

Arequipa creció, entre los dos (2) últimos censos con una tasa de crecimiento promedio anual de 16 por cada 1000 habitantes. Con respecto en el periodo inter censal 1940-2007, la población del departamento de Arequipa ha crecido a una tasa promedio anual de natalidad de 2.2%, entre 1993-25

2007 la tasa de crecimiento se redujo a 1.6%; y se estimó para el año 2015 una tendencia de crecimiento promedio anual de alrededor 1.1%.¹³ Según las estimaciones y proyecciones de población, partir de los datos del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - INEI se tiene la siguiente distribución: la población total al 2016 de la región Arequipa se estima en 1, 301,298 habitantes, representado el 4,3% de la población nacional, con una densidad poblacional de 20.3 (hab./Km²). En cuanto a la estructura de distribución poblacional por grupos etarios de 0 a 17 años de edad, se tiene la siguiente distribución: la población de 0 a 5 años de edad al 2016 se estima en 124,605 habitantes, asimismo la población de 6 a 11 años de edad para el año 2016 se estima 125, 798 habitantes y la población de 12 a 17 años de edad se estima en 133,141 habitantes.

CUADRO N° 01: Arequipa, distribución poblacional de 0 a 17 años de edad, 2016.

REGIÓN AREQUIPA	Población 2016	Distribución 2016 (%)	0 a 5 años (Primera infancia)	Distribución 2016 (%)	6 a 11 años (Niños)	Distribución 2016 (%)	12 a 17 años (Adolescentes)
PERÚ	31,488,625	10.9	3,424,942	11.1	3,497,167	11.1	3,482,162
AREQUIPA	1,301,298	9.6	124,605	9.7	125,798	10.2	133,141
AREQUIPA	980,221	6.9	89,664	7.0	91,163	7.7	100,266
CAMANA	59,538	0.5	6,141	0.5	6,023	0.5	6,195
CARAVELÍ	41,435	0.3	4,415	0.3	4,112	0.3	4,015
CASTILLA	38,563	0.3	4,303	0.3	4,246	0.3	3,811
CAYLLOMA	96,876	0.9	11,561	0.9	11,448	0.8	10,722
CONDESUYOS	17,754	0.1	1,906	0.1	1,839	0.1	1,660
ISLAY	52,489	0.4	4,671	0.4	4,960	0.4	4,967
LA UNIÓN	14,422	0.1	1,944	0.2	2,007	0.1	1,505

Nota: La base de datos ha sido actualizada con proyección de la población en base a los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007. La suma de las partes puede no coincidir con el total debido al redondeo de las cifras y sus respectivos estimaciones.

Cifra Referencial 2007-2016.

Fuente: INEI – censo 2007.

Elaboración: Equipo técnico.

Según las estimaciones y proyecciones de población, partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, el comportamiento sociodemográfico en general experimenta un estancamiento en el crecimiento, lo cual es indicativo de que el proceso de cambios en la mortalidad y la fecundidad, ha afectado el volumen y la estructura por edad de la población. La evolución de esta estructura en el tiempo da cuenta de las modificaciones experimentadas por el comportamiento social y económico de la población. Estos elementos determinan el escenario demográfico que es dinámico y cambiante.

Al comparar las pirámides poblacionales de los años 1950, 2016 y 2030, se observa que estas tienden a experimentar un progresivo y persistente incremento de la población en edades adultas y una homogenización en los tramos de edades jóvenes, lo mismo podemos observar en la Región Arequipa, en que el porcentaje de población de 0 a 17 años se ha incrementado, excepto en las provincias de Islay, La Unión y Condesuyos.

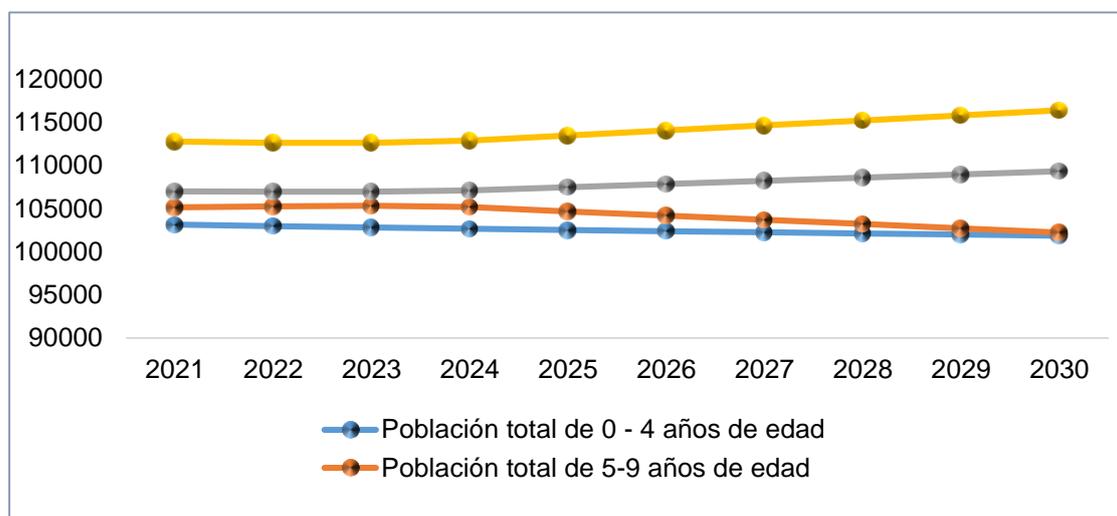
El comportamiento sociodemográfico en la región Arequipa presenta un escenario dinámico y cambiante al igual que otras regiones del país.

La población al 2030 de 0 a 19 años de edad se estima en 429,824 habitantes, con una tasa de crecimiento promedio anual de 0.58%. El 70% de la población total de 0 a 19 años de edad se concentra en la provincia de Arequipa, el 8% la provincia de Caylloma, el 6% la provincia de Camaná.

¹³ Plan Desarrollo Regional Concertado de la Región Arequipa-PDRC 2021.

La estructura del grupo poblacional de 15 a 19 años de edad muestra un crecimiento progresivo al 2030, al igual del grupo poblacional de 10 a 14 años de edad, mientras la población de 0 a 4 años de edad muestra un comportamiento decreciente al 2030.

GRAFICO N° 01: Arequipa, población proyectada de 0 a 19 años de edad al 2030



Nota: La base de datos ha sido actualizada con proyección de la población en base a los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007.

La suma de las partes puede no coincidir con el total debido al redondeo de las cifras y sus respectivos estimaciones.

Cifra Referencial 2007-2016.

Fuente: INEI – censo 2007.

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

2.1.2. Pobreza en la niñez y adolescencia.

Según el PNAIA 2012-2021, indica que en el país persisten brechas socioeconómicas basadas en los grupos sociales o 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 - CEPAL, el Perú está considerado como un país con brechas severas de bienestar. Según los parámetros establecidos del INEI la pobreza se mide mediante “La línea de pobreza monetaria”, calculando el promedio mensual de familiar (s/. 284 para el Perú y s/. 232 para la región Arequipa).¹⁴

En el cuadro N° 03 se observa, la tasa de incidencia de la pobreza extrema en los intervalos de confianza de 0.19 a 0.62 en el año 2015. Este porcentaje nos indica la población por debajo de la línea de la pobreza total. En los últimos años la pobreza extrema se redujo en - 4.8%.

La condición de pobreza no extrema representa según INEI en el año 2015 un total de 6,67% y se estima para el 2021 en una reducción de 2.70%.

CUADRO N° 02: Arequipa, población en situación de pobreza, 2015.

Condición de pobreza	2013	2014	2015
Incidencia de pobreza extrema.	1.51-2.63	1.61-2.80	0.19 - 0.62
Población en situación de Pobreza.	9.05	7.77	6.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

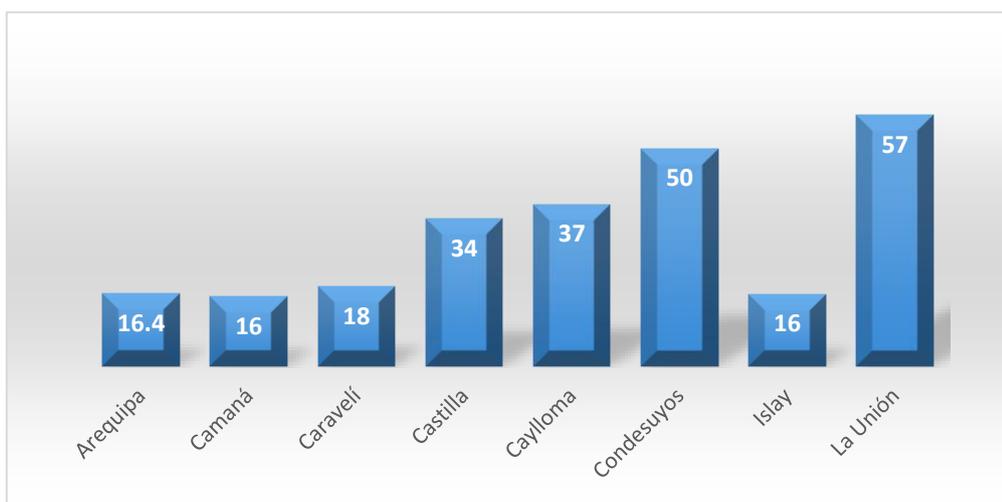
¹⁴ Plan Desarrollo Concertado 2013-2021.

Arequipa, tiene 8 Provincias y 109 distritos de los cuales 63 y 13 distritos pertenecen al Quintil I y II de pobreza regional respectivamente. Si bien es una de las Regiones menos pobres del país¹⁵, no por ello la situación para la primera infancia es la más óptima, que sigue mirando una desigualdad en desmedro del área rural.

Las provincias con menor cantidad de niños son La Unión y Condesuyos; existe una brecha considerable en comparación con otras provincias. Y su situación se caracteriza por la baja calidad de vida y por la escasez de oportunidades como consecuencia de carencias económicas y barreras sociales que determinan deficiencias en el desarrollo y la calidad de vida del niño, desde el embarazo de la madre, durante el parto y luego en el período posterior a su nacimiento.

En los últimos catorce años los niveles de pobreza han ido reduciéndose a nivel nacional como se puede apreciar en gráfica siguiente.

GRAFICO N° 02: Arequipa, incidencia de la pobreza Monetaria, 2015.
(Porcentaje).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

Sin embargo, aún quedan bolsones de pobreza que son analizados y tratados desde el gobierno nacional a través de una serie de programas para poder aliviarlos. Se aprecia también como la región Arequipa se encuentra entre las seis regiones con menores niveles de pobreza.

2.1.3. Gasto Social.

Es aquel gasto que ejecuta el Estado orientado a tomar capacidades básicas de las personas y hace posible su posterior perfeccionamiento, estas capacidades son indispensables para lograr una vida digna, sana, prolongada, creativa y productiva.¹⁶ Por lo tanto constituye un instrumento de gestión prioritario y esencial del estado permitiendo coadyuvar el logro de igualdad de oportunidades y estos se distribuyen prioritariamente en el siguiente:

- a. Nutrición,
- b. Salud básica,
- c. Educación,
- d. Justicia,
- e. Inversión social,

¹⁵ Arequipa expone una reducción sustancial de la pobreza en los últimos años, lo cual nos ubica en el Grupo VI de departamentos con tasa de pobreza de 2.5% - 7.8%

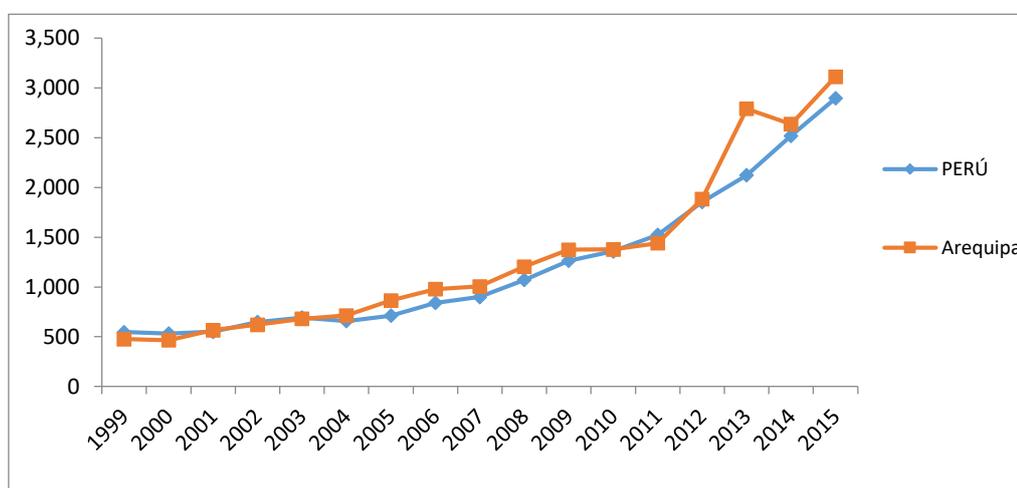
¹⁶ Ministerio de Economía y Finanzas-MEF.

- f. Prevención social,
- g. Seguridad,
- h. Vivienda.

Los gastos ejecutados en el Gobierno Central, así como el Gobierno Regional con respecto al gasto social, en los últimos años, en funciones básicas como: nutrición, saneamiento, educación y salud, en éstos dos últimos el Gobierno Regional destinó el 29% y 27% de su presupuesto respectivamente, equivalente al 56% por un monto de S/. 995 millones. En cuanto a la ejecución presupuestal del gobierno nacional para las mismas funciones de educación y salud destinó de su presupuesto al 2016 el 13% y 8% respectivamente, equivalente al 21%.

El gasto público en el sector educación se incrementó de manera considerable en los últimos 16 años. Al 2015 en el nivel inicial el gasto público promedio en educación por alumno, inicial (soles corrientes) es de S/. 3,112.49, mientras el gasto público promedio en educación por alumno, primaria (soles corrientes) es de S/. 2,576.11 y el gasto público promedio en educación por alumno, secundaria (soles corrientes) en S/. 3,351.11. En el grafico N° 03 se puede apreciar el Gasto público en educación por alumno en el nivel inicial, según el Ministerio de Economía y Finanzas MEF.

GRAFICO N° 03: Arequipa, Gasto público en educación por alumno en el nivel inicial (gastos corrientes), 1999-2015. (Porcentaje).



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas-MEF.
Elaboración: Equipo Técnico, 2016.

2.1.4. Defensorías del Niño y del Adolescente.

Una de las acciones estratégicas para el fortalecimiento de los derechos del niño y adolescente son los organismos del Estado, en ese sentido la Defensoría del Pueblo cumple el papel fundamental en la defensa de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y de la comunidad. La intervención defensoría en materia de niñez y adolescencia se sustenta en los artículos 1°, 4° y 44° de la Constitución Política de 1993, que consagran la primacía de la persona humana, el respeto de su dignidad y la obligación del Estado de garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, específicamente de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, como es el caso de las personas menores de edad que realizan actividades laborales.¹⁷ En la región de Arequipa los casos registrados en las actividades laborales según la defensoría del pueblo para el año 2014, es 112 niños, niñas y adolescentes que realizan dicha actividad menores de edad por debajo de la edad mínima.

Por otro lado la Defensoría Municipal del niño y del adolescente, quien promueve, protege y cumple como defensora y defensor de los derechos del niño y del adolescente, garantizando el desarrollo de

¹⁷ Defensoría del Pueblo, 2014.

las condiciones para que las niñas, niños y adolescentes ejerzan sus derechos en el territorio de su jurisdicción

2.1.5. Acceso a la Identidad o documentación oficial.

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. Todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a una identidad oficial registrada.

Según datos de Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC, en Arequipa al año 2013 se tenían registrados con Documento Nacional de Identidad (DNI) un total de 391,874 niños y adolescentes menores a 18 años de edad (28% del total de la población). Para el año 2014, esta cantidad se ha incrementado a 398,431 niños y adolescentes menores a 18 años de edad (28% del total de la población).

Según RENIEC, al año 2017 la población de menores de 6 años que cuenta con DNI es de 134,032, es decir el 98.22% de la población menores de 6 años que cuenta con DNI.

TABLA N° 01: Arequipa, población menor de 6 años que cuenta con DNI, 2017.

Departamento	Total	CNVe	CNVe y CUI	CNVe, CUI y DNI	Sin CNVe	DNI	% DNI
AREQUIPA	134,032	74,951	57,585	57,384	59,081	131,646	98.22%
TOTAL	134,032	74,951	57,585	57,384	59,081	131,646	98.22%

Fuente: RENIEC-2017.

Elaboración: Equipo Técnico, 2017.

Nota: Los datos se actualizo hasta enero-2017.

2.1.6. 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, fuga del hogar, el extravío, la crisis económica familiar, entre otros.

En la región Arequipa, se ha identificado 34 instituciones o albergues, el 88% (30) están bajo la responsabilidad del sector privado y el 12% a cargo del estado (4), acogen a aproximadamente 1,423 niños y niñas privados del cuidado de sus padres en su mayoría de la provincia de Arequipa, como sabemos la población está concentrada en la provincia capital, de allí que de 370,356 niños/niñas de la región Arequipa, el 72.87% se encuentran en esta ciudad. El 58% son varones y el otro 42% mujeres menores de dieciocho años, además se ha podido establecer la relación existente, entre migración, características demográficas y situación socioeconómica de las familias en las zonas urbano marginales, producto de ese proceso, es el incremento del grupo meta mostrado a través de la falta de cobertura para atender a más niños/as.

Las causas que motivan el abandono de niños/niñas se dan en orden de prioridad por la situación económica, seguido por la irresponsabilidad de los padres, que por su situación económica abandonan sus tareas básicas en el hogar, por otro lado, está la cultura y el nivel de instrucción que alcanzan los padres que muchas veces asumen esta tarea a temprana edad, la violencia generalizada, es otro factor que influye fuertemente en el comportamiento de las familias, la participación como elemento clave aún no está reforzada ni trabajada, nos encontramos indiferentes a la problemática y finalmente la cuestión institucional que por su forma de administración y falta de políticas sociales locales articuladas a lo nacional no permite una atención efectiva.

Las acciones aún están divorciadas, el estado tiene limitaciones para convocar a los actores que promueven acciones a favor de la niñez, y por otro lado, las políticas regionales y locales que respondan a nuestras necesidades es casi inexistente.¹⁸

Existe una condición previa de acogida de niños, niñas y adolescentes que son las siguientes:

- ✓ Explotación Laboral
- ✓ Violencia Familiar
- ✓ Maltrato físico y psicológico
- ✓ Situación de orfandad
- ✓ Abandono moral y material
- ✓ Pobreza extrema
- ✓ Niños - Niñas con capacidades especiales
- ✓ Fuga de NN del Hogar
- ✓ Niños Expuestos a riesgos sociales
- ✓ Adolescentes gestantes
- ✓ Madres adolescentes abandonadas

Por otro lado según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en el siguiente tabla N° 02 muestra el perfil de los/las NNA atendidos/as por el Programa “YACHAY” a nivel nacional, donde el 89,4% de NNA corresponden a situación de trabajo infantil, 5.4% de NNA están en situación de mendicidad, el 3.2% en tránsito a calle, el 1.1% en convivencia en la calle, el 0.8% propiamente de vida en calle y finalmente el 0.1% de NNA se encuentra en explotación sexual en calle.

Asimismo de los/las 7,228 NNA atendidos/as durante el año 2016 el 0.3% de usuarios/as no tiene estudios, el 89% cursan Educación básica regular, el 3.3% de usuarios/as están en CEBA, el 0,2% de NNA en educación básica especial, el 0.1% estudian Educación Superior Técnica y el 0.1% estudian Educación Superior Universitaria.

En el aspecto salud del total de usuarios atendidos (7228 usuarios/as) el 95% tienen seguro de salud, hay un 0.7% de los NNA atendidos/as cuyo Seguro de Salud se encuentra en trámite. Hay un 3.9% de NNA atendidos/as que no tienen Seguro de Salud. En la región de Arequipa 370 NNA en situación de calle atendidos/as durante el año 2016 por el programa.

TABLA N° 02: Perú, perfil de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, 2016.

Perfil de NNA	Total de Usuarios	
	N°	%
Trabajo	6461	89.4
Mendicidad	391	5.4
Calle-Transito	233	3.2
Calle-Convivencia	80	1.1
Calle-Vida en la Calle	59	0.8
Explotación sexual	4	0.1
Total	7228	100.0

Fuente: MIMP-2017.

Elaboración: Equipo Técnico, 2017.

¹⁸ CRSA “Estudio Situación de la Infancia Arequipa- 2010”

2.1.7. Violencia familiar y sexual contra niñas, niños y adolescentes.

Según el PNAIA 2012-2021, la violencia que se desarrolla en el seno de la familia es la más extendida, grave y frecuente, ya que se realiza de manera continua, y genera consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan un desarrollo normal. La violencia familiar, además, es la que se da el marco y *justifica* la violencia que se realiza en otros ámbitos de desarrollo y desenvolvimiento de las niñas, niños y adolescentes.

Cabe señalar que otra variable relacionada con la violencia familiar es aquella situación de violencia basada en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, esta desigualdad coloca en situación de desventaja a 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 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 las Defensorías del Niño y del Adolescente existentes, siendo ésta una información parcial del universo de la violencia contra niñas, niños y adolescentes.

Se han podido registrar en los diferentes CEM de la región Arequipa, hasta julio del año 2014, un total de 1,423 casos de violencia familiar y sexual, de los cuales se aprecia que la gran mayoría de este tipo de hechos son cometidos en mujeres (88.3%). Si bien la mayoría de casos, según grupos de edad, se registran en jóvenes y adultos/as (68.3%), es poco más de la cuarta parte de casos que se registran en niñas, niños y adolescentes (27.3%). Según tipo de violencia se registran más casos por violencia psicológica (56.4%), la tercera parte es por violencia física (33.4%), y uno de cada diez casos es de violencia sexual (10.3%).

CUADRO N° 03: Casos de violencia familiar y sexual registrados en los Centros de Emergencia Mujer de la región Arequipa - periodo: enero - julio 2014.

Centro emergencia mujer	Sexo de la víctima		Grupo de edad			Tipo de violencia			Total	%
	Mujer	Varón	Niños, niñas y adolescentes	Jóvenes y adultos/as	Adultos/as mayores	Psicológica	Física	Sexual		
AREQUIPA	294	4	26	258	14	153	117	28	298	20.9%
CAMANÁ	217	42	112	142	5	127	96	36	259	18.2%
CARAVELÍ	57	8	9	50	6	46	15	4	65	4.6%
CASTILLA	91	15	31	73	2	31	58	17	106	7.4%
CHIVAY	34	18	29	19	4	33	17	2	52	3.7%
CONDESUYOS	13	1	2	11	1	5	6	3	14	1.0%
ISLAY	61	4	7	54	4	48	13	4	65	4.6%
CAYLLOMA	489	75	173	365	26	359	153	52	564	39.6%
TOTAL	1,256	167	389	972	62	802	475	146	1,423	100.0%
%	88.3%	11.7%	27.3%	68.3%	4.4%	56.4%	33.4%	10.3%	100.0%	

Fuente: Registro de casos y atenciones del CEM, 2014.
Elaboración: Equipo Técnico.

2.1.8. Tuberculosis en niñas, niños y adolescentes.

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

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

En la Región Arequipa, la morbilidad relacionada a tuberculosis en menores de 18 años de edad alcanza a 339 casos (0.06% del total de casos de morbilidad en menores de 18 años de edad).

Según grupo de edad no hay diferencias significativas entre los tres grupos (0-4 años, 5-11 años y 12-17 años), sin embargo el grupo con mayor cantidad de casos de NNA está entre 12 a 17 años donde se registra un total de 116 casos (34.2%); según sexo se registra mayor cantidad de casos en hombres (54.9%) que en mujeres (45.1%).

CUADRO N° 04: Arequipa, morbilidad general y tuberculosis según grupo etario y sexo - 2013.

Grupo etario	Morbilidad general			Morbilidad relacionada a tuberculosis			
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	%
0 a 4 años.	155,020	143,592	298,612	53	56	109	32.2%
5 a 11 años	107,071	108,442	215,513	59	55	114	33.6%
12 a 17 años	18,523	28,741	47,264	74	42	116	34.2%
TOTAL	280,614	280,775	561,389	186	153	339	100.0%
%	50.0%	50.0%	100.0%	54.9%	45.1%	100.0%	

Fuente: DIRESA AREQUIPA, 2013.
Elaboración: Equipo Técnico, 2016.

2.1.9. Niñas, niños y adolescentes que realizan actividad económica.

Según la ENAHO 2015, en la región Arequipa la población total de niños y adolescentes de 5 a 13 años era de 2.3%, de estos niños y adolescentes trabajadores 43.6% eran del sexo masculino y 56.4% pertenecían al sexo femenino.

Sólo el 17% del total son niños trabajadores de 14 a 17 años. En valores absolutos son 16727 de los niños de 14 a 17 años que trabajan.

En este último se realizan sólo trabajos ligeros como establece la ley y en el subgrupo de 15 a 17 años que estos no sean trabajos peligrosos.

CUADRO N° 05: Arequipa, población de 5 a 17 años que realiza alguna actividad económica, 2012-2015.

Condición de actividad	2012		2013		2014		2015	
	5 a 13 años	14 a 17 años	5 a 13 años	14 a 17 años	5 a 13 años	14 a 17 años	5 a 13 años	14 a 17 años
Trabaja F/	12256	24008	6432	20243	3436	22661	4447.4	16727
Trabaja F/	6.69	23.02	3.6	22.6	1.9	26.6	2.3	17.9
No trabaja	171024	80285	172987	69421	179303	62666	185236.0	76526
No trabaja	93.31	76.98	96.4	77.4	98.1	73.4	97.7	82.1
Total	183287	104316	179422	89686	182741	85353	189686	93271
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ENAHO 2015
Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

Según la relación con la información de la ENAHO 2015, según la cual una mayor cantidad de niños y adolescentes que realizan alguna actividad económica, se representa un total 17.9 % las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad.

2.1.10. Participación laboral de niñas, niños y adolescentes.

La tasa de trabajo infantil o tasa de participación económica es el porcentaje de niños o adolescentes que trabajan respecto a la población total del grupo de edad de referencia. En la región Arequipa, la población total de niños y adolescentes de 6 a 17 años llegaba a 251,037, de los cuales, 10,039 (4%) se encontraban trabajando.

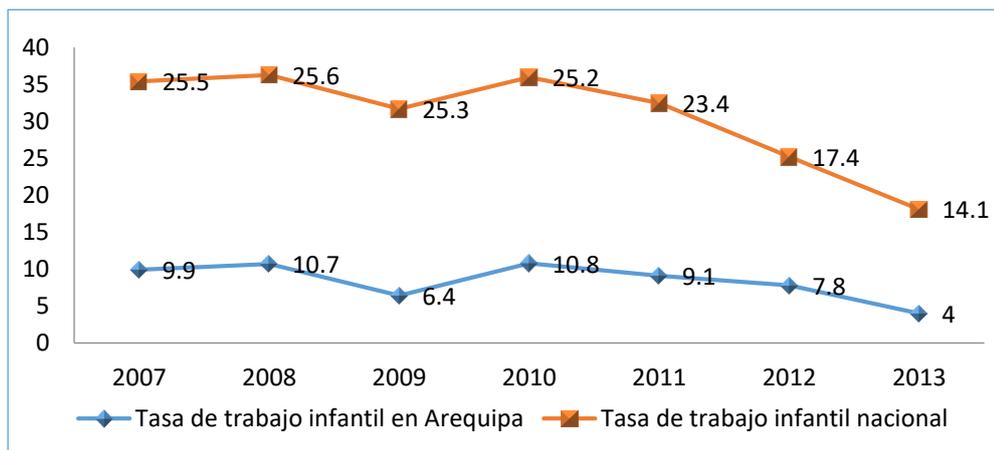
Se puede apreciar la tasa de participación económica esta incrementa conforme se avanza a subgrupos de edades mayores. En los niños de 6 a 8, la tasa de participación fue de sólo 0.2% y del grupo de edad de 15 a 17, esa misma tasa alcanzó el 9.6% el 2014.

Por otro lado, aproximadamente 1,957 niños están por debajo de la edad mínima legal permisible, estos son niños cuyas edades oscilan entre 6 y 13 años, en cambio 8,082 adolescentes cuentan con la edad permitida para trabajar, tienen edades entre 14 y 17 años.

La participación económica en el área rural es casi 4 veces más que en el área urbana (11.2% frente a 2.9%), es decir existe una mayor proporción de niños y adolescentes trabajadores respecto al total de su población en el área rural.

En el siguiente gráfico se puede apreciar una tendencia decreciente de la tasa de trabajo infantil para Arequipa a partir del 2010, año en que alcanzó su pico más alto (10.8%) y llegó al año 2013 a un 4%. Esta tendencia también se aprecia en los datos a nivel nacional, sin embargo, no se ve la misma caída que sufrió esta tasa el 2009 en Arequipa. Sin embargo, este año coincide con la instalación del Comité para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil en Arequipa (CEPETI) y con acciones más decididas durante ese año a favor de la infancia.

GRAFICO N° 04: Región Arequipa: tasa de trabajo infantil en Arequipa 2007 – 2013
(Porcentaje)



Fuente: ENAHO 2007 – 2013-
Elaboración: Equipo Técnico del GRA - 2016.

Por otro lado, la tasa de trabajo infantil de 4% al 2013 nos indica que de cada 100 niños y adolescentes de 6 a 17 años en Arequipa cuatro trabajaban.

Esta cifra nos pone por debajo del promedio nacional, cuya proporción al 2013 llegó al 14.1%, es decir de cada 100 niños y adolescentes mayores de 5 y menores de 18 años a nivel nacional, 14 trabajan. El estudio **Trabajo infantil y adolescente en cifras**, elaborado por la Gerencia Regional de Trabajo en el año 2010, nos da una distribución de los niños y adolescentes trabajadores según el lugar donde realizan su trabajo.

2.1.11. Labores realizadas por los niños y adolescentes.

A continuación se muestra la distribución de 6 tipos de trabajos realizados por los niños y adolescentes distribuidos en 4 grupos de edad, aquí se puede ver que las actividades laborales más comunes en que están involucrados los niños son de ayuda en el negocio de la casa o de un familiar, ayuda en la chacra o pastoreo de animales y quehaceres del hogar. En el grupo de edad de 15 a 17 años se aprecia una mayor diversificación de trabajos realizados.

CUADRO N° 06: Tipo de trabajo realizado por los niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años según grupos de edad, 2015.

TIPO DE TRABAJO REALIZADO	GRUPOS DE EDAD				TOTAL
	6 a 8 años	9 a 11	12 a 14	15 a 17	
Ayudó en el negocio de la casa o de un familiar	26.72%	11.30%	47.49%	34.81%	31.30%
Ayudó realizando labores domésticas en otra vivienda	0.00%	0.00%	0.00%	2.7,3%	1.12%
Ayudó en la chacra o pastoreo de animales	44.09%	51.98%	28.18%	15.76%	30.68%
Vendió productos: caramelos, dulces, etc.	0.00%	0.00%	0.00%	6.01	2.47%
Elaboró productos: chompas, etc.	0.00%	0.00%	0.00%	57.3%	2.36%
Solo realizó quehaceres del hogar	29.19%	36.72%	24.34%	34.96%	32.07%
Total	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: ENAHO 2015.
Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

En cuadro anterior vemos la incidencia de las actividades agrícolas y ganaderas de los niños y adolescentes del área rural y del apoyo que realiza este mismo grupo etario en el negocio de la casa o de un familiar, además que son las niñas y adolescentes del área rural las que generalmente desarrollan labores domésticas en otra vivienda o venta de productos como caramelos, dulces, etc.

2.1.12. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

Según la Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad del año 2012, a nivel nacional hay 1'575,402 personas con alguna discapacidad, lo que representa el 5.2% de la población nacional total. Según sexo, es levemente mayor la cantidad en personas de sexo femenino (52.1%), que en las de sexo masculino (47.9%). Según grupos de edad, en menores de 15 años de edad se encuentra el 8.2% del total de personas con alguna discapacidad.

El 40.6% de personas con alguna discapacidad depende de una persona para poder realizar sus actividades diarias, entre estas personas se encuentran principalmente la hija (29.2%), la madre (26%) o la esposa(o) o cónyuge (21.8%).

Entre los niveles de educación a los cuales han podido acceder se encuentra en primer lugar la educación de nivel primario (40.5%), luego sin nivel/ educación inicial (23.6%) y educación secundaria (22.5%), entre las tres principales.

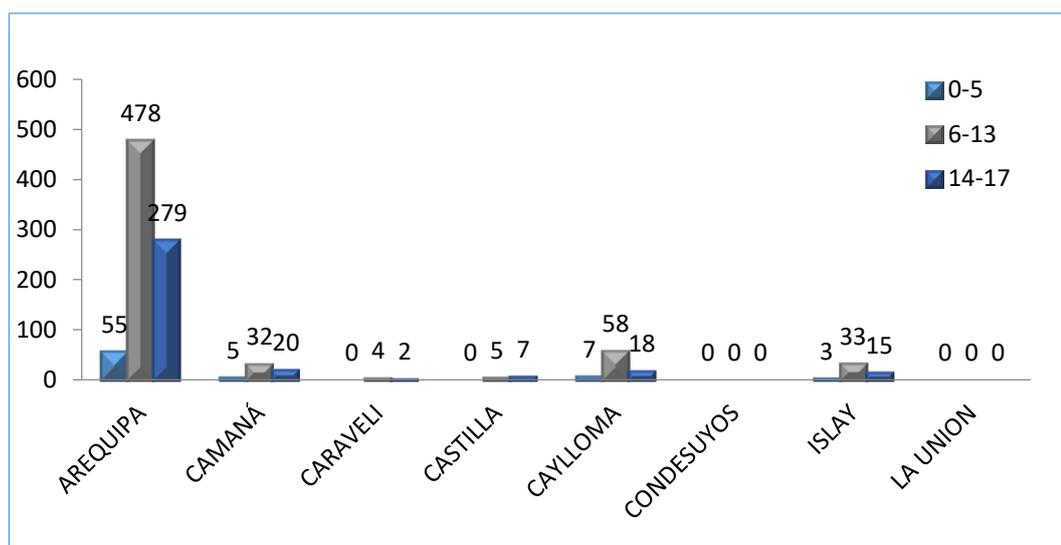
Según Registro Nacional de la Persona con Discapacidad- CONADIS, la región de Arequipa al 2016 cuenta con 70 registrados en el grupo de 0-5 años de edad, de las cuales el 55 son de provincia de Arequipa, mientras Caylloma, Camaná cuenta con 7 y 5 registrados respectivamente. En el grupo de 6 a 13 años de edad con mayor población es la provincia de Arequipa con 473 registrados, asimismo en el grupo de 14 años de edad con 341 registrados.

CUADRO N° 07: Arequipa, Población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad por grupos de edad según provincia y sexo, 2016.

Provincia	Grupos de edad					
	0-5		6-13		14-17	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Total	70	1.0	610	8.6	341	4.8
AREQUIPA	55	1.0	478	8.4	279	4.9
CAMANÁ	5	1.7	32	11.2	20	7.0
CARAVELI	0	0.0	4	4.8	2	2.4
CASTILLA	0	0.0	5	3.6	7	5.1
CAYLLOMA	7	1.7	58	13.9	18	4.3
CONDESUYOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ISLAY	3	0.7	33	7.6	15	3.5
LA UNION	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad- CONADIS.
Elaboración Equipo Técnico.

GRAFICO N° 05: Población inscrita en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad por grupos de edad según provincia, 2016.



Fuente: Registro Nacional de la Persona con Discapacidad- CONADIS.
Elaboración Equipo Técnico.

2.1.13. Participación de niñas, niños y adolescentes.

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.

Es por ello que debe garantizarse espacios adecuados para que niñas, niños y adolescentes sean actores de su desarrollo personal y social. Estos espacios deben estar diseñados para que puedan emitir opinión, estén informados, e incidir en decisiones que les involucren o interesen.

Existen ya algunos espacios como los municipios escolares, que deben ser reforzados con el fin de que no se debiliten y se convierta en un espacio infructuoso.

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

Los hechos denunciados revelan que este delito es una de las formas más graves de la violación de los derechos humanos; y ha permanecido invisible para la sociedad, siendo considerado como la esclavitud moderna, estando en auge ocupando el tercer lugar en inversiones delictivas a nivel mundial.

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. La ley tipifica la trata de personas en el artículo 153 del Código Penal 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, someterlos a esclavitud sexual u otras formas de abuso sexual, obligándolos 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, tráfico de órganos o tejidos humanos.

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.

En la actualidad no se cuenta con data articulada que permita dimensionar la gravedad de este problema. Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, de las denuncias penales en 32 distritos fiscales a nivel nacional, con datos de 2011 al 2015, Arequipa se encuentra en noveno

lugar con 84 casos. Es de resaltar que estas son denuncias penales por delitos tipificados como Trata de Personas con un proceso judicial.

Y respecto al año 2014, el 38.2% de las víctimas (299) tiene entre 13 - 17 años y el 34% entre 18 24 años (266) entre 6 y 12 años 5.9% (46). El 24.8% de los(as) presuntos(as) imputados(as) (137) tiene entre 35 - 44 años y el 23% (127) entre 25 - 34 años. Es decir que el grueso de víctimas está en el rango de personas menores de 18 años.

Entre las 3 principales modalidades de captación está el ofrecimiento de puestos de trabajo, el convencimiento por parte de padres o familiares y el ofrecimiento de apoyo económico por parte del presunto autor a las víctimas, o a sus familiares para su alimentación, estudios y necesidades básicas.

**GRAFICO N° 06: Arequipa, casos de denuncias de trata de personas.
(84 casos).**



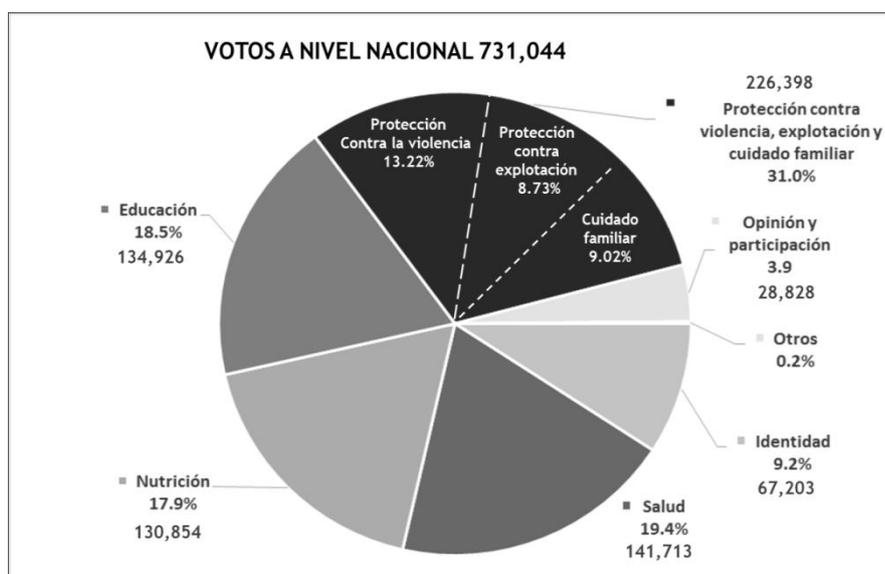
Fuente: Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, 2015.
Elaboración Equipo Técnico, 2017.

2.1.15. Campaña buen trato para la niñez.

La MCLCP llevó a cabo la consulta nacional Buen Trato Para la Niñez. Se preguntó a las personas, sin importar la edad ¿qué necesitan los niños y las niñas en el Perú? o ¿qué temas referentes a la infancia se deben priorizar en nuestra región?. Los resultados de la recolección de 731, 044 votos a nivel nacional y regional, entre setiembre de 2015 y febrero de 2016, señalan que al 31% (34.5 % en Arequipa) les preocupa que nuestros niños, niñas y adolescentes sufran violencia física, psicológica o sexual; que sean víctimas de toda forma de explotación incluida la laboral; y que es necesario e importante vivir con cariño y afecto dentro del seno familiar. Este dato refleja claramente que los efectos de la violencia empiezan a ser visibles y que es urgente que la ciudadanía y el Estado asuman un rol activo para enfrentarla y prevenirla. Siguiendo con los resultados de la votación, tenemos que salud tuvo una votación de 19.4% (20.07% en Arequipa), nutrición 17.9% (20.40% en Arequipa) y educación 18.5% (14.73% en Arequipa)

Mención aparte nos merece el derecho a la participación de los NNA, que es el menos votado en la lista de prioridades, 3.9% (3.89 % en Arequipa). Ello nos lleva a una reflexión, todavía (los adultos) consideramos que los NNA no son capaces de formar opinión, participar y tomar decisiones, todavía hablamos en el nombre de ellos y ellas, su voz aún es débil.

**GRAFICO N° 07: Campaña buen trato para la niñez.
(Porcentaje)**



Fuente: MCLCP
Elaboración Equipo Técnico.

2.1.16. Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencia.

Arequipa es una región que tiene una serie de riesgos ante fenómenos naturales que puedan ocurrir en la variedad de zonas que existen en la región. Por lo tanto atañe el estar preparados ante estas posibles situaciones y sobre todo las niñas, niños y adolescentes, que son la población más vulnerable por su estado de desarrollo inicial en el que se encuentran.

Entre estas situaciones podrían darse los siguientes escenarios:

- Incremento de enfermedades debido a la insuficiencia de abrigo, alimentación, refugio, acceso a agua segura, entre otros factores.
- Efectos psicológicos.
- Separación de sus familias.
- Violencia física, psicológica y abuso sexual.
- 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 casos de emergencia. De esta forma se estaría minimizando el impacto de los desastres.

Según el Estudio de la Población Peruana, INEI: 2015, en el Perú y en la región, sobre todo los menores de edad se ven afectados por las bajas drásticas de temperatura, provocando que mueran cada año muchos niños por neumonía.

Así, en la región, contamos con 124,000 menores de 0 a 5 años, de los cuales el 8,7% se ve afectada por las heladas; 125,792 menores de 6 a 11 años, de los cuales el 8,8%, es afectado por el fenómeno de baja temperatura.

2.1.17. Políticas de inclusión social.

Las políticas de inclusión social se ven impulsadas por el MIDIS y como parte de su innovación la ENDIS (Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social) , con la dinamización de activar

iniciativas y procesos en marcha en la Región, en la lógica de la gestión por resultados y basado en evidencias.

La ENDIS como herramienta de articulación intergubernamental e intersectorial ha impulsado la construcción de una visión consensuada de políticas públicas destinadas a reducir la pobreza, la desigualdad, la vulnerabilidad y los riesgos sociales con el compromiso de cerrar brechas en la región, priorizando la Primera Infancia, bajo la fusión de los ejes estratégicos¹ y 2 que se fusionan como Desarrollo Infantil Temprano.

En un claro esfuerzo por impulsar políticas públicas basada en evidencia el MIDIS logra colocar el tema en la agenda nacional desde el Compromiso de Lamay, con el consenso de 14 sectores¹⁹ dando lugar a la Comisión Multisectorial de los Lineamientos de Política Primero la Infancia para la Gestión articulada intersectorial e intergubernamental para promover el DIT²⁰, cuyo resultado es una mirada consensuada, multisectorial, multidimensional y gradual a partir de 7 resultados priorizados, con la voluntad de accionar políticas propositivas, pensado en las niñas y los niños que deben recibir servicios oportunos y de calidad para un buen desarrollo infantil; y, cuya provisión de paquetes integrados mejoren la línea de producción de servicios dirigidos a esta población vulnerable, en donde juega un papel primordial para esta construcción los agentes sociales²¹.

Dado que la primera infancia es la piedra angular de toda sociedad, y por tanto una etapa clave en la generación de la "ventana única de oportunidades", sustentada en evidencia científica sustentada en las neurociencias y la plasticidad neuronal, debemos considerar que invertir en Desarrollo Humano durante los 5 primeros años de vida generará un mayor ahorro, debido al menor gasto futuro en intervenciones de recuperación, donde es prioritario considerar las dimensiones de salud y nutrición; aprendizaje, educación y desarrollo; entorno y protección.

1. Nacimiento Saludable (37-41 semanas) se espera la intervención desde la etapa gestacional para obtener un producto a término y con peso adecuado para la edad gestacional (mayor a 2500gr.) cuyo resultado son mejores posibilidades de desarrollo físico, biológico y emocional. Por tanto es necesario intervenir con un paquete integrado a la gestante que asegure el estado de salud, física, mental y nutricional.
2. Apego Seguro (menores 12 meses), factor clave de la interacción madre-niño o cuidador-niño, para fortalecer vínculos afectivos y generar entornos de seguridad emocional (contacto piel a piel, lactancia), esperando que los niños y niñas sean más comunicativos y con iniciativa; previniendo conductas de riesgo y problemas en el futuro.
3. Adecuado Estado nutricional (hasta 36 meses), reflejado en un crecimiento físico esperado para su edad, así como un adecuado nivel de hierro y hemoglobina (desde el clampaje tardío, suplementación con MMN, vacunas rotavirus y neumococo, acceso a agua clorada, prácticas y entornos saludables) evitando que la DCI o la anemia incrementa el riesgo de morbimortalidad que son factores limitantes de la capacidad de aprendizaje significativo.
4. Comunicación Verbal Efectiva (9-36 meses) los niños y niñas desarrollan la capacidad para comunicar y expresar lo que sienten a través de su lengua materna, incrementando el aprendizaje e intensificando los entornos comunicativos, cuyo intercambio social favorece este y promueve relaciones positivas con los demás. Se debe promover el diálogo permanente entre el adulto sensible y el e intensificar los entornos comunicativos a partir de narraciones dialogadas.
5. Camina Solo (antes 18 meses), como el logro más importante del desarrollo motor, les brinda nuevas posibilidad de exploración y juego de manera autónoma, que es parte del aprendizaje. Siendo necesario la organización de espacios y ambientes retadores y seguros de juego.
6. Regulación de emociones y comportamientos (2 y 5 años) es la capacidad para reconocer y comunicar sus emociones y responder a distintas situaciones, permitiéndoles la adaptación al cambio, con mejor manejo de las situaciones de estrés y mayor seguridad a las relaciones sociales alcanzando mejores logros académicos. Pero esta capacidad debe estar marcada por la calidad de interacciones y motivados por el juego libre.
7. Representación Simbólica (menor de 5 años) capacidad para representar vivencias y evocar en su mente un objeto o acontecimiento que no está presente; fundamental para el aprendizaje futuro de la lecto escritura y matemáticas, lo que debe ser estimulado con la diversidad de experiencias.

¹⁹ MIDIS, MINSA, MIMP, MINJUS, MVCS, Ministerio de Cultura, MEF, AMPE, REMURPE, ANGR, Derechos Humanos, MINTRA, MINAN, MINAGRI

²⁰ Confluyen PPSS como JUNTOS, CUNA MAS y los fondos que impulsan las acciones de la ENDIS como el FED, FONIE y Sello Municipal, PI y PNAIA.

²¹ servicios de salud, programas contra la violencia familiar y la familia, gobiernos locales, servicios de cuidado infantil, servicios educativos

En una propuesta en el que el Pliego debe Priorizar las intervenciones del DIT, por ser de prioridad política en la Provincia de la Unión, por ser la que expone los indicadores más altos de DCI y Anemia en la Región con factores de riesgo epidemiológico como IRAS y EDAS que la hacen vulnerable, donde las metas de Gestión y Cobertura del sector sean coherentes con la cadena de valor que permita retroalimentar las intervenciones efectivas a través de paquetes integrados sumando esfuerzos con soporte de otros actores locales, con quienes se ha promovido alianzas estratégicas GERSA, MIDIS (a través de los PPSS como CUNA MAS, JUNTOS y Fondos como el FED, Sello Municipal), Gobiernos Locales, operadores privados y monitores sociales, cuyo mapeo de intervenciones efectivas y capacidades instaladas en el marco de intervención conjunta propicien una mirada multisectorial y multidimensional a la solución de nudos críticos con énfasis en la Provincia de La Unión, más aun considerando que en la Región existen tres convenios de Gestión SIS Capacitado, Convenio de Gestión y el FED, alineados a un mismo objetivo.

La política consensuada del DIT, es un hito, porque nos está permitiendo la movilización social y marcar un rumbo estratégico respecto al qué hacer, qué esperar, qué promover para que todos nuestros niñas y niños independientemente de su condición económica o social desarrollen todas sus potencialidades y capacidades, dado que son la expresión del Desarrollo Humano y Social, donde el Estado está obligado a invertir y generar condiciones favorables de igualdad de oportunidades para su desarrollo sostenible mejorando la calidad de vida. En este sentido ratificamos que invertir durante los 5 primeros años de vida generará un mayor ahorro, debido al menor gasto futuro en intervenciones de recuperación, donde es primordial considerar las dimensiones del sector salud, como un eje fundamental para que las políticas públicas se tangibilicen en los factores causales de riesgo.

Finalmente la Región, tiene una tendencia progresiva en la evolución de indicadores de salud; sin embargo podemos notar inflexiones en las cifras registradas que va en detrimento de sus provincias, lo que debe impulsar intervenciones efectivas en metas presupuestales y acciones estratégicas de articulación colocando en la agenda regional la atención a la Primera Infancia donde el MIDIS, suma esfuerzos para que el DIT se vea fortalecido con indicadores integrados, mejorando la eficacia de un servicio ante una necesidad social, donde la expresión del desarrollo humano y social tienen rostro de niño y niña.

PROGRAMAS E INTERVENCIONES MIDIS A FAVOR DE LA PRIMERA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.



1. EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

Programa rompió los esquemas tradicionales de asistencia a niñas y niños de 36 meses y sus familias, quienes viven en condición de pobreza y pobreza extrema y fue en busca de mejorar el desarrollo infantil de estos menores en situación de vulnerabilidad, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

En Arequipa se brinda el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) con el cual se atiende a 3,340 niñas y niños de familias en situación de pobreza y extrema pobreza de las provincias de Arequipa, Camaná, Castilla, Caylloma, Condesuyos e Islay.

Los usuarios son atendidos a través de 36 Comités de Gestión, que a su vez cuentan con el apoyo de 469 madres cuidadoras y 87 madres guías con una ejecución presupuestal de S/ 11.6 millones en 24 distritos de 6 provincias del departamento de Arequipa.

Un aspecto clave en la provisión de los servicios de Cuna Más es la participación e involucramiento de la comunidad y los padres de familia en el cuidado de sus niñas y niños más pequeños. Es así que se conforman comités de vigilancia que son parte importante de los procesos de evaluación y selección de los actores comunitarios que brindarán los servicios.

Además, el Programa ha culminado la construcción de 17 Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI), que servirán para atender a 852 niñas, niños y sus familias.

En todos los casos, los CIAI cuentan con servicio alimentario para lo cual están equipados con cocina y comedor, almacén de alimentos, área para implementos de limpieza, jardines, servicios

higiénicos tanto para niños como para adultos, caseta de seguridad, fachadas con rejas y cercos metálicos altos, y todo el equipamiento idóneo para garantizar las condiciones de habitabilidad y seguridad de las niñas y los niños usuarios.

El Programa Cuna Más atiende de manera integral a usuarios en 23 distritos de 6 provincias arequipeñas.

2. Nuestro Compromiso por la Primera Infancia.



Los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo integral de la persona, pues en ellos se define la capacidad de niñas y niños para ser ciudadanas y ciudadanos saludables, responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad. Por ello, la inversión en la primera infancia (considerada desde la etapa de gestación) es la inversión social más rentable para un país. El Estado señala como prioridad de política pública la mejora de la infancia y plantea estrategias y acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la niña y el niño. En ese sentido, diez sectores del Estado (Desarrollo e Inclusión Social, Economía y Finanzas, Educación, Salud, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Justicia y Derechos Humanos, Cultura, Trabajo y Promoción del Empleo y Energía y Minas) formularon de manera consensuada los lineamientos Primero la Infancia que buscan alcanzar siete resultados que se articulan entre sí.



La suscripción del Compromiso intersectorial e intergubernamental para promover el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), es uno de los hitos más importantes para el esfuerzo de sacar adelante a las niñas y los niños más pequeños de nuestro país y por ende de nuestra Región.

Asimismo, para asegurar que se logre el DIT, se está promoviendo la entrega de paquetes de servicios integrados, los cuales contribuirán de manera positiva a lograr que niñas y niños tengan mejores condiciones para alcanzar un desarrollo adecuado y una mejor calidad

de vida.

3. PNAE QALI WARMA



La alimentación es muy importante si queremos que los menores logren buenos resultados en la escuela. Es por eso que en cumplimiento de la Ley General de Educación, el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma entrega en Arequipa complementos alimentarios, tanto en el desayuno como en el almuerzo, según sea el caso, a 116,405 niñas y niños del departamento de Arequipa, estudiantes de 1,689 instituciones educativas públicas de los niveles de inicial y primaria. Se distribuyen productos sanos, variados y nutritivos que incluyen alimentos

locales. Qali Warma utiliza en Arequipa la modalidad de entrega de productos para ser preparados en las instituciones educativas usuarias del Programa, debido a las dificultades de su geografía. Los productos se entregan en las provincias de Arequipa, Camaná, Caravelí, Castilla, Caylloma, Condesuyos, Islay y La Unión. El Programa, además, ha distribuido e instalado 488 cocinas GLP a 424 instituciones educativas; 943 I.E. han sido equipadas con utensilios de cocina de metal y plástico; 943 I.E. con piezas de vestuario de cocina (mandil y gorro) y 336 I.E. con 480 mesas de acero inoxidable. En esta implementación de las instituciones educativas el Programa ha invertido en total S/ 1'901,974.45. La gran fortaleza de Qali Warma está en la institucionalización de los Comités de Alimentación Escolar (CAES), los cuales vigilan que se apliquen condiciones adecuadas de higiene y almacenamiento de los productos y son responsables de la preparación de los alimentos. En estos comités participan 6,866 padres y madres de familia, personal directivo, docente y administrativo de las escuelas usuarias.

4. FED ARTICULACION INTERGUBERNAMENTAL



comprometidos en el Desarrollo y la Inclusión Social Nace para contribuir en el logro de los resultados establecidos en la Política de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, así como para consolidar la articulación y alineación oportuna de los sectores del Estado y de los tres niveles de gobierno, en la entrega de servicios integrales a la población.

El FED es un mecanismo de incentivo económico dirigido a los Gobiernos Regionales, que tiene como objetivo mejorar los procesos de gestión y entrega de servicios integrales, adecuados e indispensables para contribuir con el Desarrollo Infantil Temprano (DIT). En mayo del 2014, el Gobierno Regional de Arequipa suscribe el Convenio de Asignación por Desempeño (CAD) con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en el que se compromete a cumplir determinadas metas vinculadas a la mejora de los procesos de gestión y cobertura de servicios integrales de salud, educación y acceso a agua clorada, dirigidos a niñas y niños desde la gestación hasta los 5 años de vida. El CAD suscrito tiene una vigencia de tres años (del 2014 al 2016) y en él se establecen metas multianuales para seis indicadores de cobertura de paquetes de servicios, mientras que las metas de los compromisos de gestión se establecen anualmente a través de un proceso concertado con cada una de las instancias suscriptoras. El FED fomenta que las entidades del Estado entreguen, de manera articulada y oportuna, los paquetes de servicios claves para el desarrollo infantil temprano.

5. SELLO MUNICIPAL INCLUIR PARA CRECER SELLO MUNICIPAL “INCLUIR PARA CRECER. GESTIÓN LOCAL PARA LAS PERSONAS.



Es el Premio Nacional de la Política de Desarrollo e Inclusión Social que se otorga a la gestión pública de las municipalidades distritales más alejadas y con menores recursos, que cumplan con los indicadores que promuevan el desarrollo de los niños y niñas menores de cinco años, reconocer la organización de las y los adolescentes, contribuir con la inclusión económica, mejorar la protección de las personas adultas mayores y, generar condiciones que favorezcan un entorno apropiado.

Este premio propicia la articulación intergubernamental e intersectorial (MIDIS, RENIEC, GERSA, GREA, Banco de la Nación, FONCODES, Pensión 65, PNSR, GRVCS, MIMP) que propicia el esfuerzo de los gobiernos locales para evidenciar y destacar ante la población su capacidad para mejorar los servicios orientados a las personas, contribuyendo así a la mejora de su calidad de vida.

Este premio fue creado en julio del 2015 por el MIDIS, y refuerza la implementación de la Estrategia “Incluir para Crecer” en el nivel local. En la Primera Edición se convocaron a nivel nacional a 1092 municipalidades, logrando su inscripción 621 municipalidades. En el caso de Arequipa, se convocó a 76 municipalidades y 39 de ellas lograron su inscripción. A fines de junio han se han reconocido a 22 municipalidades por cumplir con las metas establecidas en la primera edición.

2.2. Primera infancia de 0 a 5 años de edad.

2.2.1. Indicadores de embarazo y nacimiento.

- Atención prenatal.
- Prematuridad.
- Mortalidad neonatal.
- Bajopeso al nacer.
- Mortalidad materna.
- Lactancia materna.
- Mujeres en edad fértil y acceso al seguro de salud.

2.2.2. Indicadores de salud y nutrición:

- Mortalidad infantil.
- Inmunizaciones.
- Desnutrición crónica.
- 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.

2.2.3. Indicadores de educación:

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

2.2.1. Indicadores de embarazo y nacimiento.

- **Atención prenatal.**

El control médico durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre y de la hija y/o hijo. “Es uno de los factores asociados a la reducción de la mortalidad materna es el control médico durante el embarazo”²².

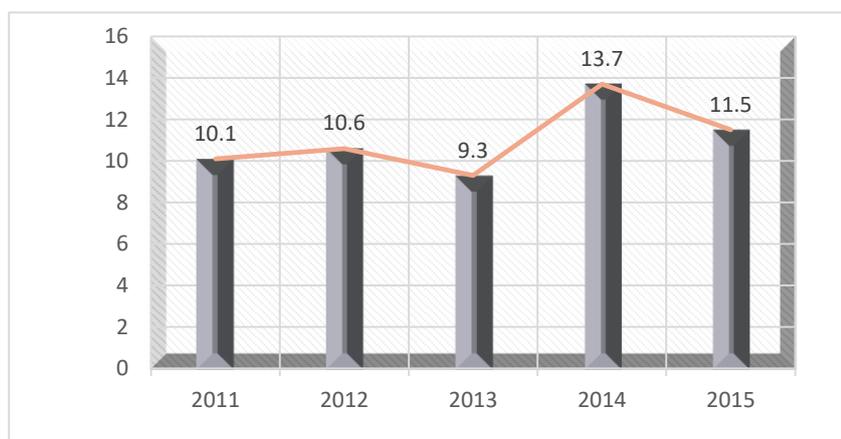
En la Región de Arequipa según ENDES, el 99,6% de las mujeres obtuvieron algún tipo de control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetrix, enfermera y otros especialistas), de las cuales, el 47% recibieron la atención por un médico, el 50,5 % por una obstetrix y el 1.5% de otros especialistas; lo que constituye un aspecto positivo y a su vez refleja un incremento progresivo a lo largo de los últimos años.

Asimismo, las diferencias de atención prenatal se evidencian según condiciones demográficas, sociales, culturales y económicas.

- **Prematuridad.**

El incremento de los recién nacidos prematuros tardíos se debe a: vaginosis bacteriana, infecciones urinarias, pielonefritis y ruptura prematura de membranas por relaciones sexuales durante el embarazo especialmente en el último trimestre, también por falta de educación, autocuidado, higiene y respeto mutuo de la pareja.

GRAFICO N° 08: Arequipa, proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación de la región de Arequipa. (Porcentaje)



Fuente: ENDES, 2015.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

Observamos que para el año 2015, la prematuridad se ha incrementado, lo que pone en riesgo la salud de los recién nacidos, por lo que debe ponerse más énfasis en la prevención a través de la difusión de información para evitar los factores de riesgo.

²² Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021.

- **Mortalidad Neonatal.**

La mortalidad neonatal es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica. La mortalidad neonatal en Arequipa, según Instituto Nacional de Estadística e Informática –INEI, 2015 se encuentran en una tasa de 10.4 por cada mil nacidos vivos.

Esta tasa nos indica el número de defunción de recién nacido vivo, dentro del intervalo comprendido desde su nacimiento hasta treinta (30) días.

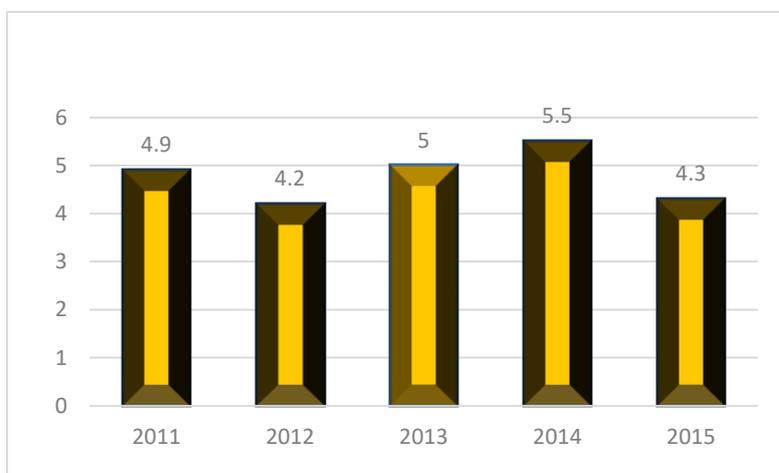
La tasa de mortalidad neonatal en Arequipa ha ido disminuyendo por la mejora de la oferta de los servicios de neonatología (equipamiento) y de asignación y gestión de presupuesto por resultado (PPR), asimismo se ha mejorado la capacidad resolutiva en recurso humano altamente calificado sin embargo falta ampliar la infraestructura de los hospitales.

La tasa de mortalidad neonatal en la Región de Arequipa es de 10.4 por cada mil nacidos vivos (INEI, 2015).

- **Bajo peso al nacer.**

La proporción de los recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500 gramos) en la Región Arequipa se ha incrementado, debido a la prevalencia de la anemia en las embarazadas, el bajo nivel socio económico, también incremento las patologías obstétricas como la enfermedad hipertensiva del embarazo.

GRAFICO N° 09: Arequipa, proporción de nacidos con bajo peso al nacer (<2,5 kg). (Porcentaje)



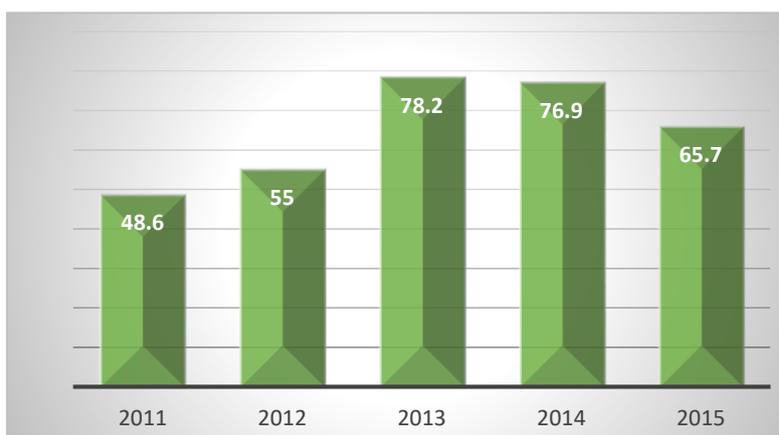
Fuente: ENDES, 2015.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

- **Lactancia Materna.**

Los establecimientos de salud a nivel nacional y regional fomentan la lactancia materna exclusiva a todas las mujeres en edad fértil idealmente, lo que ha permitido desde el año 2011 un incremento del porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna, siendo esta importante para su crecimiento y desarrollo biopsicosocial.

Sin embargo se observa que un 20.6% no da lactancia materna exclusiva por factores diversos entre ellos los problemas de prematuridad, madres trabajadoras, el incumplimiento de las instituciones de la ley laboral de otorgamiento de hora de la lactancia materna y un débil conocimiento de las madres al respecto.

GRAFICO N° 10: Arequipa, niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna, 2015.
(Porcentaje)



Fuente: ENDES, 2015.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

- **Mortalidad materna.**

Mejorar la salud materna es fundamental para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países.

En esta perspectiva, el reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes es uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio, debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto o postparto.

Por esta razón, se monitorea el avance de los resultados, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, obtenidos como consecuencia de políticas y estrategias nacionales de desarrollo.

La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, según INEI entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos).

Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna.

Número de muertes maternas en mujeres menores de 18 años es casi nulo, en el año 2014 ha ocurrido un caso de muerte materna la misma que fue por causa indirecta. En cuanto al parto institucional, el 98.1% de partos atendidos por personal calificado, de las cuales el 77.4 son atendidos por el médico, el 20.2% por Obtetriz, el 06% por enfermera y el 02 por el técnico en enfermería y por último 07 por comadrona familiar u otros.

Por otro lado la prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 19 años de edad, por área de residencia, provincia distrito en el 2014 es de 20.5 % según ENDES, siendo un riesgo para éste grupo etario problemas de menor rendimiento cognitivo y menor crecimiento.

- **Mujeres en edad fértil y acceso a seguro de salud.**

Se considera que el acceso a servicios de salud es una parte importante del derecho de mujeres a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud.

El contar con seguros de salud a la mujer especialmente, que sus otros derechos humanos relacionados con su integridad no se vulneren y disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, esto a su vez, incidirá en una mejor calidad de vida, que repercutirá posteriormente de manera positiva en la vida de sus hijos/as.

El acceso a un seguro de salud se debe diversas condiciones sociales, culturales, económicas, geográficas, etc. En el año 2015, las mujeres en edad fértil que están afiliadas a EsSalud en Arequipa se tienen una cobertura de 32,7%. En cambio, las que accedieron al Seguro Integral de Salud se tiene una cobertura del SIS de 25,7%.

2.2.2. Indicadores de salud y nutrición.

- **Mortalidad Infantil.**

Entre el 2011 y 2014, la Tasa de Mortalidad Infantil en la región ha disminuido en 1 punto porcentuales (de 14.0 en el 2011 a 13.0 en el 2014). Es importante señalar que la primera causa de muertes en los niños son las infecciones respiratorias agudas, malformaciones congénitas, muertes súbitas, asfixias, prematuridad e inadecuado abrigo.

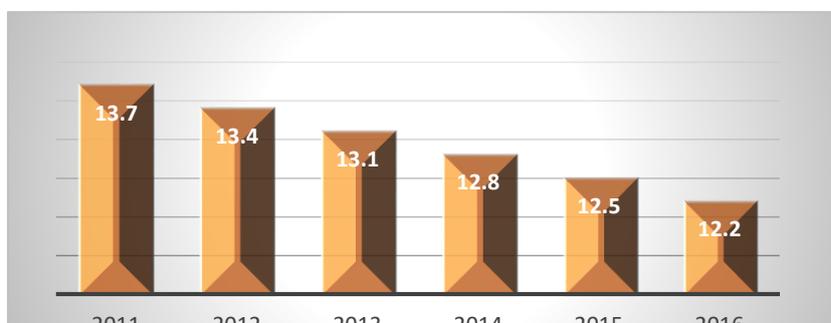
La Tasa de Mortalidad Infantil de los varones (20 por mil) fue mayor en tres puntos que la Tasa de Mortalidad infantil de las mujeres (17 por mil). De forma similar, la tasa de mortalidad en la niñez de los varones fue 25 por mil y de las mujeres 20 por mil. También existen algunas diferencias en la mortalidad según la edad de la madre, el orden del nacimiento de la niña/o y la amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro.

Al analizar los resultados por edad de la madre, se encuentra un alto riesgo de mortalidad infantil para los niños de madres mayores de 40 años (25 por mil) y de madres adolescentes (23 por mil); y un menor riesgo de mortalidad para aquellos cuyas madres tenían entre 20 y 29 años de edad (16 por mil).

Igualmente, se observa un patrón de riesgo con respecto al número de orden de los nacimientos, así para el primer nacimiento, la Tasa de Mortalidad Infantil fue 17 por mil; en tanto que para los nacimientos de orden 7 y más la tasa llegó a 35 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

GRAFICO N° 11: Arequipa, tasa de mortalidad infantil región Arequipa, 2016.

(Por 1000 nacidos vivos)



Fuente: INIE, 2016

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

- **Inmunizaciones.**

Según la ENDES, del 2014, el 74.8 % de menores de 36 meses reciben vacunas básicas completas indicadas para su edad. Las coberturas que nos muestra la encuesta ENDES nos hacen ver que un 36% no completan su esquema de vacunación en forma oportuna. Sin embargo las coberturas administrativas se encuentran por encima del 95%, como se muestran en el cuadro siguiente.

CUADRO N° 08: Arequipa, porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su salud, 2014.

(Porcentaje)

AÑOS	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.	79.2	71.3	67.8	74.8

Fuente: ENDES, 2014.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

En las coberturas de vacunación por provincias, se observa en el siguiente cuadro N° 08 que en la provincia alto andinas, son bajas comparadas a las otras provincias; lo cual es consecuencia del alto movimiento migratorio a zonas de desarrollo productores de fuentes de trabajo.

Las coberturas administrativas en niños de un año son satisfactorias en la vacunación contra Sarampión, Parotiditis y Rubeola (SPR) y Antineumocócica 3ra dosis; sin embargo es insuficiente, el 1er refuerzo de vacuna DPT (Difteria, Tétanos y Tos Ferina) por una débil continuidad de las madres a cumplir el esquema de vacunación en sus niños.

CUADRO N° 09: Coberturas de vacunación de 1 año por provincias 2010-2014.

COBERTURAS DE VACUNACION NIÑOS DE 1 AÑO POR PROVINCIAS										
AÑOS 2010 - 2014										
PROVINCIAS	2010		2011		2012		2013		2014	
	NIÑOS DE 1 AÑO									
	Cob. SPR	Cob. Neumococo	Cob. SPR	Cob. Neumococo	Cob. SPR	Cob. Neumococo	Cob. SPR	Cob. Neumococo	Cob. SPR	Cob. Neumococo
REGION AREQUIPA	102.5	94.1	107.7	95.5	99.4	89.7	99.3	96.9	108.5	102.5
Prov. Arequipa	101.1	94.6	110.8	99.5	103.5	93.3	104.0	101.1	114.6	108.2
Prov. Camana	114.9	108.4	117.9	94.6	104.1	88.5	106.3	103.2	114.5	111.7
Prov. Caraveli	119.2	92.0	114.5	95.8	107.2	87.9	102.4	103.3	107.3	102.4
Prov. Castilla	105.4	85.8	87.5	79.9	83.7	80.5	85.5	81.8	96.0	88.1
Prov. Caylloma	101.8	90.3	83.3	72.0	74.8	69.0	62.6	66.4	74.0	67.4
Prov. Condesuyos	99.5	70.8	103.8	79.9	75.1	78.4	86.3	81.1	81.3	73.5
Prov. Islay	96.2	92.9	107.3	108.9	100.7	95.8	107.3	105.8	107.7	108.5
Prov. La Union	112.3	97.7	105.1	65.6	83.1	73.0	92.9	79.8	77.0	72.5

Fuente: Estadística e Informática

• **Desnutrición crónica Infantil.**

La tasa de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 05 años es de 7.3 en el año 2014, presentándose las mayores tasas en la provincia de la Unión (36.1 en el 2014). La desnutrición a nivel Regional se mantiene a pesar de ser una prioridad política para lo cual se han implementado intervenciones específicas, las mismas que se vienen desarrollando en favor de la primera infancia.

Sin embargo hay factores importantes que ocasionan la desnutrición, como el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas alto andinas, débil conocimiento de los padres sobre los cuidados en la primera infancia como: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria adecuada, deficiente salud oral, desconocimiento sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño.

GRAFICO N° 12: Arequipa: Indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad, 2015. (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, 2015.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

En la Región Arequipa la mayor proporción de desnutrición crónica se encuentra en la Provincia de la Unión, debido a problemas socioeconómicos como la pobreza extrema, alcoholismo y gran multiparidad de las madres.

La proporción de Desnutrición Crónica en la región Arequipa muestra en el tiempo una tendencia negativa del 2005 al 2015 un total de 5.3% según el patrón de crecimiento de OMS 2006. Al Primer Semestre 2016, la desnutrición crónica, se han incrementado en los grupos etarios, de 6-11 meses, 12-23 meses, 24-35 meses, 36 -47 meses y los niños menores de un año, son los que menores cambios han presentado en proporciones, de menos de 0.4% por año.

CUADRO N° 10: Arequipa, indicadores de desnutrición entre menores de cinco años de edad por provincia, 2016. (Porcentaje)

Tabla N° 01				Mapa N° 01	
Proporción de Niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica (OMS), que acuden a los IPRESS según provincia, I Semestre 2016.				Prevalencia de Desnutrición Crónica (OMS) en niños menores de 5 años, según provincias y rangos de prevalencia I Semestre 2016	
Provincia	Evaluidos	D. Crónico	%		
AREQUIPA	64024	4275	6.7		
CAMANA	4438	263	5.9		
CARAVELI	3208	290	9.1		
CASTILLA	2965	377	12.7		
CAYLLOMA	8128	934	11.5		
CONDESUYOS	1360	229	16.8		
ISLAY	2691	102	3.8		
LA UNION	1222	454	37.2		
REGIONAL	88036	6924	7.9		
Fuente: Gerencia Regional de Salud Arequipa/ Dirección Ejecutiva de Salud de la Personas/ Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable/ Sistema de Información del Estado Nutricional I Semestre 2016					

La desnutrición crónica a nivel regional es del 7.9%, siendo la provincia de la Unión que presenta 37.2% lo que representa 454 casos, siendo de alta prevalencia, sin embargo, en la provincia de Arequipa se tiene 4275 niños con desnutrición crónica, lo que representa el 6.9% seguido de la Provincia de Caylloma con 934 niños con desnutrición crónica que representa el 11.5%.

- **Anemia en menores de tres años.**

La proporción de anemia en niños/as en la región se ha incrementado en 2.5 puntos (entre los años 2011 y 2014), es decir en casi 7%. Se atribuye al bajo consumo de alimentos ricos en hierro, malos hábitos y costumbres de la madre y/o cuidadores.

De acuerdo a políticas nacionales se viene dando intervenciones para lo cual se viene administrando Micronutrientes a los niños menores de 36 meses, durante 12 meses.

Para el I semestre 2016, solo el 10.5% de los niños menores de 5 años atendidos en los IPRESS en la región cuentan con registro y evaluación de hemoglobina. No obstante, la proporción de anemia ha disminuido en 1.4% llegando hasta una proporción de 45.7% calificada por la OMS como grave problema de salud pública. Estando las provincias de Castilla, Caylloma, Condesuyos y La Unión que superan el promedio regional.

CUADRO N° 11: Arequipa, indicadores de Anemia en niños menores de 5 años de edad por provincia, 2016.

(Porcentaje)

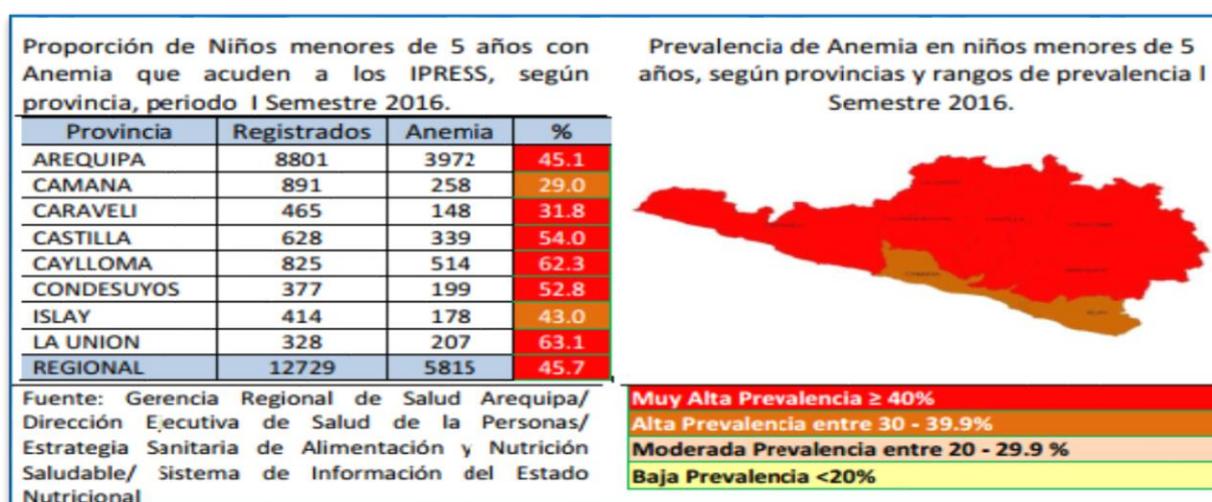
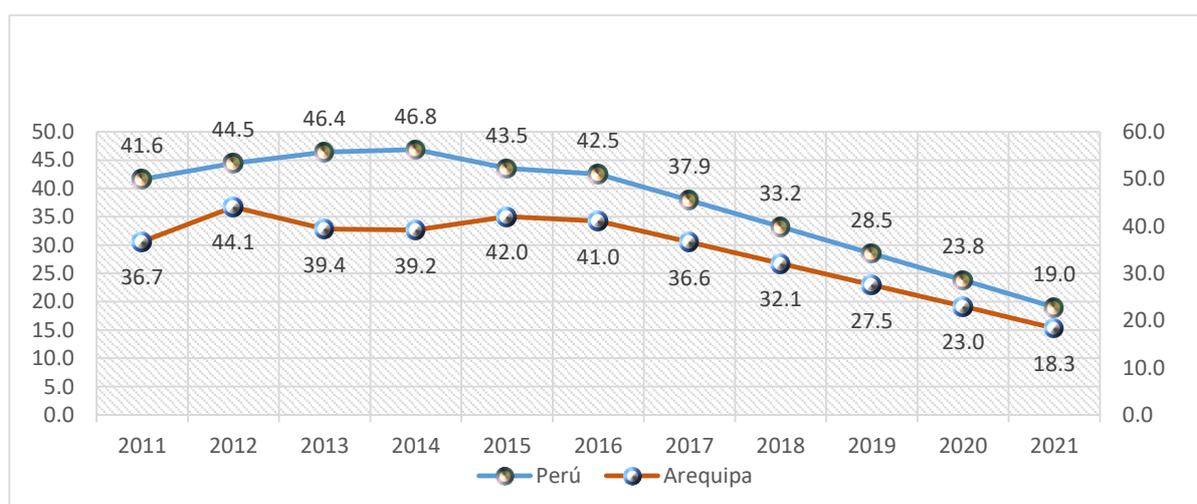


GRAFICO N° 13: Arequipa, proporción de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia, 2015.

(Porcentaje)



Fuente: ENDES, 2016.

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2011

La anemia en los niños menores de 5 años a nivel regional está en el 45.7% es decir de muy alta prevalencia, sin embargo, se tiene las provincias de Caylloma, Condesuyos, La Unión y Castilla que superan el promedio regional.

La anemia por déficit de hierro, en niños menores de 6 a 35 meses ha tenido inflexiones y constituye un punto focal de priorización regional, debido a que se encuentra una brecha del 20% respecto a la zona rural. La proporción de niños menores de 6 a 23 meses con anemia es mayor. Se evidencia una prevalencia de 40 % en la zona rural y 20 % para la urbana, habiéndose incrementado en los últimos años, pero no significativamente. Dado que es un factor crítico para su crecimiento y desarrollo de no ser atendido, el niño perderá oportunidades y se les negará capacidades en su vida futura, puesto que son irreversibles y se transmiten intergeneracionalmente.

De acuerdo a la ENDES – INEI, la Proporción de niños de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro al 2014 es de 17.1 y la Proporción de Gestantes que recibieron suplementación de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta, para el mismo año es de 82,7%.

La incidencia de anemia en las gestantes de Arequipa, en el año 2014, es de 32.2, cifra que aún es muy alta y que requiere de estrategias más efectivas para su disminución.

- **Enfermedad Diarreica Aguda EDA.**

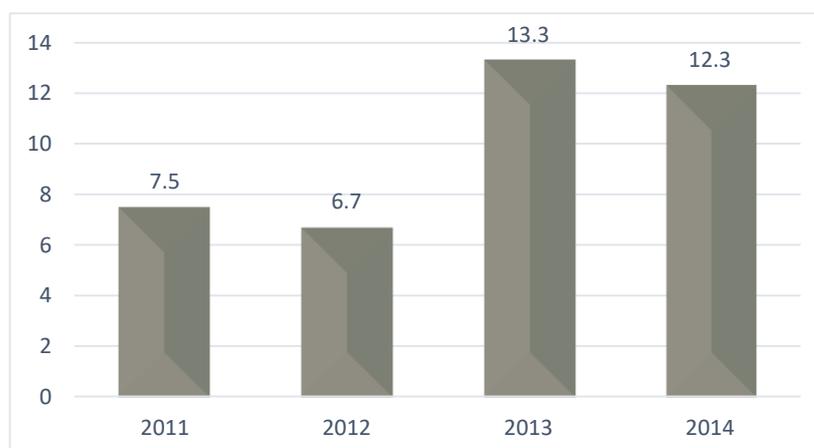
De acuerdo al INEI – ENDES, se observó que la capacidad económica está ligeramente asociada con la prevalencia de diarrea, siendo la ocurrencia de 13,1% entre niñas y niños del quintil inferior de riqueza en comparación 9,6% que pertenecen al quintil superior.

Existe diferencia dependiendo de las características de la vivienda, siendo mayor en niñas y niños que habitan viviendas cuya fuente de agua para beber es no mejorada (17,4%) en comparación con la mejorada (11,4%); asimismo, se observó una mayor prevalencia en niñas y niños que habitan viviendas con servicio sanitario no mejorado o compartido (12,9%) en comparación con el mejorado y no compartido (11,4%). (ENDES 2015).

Respecto a la asociación entre diarrea y fuente de agua para beber, el porcentaje de diarrea en niñas y niños fue similar cuando consumen agua tratada con cloro residual (10,9%)o agua tratada hervida proveniente de la red pública (10,8%); en tanto, fue mayor entre aquellas y aquellos que consumen agua sin tratamiento (17,7%). En Arequipa, la incidencia de IRA, es aún alta, como podemos ver en el cuadro siguiente.

GRAFICO N° 14: Arequipa, proporción de niños menores de 36 meses con Enfermedad Diarreica Aguda.

(Porcentaje)



Fuente: ENDES, 2014.

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

- **Infección Respiratoria Aguda IRA.**

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) habitualmente han sido una de las principales causas de mortalidad de la niñez. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 preguntó a las madres en edad fértil por la ocurrencia de síntomas de IRA en niñas y niños menores de cinco años de edad, durante las dos semanas que precedieron la Encuesta. La tasa de notificación de Infecciones Respiratorias Agudas de niñas y niños menores de 5 años en la región Arequipa con infecciones respiratorias agudas (IRA) en 2016 fue 62.4%.

CUADRO N° 12: Arequipa, Tasa de notificación de Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años por años, 2011 – 2016.

AREQUIPA	AÑOS						media ponderada
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011-2016
	58.4	50.6	49.0	60.1	60.2	62.4	57.3

Fuente: Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA, 2016.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

- **Acceso a agua tratada.**

Agua potable, se denomina así, al agua que ha sido tratada “según normas de calidad promulgadas por las autoridades nacionales e internacionales” y que puede ser consumida por personas y animales sin riesgo de contraer enfermedad. El agua potable de uso doméstico es aquella que proviene de un suministro público, de un pozo o de una fuente ubicada en los reservorios domésticos.

Este déficit agrupa a viviendas que no cuentan con abastecimiento de agua en condiciones salubres y no disponen de servicios higiénicos con un sistema adecuado de eliminación de excretas. Clasifican dentro de este grupo, todas las viviendas que se abastecen de agua mediante ríos, acequias, manantiales, pozos, camiones cisterna, lluvia, nieve u otros similares, asimismo el servicio higiénico que dispone la vivienda es de tipo pozo ciego o letrina el cual no recibe tratamiento alguno, o en todo caso hacen uso de los ríos, acequias o canales, o no tiene acceso y debe comprarla.

Según información obtenida del Anuario de Estadísticas Ambientales 2015 del INEI la población que cuenta con red de agua dentro de la vivienda es de 82,2%; con red pública fuera de la vivienda es del 8,1%; cuenta con pilón de uso público el 2,1% de la población; obtiene agua de camión cisterna, el 3,8% de la población; obtiene el agua de río, acequia o manantial el 3,2%; y obtiene el agua de pozo el 0,1% de la población. Como vemos, el 49.5 % de la población no tiene acceso a agua tratada, lo cual repercute negativamente en su salud, especialmente en la de los niños y niñas.

CUADRO N° 13: Arequipa, Porcentaje de Hogares con acceso al abastecimiento de agua segura.
(Porcentaje)

AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de Hogares con acceso al abastecimiento de agua segura.	33.8	43.6	44.4	48.8	50.5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

El porcentaje de hogares con acceso a agua por red pública y saneamiento ha aumentado en el Arequipa, aunque aún existe una brecha en perjuicio de zonas rurales.

El acceso a agua segura ha tenido inflexiones en el último quinquenio donde la disponibilidad de la red pública es 5.5% con respecto al urbana que es del 56% notándose una brecha de 50.5%, lo que demanda una mirada preocupante a la disponibilidad de agua clorada, necesaria para un desarrollo infantil adecuado pues es una limitante en los servicios de saneamiento que incrementan el riesgo de morbilidad por EDAs y parasitosis.

GRAFICO N° 15: Arequipa, proporción de Hogares con agua tratada, 2015.

(Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

La disponibilidad de Agua por Red Pública no asegura necesariamente la disponibilidad de agua clorada, necesaria para un desarrollo infantil adecuado y mayor calidad de vida de la población. Las provincias de Caylloma y Condesuyos presentan menor cobertura de acceso a agua por red pública.

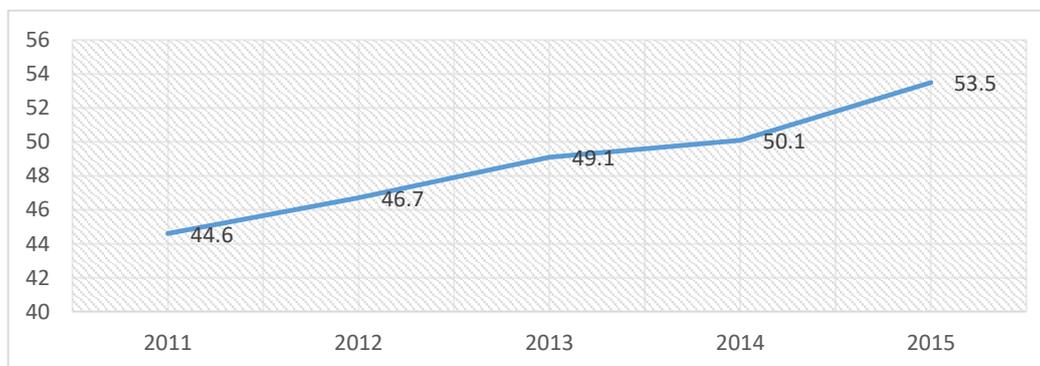
Los proyectos de inversión pública relacionados con acceso a agua por red pública deben priorizar a la población de estas 2 provincias.

Control de Crecimiento y desarrollo en niños menores.

Se observa que año tras año existe un leve incremento en las coberturas de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a), entre el 2011 y 2014 ha aumentado en 5.5 puntos porcentuales relacionado a la oferta implementada a nivel de los establecimientos de salud, y un seguro integral gratuito; sin embargo el acceso a los servicios por los padres con sus hijos es limitado; quienes no le dan la importancia al control de salud de sus niños, por una débil información y educación sobre el cuidado del niño (a).

GRAFICO N° 16: Proporción de menores de 36 meses con controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad, 2015.

(Porcentaje)



Fuente: ENDES, 2015.
Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2016.

2.2.2. Indicadores de educación.

- **Educación inicial de 0 a 2 años de edad.**

La Unidad de Estadística de la Calidad Educativa – ESCALE, nos proporciona información actualizada sobre el acceso a la educación inicial, enfatizando que “diversos estudios dan cuenta de los impactos positivos de acceder a educación inicial para el desempeño del alumno en logros de aprendizaje y evaluaciones escolares en niveles posteriores, así como para el desarrollo emocional, reflejado en el comportamiento familiar y social futuro de los niños y niñas”. La información basada en el Censo Educativo, nos muestra que la población de niñas niños mayores de tres años que accede a educación inicial ha mostrado un incremento notorio: Sin embargo el acceso para la edad de 0 a 2 años es aún bajo, tal es así que sólo el 7% de este rango de edad accede a educación inicial. Asimismo la tasa de cobertura de los niños/as matriculados en educación inicial de 0-2 años en la región de Arequipa en el 2016 es de 7.5.

CUADRO N° 14: Arequipa, matrícula de educación inicial por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según estrategia y edad atendida, 2016.

Nivel educativo y estrategia/característica	Total	Gestión		Área		Sexo	
		Pública	Privada	Urbana	Rural	Masculino	Femenino
Total Inicial ciclo I	4,596	3,144	1,452	4,433	163	2,322	2,274
0 años	131	99	32	121	10	66	65
1 año	998	731	267	946	52	507	491
2 años	3,467	2,314	1,153	3,366	101	1,749	1,718
Cuna	38	30	8	38	0	18	20
1 año	9	8	1	9	0	4	5
2 años	29	22	7	29	0	14	15
Cuna-jardín 1/	1,976	532	1,444	1,952	24	993	983
0 años	63	31	32	60	3	33	30
1 año	423	157	266	416	7	217	206
2 años	1,490	344	1,146	1,476	14	743	747
PRONOEI Ciclo I	2,582	2,582	0	2,443	139	1,311	1,271
0 años	68	68	0	61	7	33	35
1 año	566	566	0	521	45	286	280
2 años	1,948	1,948	0	1,861	87	992	956
Total Inicial ciclo II	66,229	35,712	30,517	63,256	2,973	33,802	32,427
3 años	19,284	10,018	9,266	18,437	847	9,837	9,447
4 años	23,012	12,720	10,292	21,973	1,039	11,664	11,348
5 años	23,933	12,974	10,959	22,846	1,087	12,301	11,632
Jardín	58,160	31,230	26,930	55,851	2,309	29,581	28,579
3 años	15,750	8,037	7,713	15,142	608	8,003	7,747
4 años	20,424	11,270	9,154	19,622	802	10,311	10,113
5 años	21,986	11,923	10,063	21,087	899	11,267	10,719
Cuna-jardín 2/	4,990	1,403	3,587	4,949	41	2,657	2,333
3 años	2,060	507	1,553	2,043	17	1,082	978
4 años	1,601	463	1,138	1,587	14	867	734
5 años	1,329	433	896	1,319	10	708	621
PRONOEI Ciclo II	3,079	3,079	0	2,456	623	1,564	1,515
3 años	1,474	1,474	0	1,252	222	752	722
4 años	987	987	0	764	223	486	501
5 años	618	618	0	440	178	326	292

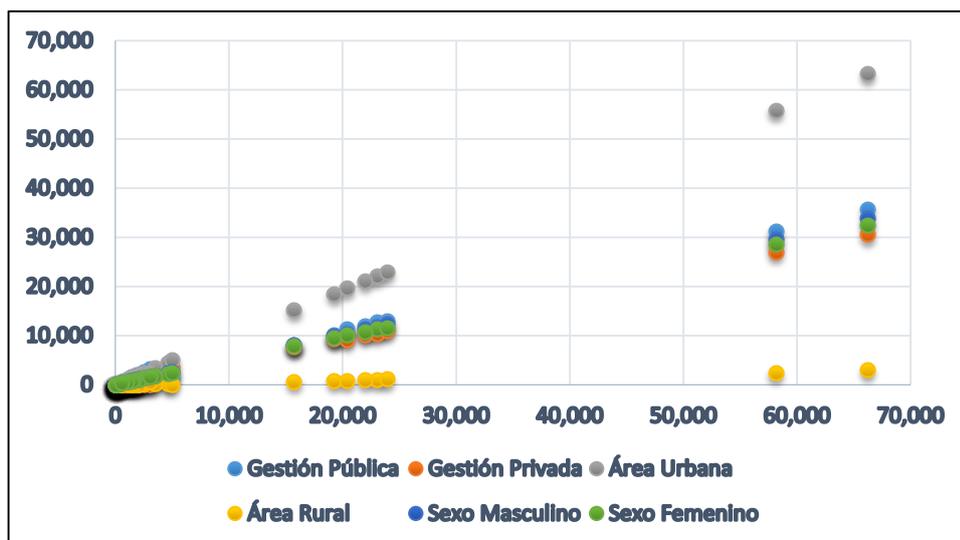
1/ Comprende la matrícula con edades de 0-2 años en cuna-jardín.

2/ Comprende la matrícula con edades de 3-5 años en cuna-jardín.

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Censo Escolar.

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2017.

GRAFICO N° 17: Arequipa, matrícula de educación inicial por tipo de gestión, área geográfica y sexo, según estrategia y edad atendida, 2016.



1/ Comprende la matrícula con edades de 0-2 años en cuna-jardín.

2/ Comprende la matrícula con edades de 3-5 años en cuna-jardín.

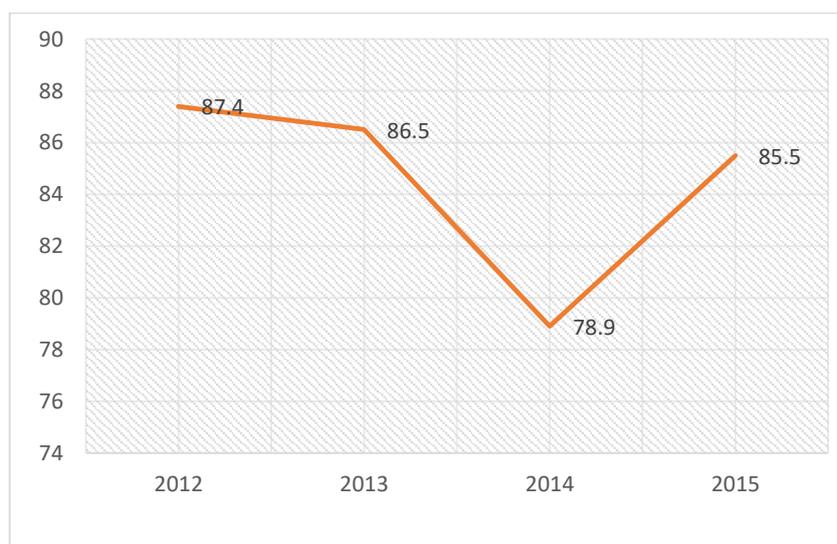
Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Censo Escolar.

Elaboración: Equipo Técnico-GRA-2017.

- Tasa neta de matrícula en educación de 3 a 5 años de edad.**

Según la información estadística de ESCALE, el número de niñas y niños matriculados en educación Inicial que se encuentran en el grupo de edad de 3 a 5 años en el año 2015 es de 85.5%, cifra que comparada con los años anteriores ha ido incrementándose.

GRAFICO N° 18: Arequipa, Tasa neta de asistencia, educación inicial (% de población con edades 3-5)



Encuesta Nacional de Hogares del Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

2.3. La niñez de 6 a 11 años de edad.

2.3.1. Indicadores de educación.

- **Culminación de la educación primaria en edad normativa.**

En Arequipa, tenemos que el atraso escolar en primaria es de 22.2%; de ellos, el 32,5 % de las niñas y niños que pertenecen al quintil más pobre (quintil I) presentan atraso escolar, siendo casi el doble que la proporción de niñas y niños del quintil más rico (quintil V) que fue de 17,8%. Comparado con lo obtenido en el año 2013, el atraso escolar aumentó entre los niños y niñas del quintil más rico (2,1 puntos porcentuales); mientras que en el quintil más pobre decreció ligeramente en (0,4 punto porcentual).

La tasa poblacional en edad escolar, en los rangos de edad de 3 a 5 años creció relativamente entre los años 2012 a 2014, con una tasa de 0.6%. De 6 a 11 años, relacionados con la educación primaria, tuvo una variación promedio en los últimos tres años (2012 a 2014) de -0.3% y de 12 a 16 años se redujo con una variación promedio de -0.1%.

En la tasa neta de matrícula de 6 a 11 años en el año 2015 se redujo en -4,5% respecto del año 2012. Mientras la tasa neta de matrícula escolar de 12 a 16 años en -2,2%.

CUADRO N° 15: Tasa neta de matrícula relacionados a la educación primaria y secundaria, 2015.

(Porcentaje)

Arequipa	2012	2013	2014	2015
Tasa neta de matrícula escolar de la población de 6 a 11 años de edad	93.9	93.7	91.9	89.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ESCALE 2012-2015.
Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

- **Logros en comprensión lectora y razonamiento matemática.**

Mediante la prueba Censal aplicada a alumnos del 2do. Grado de educación primaria en el año 2016 los resultados en comprensión lectora muestran un nivel satisfactorio en el 59%, porcentaje que nos ubica en el cuarto puesto en comparación a otras regiones, después de Callao, Moquegua y Tacna, siendo la mayor brecha positiva en los últimos años.

En los resultados de matemáticas, se observa que el nivel satisfactorio se da en el 38% de alumnos evaluados, esta cifra del año anterior tuvo un incremento en 6.2%, en comparación con otras regiones nos ubican en décimo puesto.

CUADRO N° 16: Arequipa, logros en comprensión lectora y razonamiento matemático, 2016.

(Porcentaje)

Región	Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Arequipa	Nivel satisfactorio en comprensión lectora	49.3	50.3	47.4	61	65.2	59
	Nivel satisfactorio en matemática	21.2	19.6	21.5	32.9	31.8	38

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ESCALE 2011-2015.

Elaboración: Equipo Técnico del GR, 2016.

2.4. La adolescencia de 12 a 17 años de edad.

2.4.1. Principales aspectos sociales.

- Logros en comprensión de lectora y razonamiento matemática.
- Embarazo adolescente.
- Edad a la primera relación sexual según grupo de edad.
- Educación sexual de los y las adolescentes.
- Consumo de drogas legales e ilegales.
- Edad de inicio del consumo de drogas en escolares.
- Prevalencia de vida de consumo de drogas en escolares.
- Problemas de obesidad y sobrepeso en la adolescencia.
- Adolescentes y la y la infección del VIH SIDA.
- Violencia, acoso e intimidación escolar.
- Deserción Escolar.
- Trabajo Adolescente
- Adolescentes involucrados en conflicto con la Ley penal "Defensoría del Pueblo.
- Explotación sexual de las y los adolescentes.
- Violencia familiar contra hijos e hijas.

- **Logros en comprensión lectora y razonamiento matemático.**

Mediante la prueba Censal aplicada a los alumnos del 2do. grado de educación secundaria en el año 2016 los resultados en comprensión lectora muestran un nivel satisfactorio en el 25.4% y en razonamiento matemático en 2° grado de secundaria, se observa que el nivel satisfactorio se da en el 22.8% de alumnos evaluados.

CUADRO Nº 17: Arequipa, niveles de logro en matemática en 2° grado de secundaria, 2016

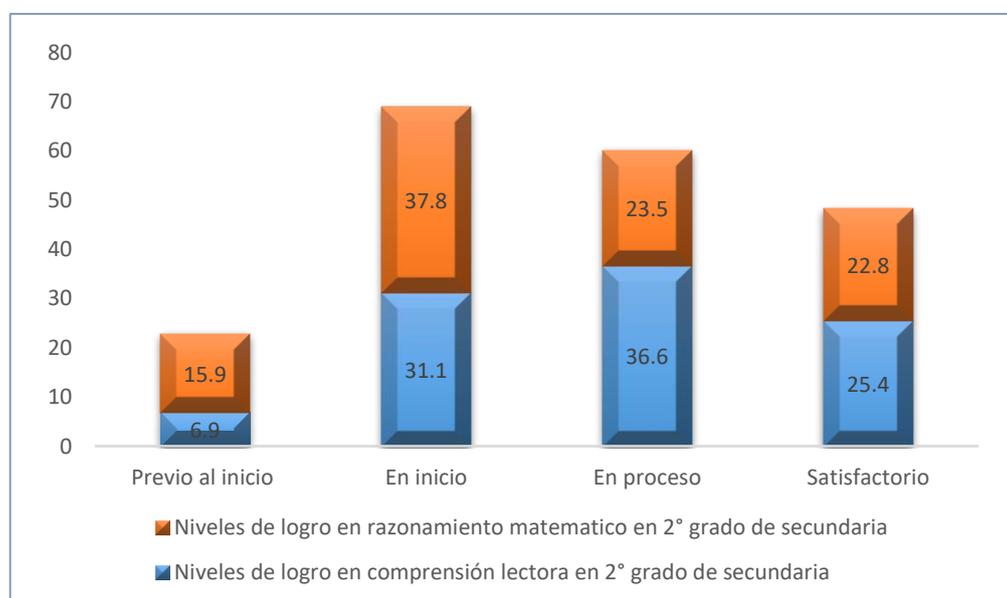
(Porcentaje)

Arequipa	ECE 2016			
	Previo al inicio	En inicio	En proceso	Satisfactorio
	%	%	%	%
Niveles de logro en comprensión lectora en 2° grado de secundaria	6.9	31.1	36.6	25.4
Niveles de logro en razonamiento matemático en 2° grado de secundaria	15.9	37.8	23.5	22.8

Fuente: Evaluación Censal de Estudiantes- ECE-2015.

Elaboración: Equipo Técnico del GR, 2016.

GRÁFICO Nº 19: Arequipa, niveles de logro en matemática en 2° grado de secundaria, 2016 (Porcentaje)



Fuente: Evaluación Censal de Estudiantes- ECE-2015.

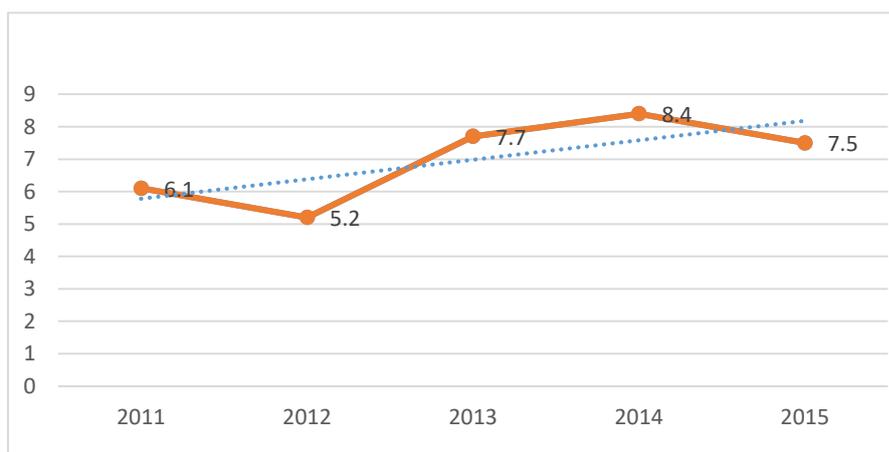
Elaboración: Equipo Técnico del GR, 2016.

- **Embarazo adolescente.**

El embarazo en adolescentes es un problema social que se debe a múltiples factores que impacta de manera negativa en la vida de los y las adolescentes.

En el siguiente grafico demuestra que el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, tendencia de subida, observándose que año 2012 existe disminución de casi un punto, para luego subir en el 2013 dos puntos, y el 2014 se incrementa a 8.4%. Entre los años 2011 y 2014 se observa un incremento de 3.3 puntos.

GRAFICO N° 20: Arequipa, Adolescentes menores de 18 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez.
(Porcentaje)



Fuente: ENDES-2015.
Elaboración: Equipo Técnico del GR, 2016.

De acuerdo al reporte del MINSA en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, se considera que en el grupo entre de 12 a 17 años, el embarazo en Adolescentes asciende a 5.8% del total de gestantes atendidas en los establecimientos de salud. Lo que podemos decir es que los embarazos adolescentes suceden en mayor proporción en las edades de 18 y 19 años de edad.

El embarazo en Adolescentes, está relacionado al inicio temprano de las relaciones sexuales a una débil información a este grupo etario de métodos de planificación familiar o estrategias de sensibilización para retardar el inicio de las relaciones sexuales y prevenir peligros de contraer una ETS, HIV, Hepatitis B, o tener un embarazo no deseado con el potencial peligro de muerte materna y neonatal.

- **Edad a la primera relación sexual según grupo de edad.**

La edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 años fue 18,5 años, 3,4 años antes que la edad mediana a la primera unión (21,9 años). La cohorte de 25 a 29 años muestra un inicio más temprano de las relaciones sexuales, comparada con las otras cohortes; 43,7 % tuvo antes de cumplir los 18 años.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el embarazo se incrementa en las adolescentes que viven mayores nivel de pobreza, que tienen menor nivel educativo, menos acceso a información y a educación sexual como a métodos anticonceptivos, por tanto se puede afirmar que es producto de mayores niveles de desigualdad social y de género, porque son las adolescentes las que interrumpirán sus estudios y planes futuros. En el Perú, la fecundidad adolescente rural duplica a la urbana, a nivel nacional, por lo que los esfuerzos de prevención deben dirigirse de manera especial a esta zona. En Arequipa el porcentaje que inició la maternidad antes de cumplir los 18 años es el 9%.

- **Educación sexual de los y las adolescentes.**

La educación sexual y el acceso a información pertinente y oportuna es una de las líneas centrales del PRAIA, que exige la intervención multisectorial para implementar estrategias que sean efectivas en el logro de metas dirigidas a abordar directamente los problemas que en el tema están afectando la vida de los y las adolescentes en la región Arequipa. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud – OMS, se necesitan grandes avances en la equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población joven.

Consideramos que una de las medidas más urgentes, es la realización de acciones tendientes a lograr una educación sexual integral con igualdad de género en todos los niveles educativos, comenzando desde el nivel inicial. Resumimos los aspectos y problemas que requieren abordarse sobre la sexualidad de niños, niñas y adolescentes:

- ❖ El conocimiento de su cuerpo, contar con información relacionada a la sexualidad, dotando a la persona de una conciencia crítica que le permita asumir actitudes propias en torno a su contexto y a su realización personal y así vivir su sexualidad de una manera responsable, sana, feliz, consciente y positiva; coherente con valores de igualdad, solidaridad, tolerancia y respeto mutuo.
- ❖ La infección por el VIH y las ETS hacen estragos en las adolescentes. A menudo, las normas culturales y sociales de género limitan su acceso a la información básica, les condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, socava su autonomía y les expone a la coerción sexual.
- ❖ Las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están a menudo asociadas con los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH en los jóvenes y adolescentes varones. - Entre estos comportamientos figuran un número elevado de parejas sexuales, el consumo de drogas o alcohol y el rechazo a buscar atención médica para las infecciones de transmisión sexual.

En consecuencia, la vida y la salud de adolescentes solo pueden mejorarse si al mismo tiempo se sensibiliza a los varones adolescentes y jóvenes:

- ❖ La comprensión de los factores asociados con la atracción y la orientación sexual de los jóvenes es también fundamental para la mejora de su salud sexual y reproductiva, para ello necesitan información, apoyo y acompañamiento.
- ❖ El conocimiento de consecuencias del ejercicio de una sexualidad sin información y sin acceso a métodos de anticoncepción. El embarazo tendrá como consecuencias inmediatas Interrupción/rezago, deserción escolar, reducción perspectivas laborales, riesgos en la salud materna y neonatal, mayor vulnerabilidad frente la pobreza la exclusión y la dependencia; afectando así de manera drástica su proyecto de vida, especialmente de las adolescentes mujeres.
- ❖ En el Perú y en América, la edad de inicio de relaciones sexuales se ha adelantado, y la mayoría de jóvenes inicia la actividad sexual durante el período de la adolescencia. El porcentaje es mayor en zonas rurales y entre jóvenes con niveles más bajos de educación; por tanto, desde este Plan pondremos especial énfasis al tema.

- **Consumo de drogas legales e ilegales.**

Por la complejidad del tema es difícil el acceder a datos que permitan hacer un seguimiento a la realidad que viven los NNA frente a esta problemática. Al ser la adolescencia una etapa natural de experimentación, el entorno influye en la realización de conductas de riesgo, como las relaciones sexuales tempranas, 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.

- **Edad de inicio del consumo de drogas en escolares.**

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 niñas como 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.

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 (Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013).

- **Prevalencia de vida de consumo de drogas en escolares.**

De acuerdo al Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes Secundarios-DEVIDA, Observatorio Peruano de Drogas – USAID, se tiene la siguiente información:

El 40.5% de los escolares –esto es cerca de 900,000 adolescentes- han probado alguna droga legal, ya sea alcohol o tabaco, alguna vez en su vida; el 23.3% lo ha hecho durante el último año; y el 12.3% durante los últimos treinta días, previos a la aplicación de la encuesta.

Los reportes de consumo de sustancias ilegales, tales como marihuana, PBC, cocaína, inhalantes, éxtasis, alucinógenos y otras, dan cuenta que el 8.1% de los escolares –esto es poco más de 177,000 adolescentes- han ingerido estas drogas alguna vez en su vida, el 3.8% lo ha hecho en el último año y el 2.1% en los últimos treinta días.

El 5.5% de los escolares –esto es poco más de 120,000 adolescentes- ha consumido drogas médicas sin receta o prescripción de un galeno alguna vez en su vida. El 3.2% hizo uso de estas sustancias en el último año y el 1.9% las consumió en los últimos treinta días.

Doce de cada cien estudiantes (11.6%) que no habían probado alcohol un año antes de la aplicación de la encuesta, se iniciaron en su uso en los últimos doce meses. En el caso del tabaco, la incidencia de consumo se reduce a seis por cada cien estudiantes que no fumaban un año antes. - La marihuana registra la mayor incidencia de consumo entre las drogas ilegales: 1.5 de cada cien estudiantes que no consumían esta sustancia un año antes de la aplicación de la encuesta, se iniciaron en su uso durante los últimos doce meses.

Le siguen los inhalantes, la cocaína, el éxtasis y la PBC, que registran menores tasas de incidencia.

En el caso de las drogas médicas, los tranquilizantes registran una tasa de incidencia cercana a la de la marihuana. No ocurre lo mismo con los estimulantes, que registran una incidencia menor, pero más alta que las demás sustancias ilegales, lo que evidencia un mayor dinamismo de este tipo de drogas en la población escolar.

La edad promedio de inicio del consumo de alcohol y tabaco se ubica en los 13.3%.

En las drogas ilegales, la edad promedio de inicio oscila entre los 12 y 14.3 años. El éxtasis registra una edad promedio de inicio similar a las de la marihuana, PBC y cocaína.

Las drogas médicas registran edades promedios de inicio menores que las que registran el alcohol, el tabaco, la marihuana y las sustancias cocaínicas.

El alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los escolares. Entre las drogas ilegales, la marihuana es la más usada, seguida de los inhalantes, las sustancias cocaínicas y el éxtasis. Esta última sustancia registra una prevalencia de año superior a las de la PBC y cocaína; mientras que el uso actual (o prevalencia de mes) es similar.

El consumo de drogas médicas es mayor que las sustancias cocaínicas, sobre todo en el caso de los tranquilizantes, que duplican las prevalencias de vida y de año que registran la PBC y la cocaína.

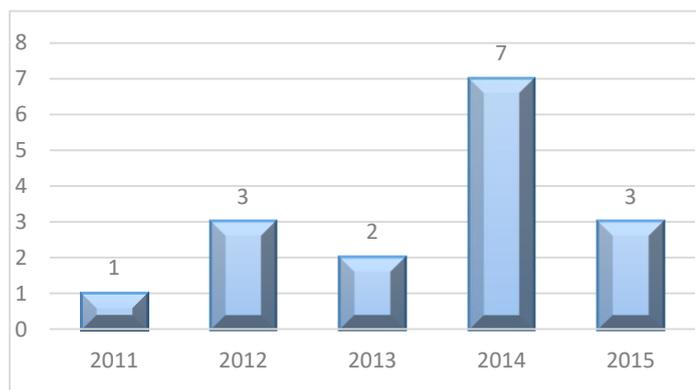
La diferencia de consumo de drogas legales entre varones y mujeres es mínima: por cada 100 escolares hombres que usan este tipo de sustancias existen 86 estudiantes mujeres que también lo hacen. La diferencia de consumo es menor en el caso del alcohol (por cada 10 varones que beben, hay 9 mujeres que también lo hacen) que en el del tabaco, que todavía registra una diferencia significativa entre ambos sexos.

Arequipa se encuentra en segundo lugar, muy arriba del promedio nacional (23.3) en consumo de drogas legales e ilegales y médicas parte de adolescentes. Se observa que Lima Provincias (34.9) y Arequipa (34.0).

- **Adolescentes y la y la infección del VIH SIDA.**

Los casos diagnosticados a nivel general van en aumento, se debe a la prevalencia de la enfermedad y al mayor tamizaje que se realiza, sin embargo en la población de adolescentes es difícil incrementar el tamizaje por cuanto se requiere de autorización de los padres. Los casos pueden estar relacionados al inicio más temprano de las relaciones sexuales a falta de información de este grupo etario sobre métodos de planificación familiar y protección como es el uso adecuado del preservativo.

GRAFICO N° 21: Arequipa, Número de adolescentes con diagnóstico de VIH positivo, 2015.



Fuente: E.S. TBC-VIH
Elaboración: Equipo Técnico del GR, 2016.

- **Problemas de obesidad y sobrepeso en la adolescencia.**

La prevalencia de sobrepeso es alto y un riesgo para la salud de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad, ya que está afectada un 20,5 % con este problema, lo que constituye un riesgo muy alto para su salud.

Una de las principales causas son los malos hábitos alimenticios que se tiene en las familias, además de los hábitos sedentarios que están relacionados con el uso de internet, lo cual ha significado que niños y jóvenes se alejen de actividades físicas y juegos al aire libre.

**CUADRO N° 18: Arequipa, Prevalencia de sobrepeso en personas
entre 15 y 19 años de edad.
(Porcentaje)**

AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de sobrepeso en personas entre 12 y 19 años de edad.	SD	SD	SD	20.5	32.7

Fuente: ENDES, 2015.

Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

Nota: S.D (sin datos).

Se observa que la prevalencia en adolescentes es alto, constituyendo un riesgo para éste grupo etario en caso de tener sobre peso, mayor predisposición de padecer de Enfermedades coronarias, Diabetes tipo 2, Cáncer (de endometrio, de mama y de colon), Hipertensión (presión arterial alta), Dislipidemia (niveles altos de colesterol total o de triglicéridos).

Accidentes cerebrovasculares, Enfermedad del hígado y de la vesícula. Apnea del sueño y problemas respiratorios, Artrosis y problemas ginecológicos (menstruación anómala, infertilidad). Violencia hacia las mujeres y hacia los hijos e hijas.

- **Violencia, acoso e intimidación escolar.**

El acoso o bullying se define como la agresión, intimidación o acoso ya sea físico, psicológico o verbal de forma reiterada entre escolares.

Aunque no existe mucha información a nivel nacional sobre este hecho según el estudio “Violencia escolar en colegios estatales de primaria en el Perú” se estima que en promedio la incidencia de este hecho es de 47%, y el 34% de las víctimas no comunica a nadie lo que viene sucediendo. Las formas de agresión más frecuentes son la física (34.8%) y la verbal (34.5%).

La violencia de género es un problema social y de salud pública, debemos comenzar señalando que es un problema que afecta a las mujeres en mayor medida pero que también impacta de manera negativa en la vida de niños, niñas y adolescentes; podemos afirmar, que la mayoría de ellos están creciendo en climas de violencia y agresión, lo cual los hace más vulnerables ante las amenazas y riesgos sociales.

La violencia familiar son todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, incluye casos de violencia contra la mujer, maltrato infantil o violencia contra el hombre. En el año 2015, a nivel nacional, el 70,8% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte de los pos compañero, en Arequipa, las mujeres que sufrieron violencia la fue mayor en 82,6%, luego de Apurímac (85,0%), siendo los departamentos del Perú en lo que se registran mayores niveles de violencia.

- **Culminación de la educación secundaria en edad normativa.**

De acuerdo a la información proporcionada por la ENAHO INEI 2014, la mayor tasa de atraso escolar en educación secundaria presentan los hombres que las mujeres. Así, de cada 100 hombres de 12 a 16 años que asisten a educación secundaria 26 presentan atraso escolar, en el caso de las mujeres es 22 de cada 100. Esta situación es más notoria en el área rural, donde el atraso de los hombres es de 32,0% y el de las mujeres 28,5%.

En Arequipa, el atraso escolar en el nivel secundario es de 20.5%. La mayor tasa de asistencia a educación secundaria en concordancia al año con la edad normativa se presenta en el 20% más rico de la población (V quintil); así, el 61,6% de adolescentes de este estrato asiste al grado de educación secundaria que le corresponde para su edad; mientras que en el estrato más pobre (I quintil) solo asiste el 36,0%, siendo 25,6 puntos porcentuales menos que el quintil V.

- **Deserción Escolar.**

La deserción escolar en el nivel secundario, es un problema que en los últimos años, ha ido experimentando un incremento leve, pero que es significativo, dado que ningún estudiante debería abandonar sus estudios por ninguna razón.

Según la Estadística de ESCALE – Unidad de estadística educativa del Ministerio de educación, en Arequipa, la deserción escolar en los últimos años fue la siguiente: el 2011: 1.3%, el 2012 fue de 4.2%, el 2013 fue de 4,3%, el 2014 se registró el 4,1% y el 2015 descendió a 3,3%.

- **Trabajo Adolescente.**

Incidencia de trabajo infantil está en los adolescentes de 12 a 17, que representan el 90%. En valores absolutos son 997 los niños de 6 a 11 años que trabajan y 9,042 los adolescentes de 12 a 17.

En este último grupo de edad es necesario saber si en el subgrupo de edad de 12 a 14 años se realizan sólo trabajos ligeros como establece la ley y en el subgrupo de 15 a 17 años que estos no sean trabajos peligrosos. El trabajo en los adolescentes es más frecuente en las ciudades urbanas, así, de los adolescentes entre 12 y 17 años, el 71.1% de ocupados de este grupo de edad reside en el área urbana y el 28.9% en el área rural.

Hemos abordado con mayor amplitud este problema en el tema referido a trabajo infantil, dado que generalmente la estadística agrupa a niños y adolescentes.

- **Adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal “ DEFENSORIA DEL PUEBLO”**

En este aspecto, partimos por señalar que los problemas que viven los adolescentes respecto a los conflictos con la ley penal, son producto de las situaciones difíciles que viven, y generalmente son el resultado de una grave desestructuración familiar, la pobreza y el abandono es que están sumidos.

Esto los pone en una situación de desventaja y desigualdad de oportunidades que el Estado debe garantizar para el pleno cumplimiento de sus derechos.

Una línea fundamental de este plan es considerar lo anteriormente dicho y no actuar desde la censura o la sanción, sino desde la recuperación de los adolescentes hombres y mujeres que el Estado ha descuidado. En Arequipa se cuenta con el Centro de Rehabilitación Alfonso Ugarte, en el que los adolescentes están bajo medidas no privativas de su libertad y la estadística sobre los casos de conflicto son los que nos refiere dicho Centro.

**GRAFICO N° 22: Arequipa, Lugar de procedencia de los adolescentes en conflicto con la ley.
(Casos)**



Elaboración: Equipo Técnico, 2016.
Elaboración: Equipo Técnico del GRA, 2016.

En cuanto a la incidencia de conflictos en hombres y mujeres, observamos que en este caso son en su mayoría hombres, registrándose un 98,0%, en cambio las mujeres, constituyen el 2.0%.

CUADRO N° 19: Distribución de los adolescentes por sexo en conflicto con la Ley, 2015.

Sexo	Sistema Abierto	Sistema Cerrado	Total	Estructura %
Mujer	6	0	6	2.0%
Hombre	109	187	296	98.0%

Elaboración: Equipo Técnico, 2016.

La atención que reciben está dirigida a adolescentes de ambos sexos que cumplen medidas socioeducativas no privativas de la libertad. Se desarrolla en Centros Juveniles denominados "Servicio de Orientación al Adolescente - SOA".

Esta modalidad ejecuta una serie de actividades estructuradas durante el día, con horarios de atención flexibles, adecuándose a las necesidades e intereses de sus usuarios.

Ofrece al adolescente una atención integral a través de programas de intervención diferenciados que responden a sus características personales, familiares y culturales mediante espacios educativos que propicien el aprendizaje de habilidades, el ejercicio de su creatividad y autonomía en permanente interrelación con su entorno social, con el enfoque de recuperación y reinserción social positiva.

- **Explotación sexual de las y los adolescentes.**

Los adolescentes, especialmente las mujeres entre los 13 y 17 años de edad, son los más vulnerables a ser víctimas del delito de trata de personas en el Perú. Según del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, 5 de cada 10 de estos menores son víctimas de esta actividad ilegal.

Según estadísticas del Ministerio Público, los menores representan el 60% de las víctimas de este flagelo en nuestro país, donde el 90% son mujeres y en su mayoría provincianas.

El Ministerio del Interior informó que con la intervención de otras instancias, entre el 2014 y el 2015 se rescató a 900 menores. Pero sabemos que el número real de víctimas es incalculable, dado que se opera clandestinamente, por lo que se considera a la trata de personas como el delito invisible.

La trata está relacionada con otras actividades ilícitas, como el narcotráfico o la minería ilegal. Cuando las víctimas son menores de edad, es incluso más complicado identificarlas, porque no denuncian y muchas veces no son conscientes de su situación.

La Dirección de Investigación de Trata de Personas (DIRINTRAP) de la Policía Nacional del Perú y la Fiscalía Especializada son las dos instituciones responsables en actuar contra este crimen que vulnera los derechos de los y las adolescentes.

Es importante tener en cuenta que el mayor tema de explotación es el sexual y el 80% de adolescentes y jóvenes no está informado sobre el delito de trata de personas y que el 70% de los padres tampoco están informados sobre este delito y de los que están informados no sabían si se daba en su comunidad. Desde el PRAIA, consideramos que una acción de prevención es la difusión de información en la población vulnerable al problema.

- **Violencia familiar contra hijos e hijas.**

Trabajo de las instituciones del Estado no está articulado fuertemente a las acciones de las instituciones privadas. Las intervenciones aún están divorciadas, dado que el Estado tiene limitaciones para convocar a los actores que promueven acciones a favor de la niñez, y por otro lado, las políticas regionales y locales que respondan a nuestras necesidades es casi inexistente.

Las provincias que registran mayores casos de violencia familiar y sexual son Arequipa (211 casos), Camaná (114) y Castilla (32 casos). En cuanto al tipo de violencia la mayor cantidad de casos son por violencia psicológica (216 casos), en segundo lugar está la violencia sexual (98 casos) y finalmente la violencia física (91).

Cabe rescatar que en cuanto a violencia sexual la mayor cantidad de casos se registra en mujeres (93%) que en varones (7%), y sobre todo en el grupo de 12 a 18 años de edad (60 casos).

El abuso sexual infantil es todo acto de índole sexual que una persona adulta ejerce desde una relación de poder sobre una niña, niño o adolescente para su propia gratificación sexual. El abuso sexual infantil ocurre cuando se involucra a un niño o niña en actividades sexuales para las cuales no se encuentra preparado ya que por el nivel de su desarrollo y madurez, no puede comprender los sentimientos que esa experiencia le provoca y, por lo tanto, no puede otorgar su consentimiento.

FASE
ESTRATÉGICA



CAPITULO III

3.1. Visión

Se ha venido desarrollado una visión para el presente plan, no dejando de lado la articulación que debe existir entre las políticas nacionales con las regiones, por ello se ha considerado la visión que plantea el PDCR de la Región Arequipa al 2021 y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia PNAIA al 2021.

La visión del Plan de Desarrollo Concertado de la Región Arequipa es la siguiente:

VISIÓN DEL PDCR AREQUIPA

Arequipa es una región competitiva con empleo pleno, digno y ciudades seguras, es un territorio articulado, culturalmente rico y diverso, ambientalmente sustentable, con economía sostenible, prioriza la agroindustria, manufactura, turismo y minería, sus hombres y mujeres son cultos, educados y saludables.

Plan de Desarrollo Concertado 2013-2021 de la Región Arequipa

La visión del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia dice:

VISIÓN AL 2021

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.

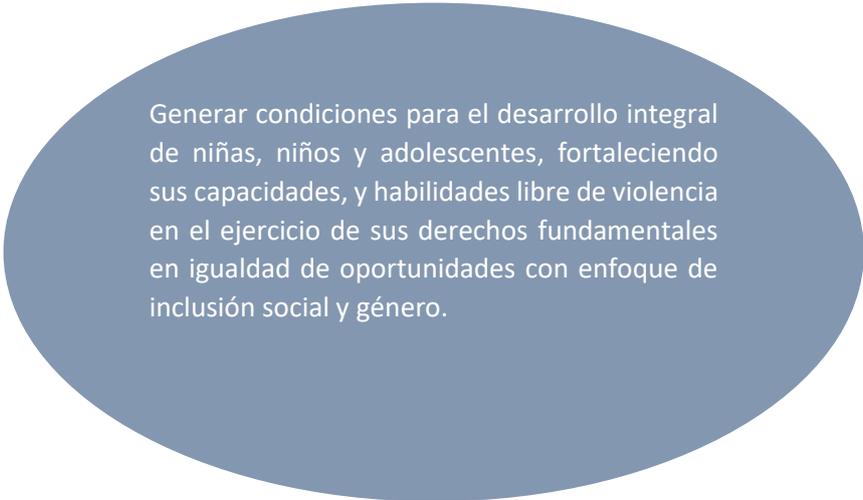
Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2021

Así, la visión del PRAIA de la región Arequipa al 2021 se ha planteado de la siguiente manera:

VISIÓN AL 2021

En la región Arequipa las niñas, niños y adolescentes mejoran su ejercicio de derechos, acceden a servicios que les permitan mejorar sus condiciones de vida principalmente en nutrición, salud y educación, buscando consolidar un ambiente familiar y social libre de violencia en procura de formar ciudadanos que contribuyan al desarrollo de la región.

4. Misión del PRAIA al 2021:



Generar condiciones para el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, fortaleciendo sus capacidades, y habilidades libre de violencia en el ejercicio de sus derechos fundamentales en igualdad de oportunidades con enfoque de inclusión social y género.

3.3. Objetivos Estratégicos, Resultados esperados, Indicadores y Metas objetivas.

Los objetivos estratégicos planteados generan los cambios que se desean lograr, los cuales se encuentran articulados a los objetivos del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA), al Plan Desarrollo Regional Concertado (PDRC al 2021), asimismo la alineación de los objetivos estratégicos están en concordancia con los cuatro pilares fundamentales como salud, educación, vulnerabilidad y violencia. En ese contexto, los objetivos estratégicos al 2021, en el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia Arequipa se estructura en la siguiente:

- i. Cuenta con cuatro (04) objetivos estratégicos Regionales:
 1. **OE1.** Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.
 2. **OE2.** Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.
 3. **OE3.** Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.
 4. **OE4.** Promover la protección integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.
- ii. Diecinueve (19) Resultados esperados, que señalan a los escenarios que se deberían arribar para la implementación del plan.
- iii. Veintitrés (24) Metas emblemáticas u objetivas para el logro de objetivos estratégicos regionales.

CUADRO Nº 20: Objetivos Estratégicos, Resultados esperados, Indicadores y metas objetivas al 2021.

Objetivos Estratégicos (04)	Resultados Esperados	Indicadores	Meta objetiva 2021
OE1. Promover condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.	R.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 a su cultura priorizando la reducción de brechas en poblaciones vulnerables.	Tasa de Mortalidad Neonatal 1/ de los 10 años anteriores a la encuesta (mil nacidos vivos).	M.1. Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 2 por mil nacidos vivos.
	R.2. Reducir la desnutrición de niños, niñas menores de 5 años con proyección a disminuir la anemia de niños, niñas menores de 3 años de la Región Arequipa con énfasis en población vulnerable.	Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad.	M.2. Disminuir al 3.1% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.
		Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%).	M.3. Disminuir al 18.3 % la Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%).
	R.3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con atención integral especializado hacia una adecuada estimulación temprana.	Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.	M.4. Se incrementa la proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad en 75.41%.
		Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0-2 años de edad.	M.5. Incrementar la tasa de cobertura total en educación inicial no escolarizada de 0 a 2 años de edad en 10.5%.
	R.4. Niñas y niños tienen asegurado el derecho a la vida, nombre y a su identidad, familia y el reconocimiento a su dignidad de manera oportuna.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que cuenta con DNI por distrito.	M.6. 100% de niñas y niños cuentan con DNI por distrito.

	R.5. Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna intercultural, bajo el enfoque de inclusión y género.	Tasa neta de matrícula, educación inicial (% de población con edades 3-5 años).	M.7. Universalizar el acceso a la Educación Inicial escolarizada de niñas y niños de 3 a 5 años, priorizando el ámbito rural y la atención a Necesidades
--	--	---	---

Elaboración: Equipo Técnico

Objetivos Estratégicos	Resultados Esperados (19)	Indicadores	Meta objetiva 2021
OE2. Promover condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.	R.6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y culminan una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia alcanzando logros de aprendizaje.	Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de comprensión de lectora.	M.8. Al 2021 logra un nivel de comprensión lectora y matemática, 90% y 75%, respectivamente.
		Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro en razonamiento matemático.	
		Porcentaje de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) que han concluido los módulos del año correspondiente de actualización en didáctica de áreas curriculares consideradas para matemática y comunicación en I1 y I2 del III, IV, V CICLO DE EBR.	M.9. El 45% de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) que han concluido los módulos de actualización en didáctica de áreas curriculares de matemática y comunicación del III, IV, V, CICLO DE EBR, deben ser asignadas a las áreas respectivas.
	R.7. Los niños y niñas de 6 a 11 años con NEE, cuentan con docentes, recursos materiales y equipamiento especializado para su atención adecuada.	Porcentaje de estudiantes de instituciones educativas públicas inclusivas apoyadas por el SAANEE que cuentan con los materiales específicos que necesitan para su participación y accesibilidad.	M.10. Al 2021 el 100 % de Instituciones educativas con NEE cuentan con materiales y recursos humanos especializados.
R.8. Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos	Porcentaje de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito Rural de 5 a 17	M.11. Erradicar el trabajo de niñas, niños y adolescentes en edades por debajo de la mínima.	

<p>OE3. Consolidar condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p>	<p>R.9. 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>Tasa de conclusión de educación secundaria en el grupo de 12 a 16 años de edad.</p>	<p>M.12. 96% las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con</p>
		<p>Porcentaje de estudiantes de 2do grado de secundaria en el nivel satisfactorio de comprensión lectora.</p>	<p>M.13. Al 2021 logra un nivel de comprensión lectora y matemática, 45.5% y 37.5%, respectivamente.</p>
		<p>Porcentaje de logro de aprendizaje en nivel satisfactorio de los estudiantes en el 2do grado de secundaria en razonamiento matemático.</p>	
	<p>R.10. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta</p>	<p>Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez.</p>	<p>M.14. Reducir en un 5% la incidencia de embarazo en adolescentes.</p>
	<p>R.11. Las y los adolescentes involucrados en acciones de conducta ilegal disminuyen.</p>	<p>Número de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.</p>	<p>M.15. Reducir en 200 el número de adolescentes que se encuentran involucrados en acciones de conducta ilegal.</p>
<p>R.12. Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.</p>	<p>Prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.</p>	<p>M.16. Se reduce en 1.5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.</p>	
<p>R.13. Niñas, niños y adolescentes protegidos ante situaciones de explotación sexual, trata (sexual, laboral y</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.</p>	<p>M.17. Se reduce al 10% de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.</p>	
<p>R.14. Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de toda forma de violencia (física, psicológica, sexual, laboral, económica).</p>	<p>Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>M.18. Se reduce el Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes, al 0.5%.</p>	

	<p>R.15. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.</p>	<p>Porcentaje de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, primaria (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE).</p>	<p>M.19. AL 2021 EL 45% de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, primaria (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE).</p>
	<p>R.16. Niñas, niños y adolescentes participan activamente de manera organizada en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.</p>	<p>Porcentaje de Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.</p>	<p>M.20. Niñas, niños y adolescentes participan en un 80% en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.</p>
	<p>R.17. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle hacen uso de programas y servicios que restituyen el ejercicio de sus</p>	<p>El porcentaje de NNA en situación de calle beneficiados/das por el SEFOED en formación educativa.</p>	<p>M.21. Al 2021 se incrementa en 60% de NNA en situación de calle atendidos por el SEFOED en formación educativa.</p>
	<p>R. 18. Niñas, niños y adolescentes cuentan con algún tipo de seguro en salud.</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con algún tipo de seguro en salud.</p>	<p>M.22. El 85% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud.</p>
		<p>Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuenta con acceso a los paquetes de atención integral de salud y aprobado con financiamiento.</p>	<p>M.23. Se incrementa la atención integral y diferenciada de niñas, niños y adolescentes en 45%.</p>
	<p>R.19. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.</p>	<p>Número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.</p>	<p>M.24. Se reduce en 35% el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.</p>

Elaboración: Equipo Técnico.

3.4. Acciones Estratégicas.

Las acciones estratégicas determinadas en el presente plan están definidas para cada uno de los objetivos estratégicos, así como las instituciones responsables de llevarlas a cabo.

CUADRO N° 21: Acciones Estratégicas.

Objetivo Estratégico (4)	Acciones Estratégicas (27)		Responsables	Involucrados
OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.	01	Fortalecer la atención y cuidado integral en la población infantil y madres gestantes.	GERSA, MIDIS, GRDIS GOBIERNOS LOCALES, MCLCP, ESSALUD	ONGS, PNP, INSTITUCIONES PRIVADAS, SOCIEDAD CIVIL.
	02	Fortalecer programas de nutrición y seguridad alimentaria integral a madres gestantes y población infantil.	GERSA, MIDIS, GRDIS GOBIERNOS LOCALES	ONGS, SOCIEDAD CIVIL, EMPRESAS PRIVADAS.
	03	Fortalecer la coordinación interinstitucional para la vigilancia de salud materna y neonatal.	GERSA, MIDIS, GRDIS, GOBIERNOS LOCALES	ONGS, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.
	04	Promover una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.	SECTOR EDUCACIÓN, GOBIERNOS LOCALES, GRDIS	ONGS, EMPRESAS PRIVADAS, SOCIEDAD CIVIL.
	05	Fortalecer el sistema de identificación, incidiendo en la entrega de DNI a los niños y niñas con certificación biométrica y digital.	RENIEC, GOBIERNOS LOCALES, GOBIERNO REGIONAL-GRDIS.	ONGS
	06	Focalizar intervenciones nutricionales en niños y niñas menores de 5 años, susceptibles y de vulnerabilidad nutricional.	GERSA, MIDIS, GRDIS	SOCIEDAD CIVIL, ONGS, EMPRESAS PRIVADAS
	07	Fortalecer capacidades en educación nutricional a las familias focalizadas para el cierre de brechas en Desnutrición Crónica y Anemia Infantil.	GRA-GRDIS, GRESA, MIDIS, GOBIERNOS LOCALES.	COLEGIOS PROFESIONALES, SOCIEDAD CIVIL, ONGS, EMPRESAS PRIVADAS
	08	Fortalecer programas de intervención temprana para niños y niñas con NEE.	SECTOR EDUCACIÓN, GRA-GRDIS, GOBIERNOS	ONGS, EMPRESAS PRIVADAS, COLEGIOS

			LOCALES, CONADIS	PROFESIONAL ES
	09	Fortalecer programas de acompañamiento pedagógico integral e inclusivo para niñas y niños en la región.	SECTOR EDUCACIÓN, GRA-GRDIS, GOBIERNOS LOCALES	ONGS, EMPRESAS PRIVADAS, COLEGIOS PROFESIONALES
	10	Promover y valorar la diversidad cultural de la población bajo el enfoque de inclusión social.	SECTOR EDUCACIÓN, GRA-GRDIS, GOBIERNOS LOCALES	ONGS
	11	Fortalecer programas vinculados al acceso de agua segura, viviendas saludables, promoción de la salud, cuidado y protección infantil.	GERSA, GREA, MIDIS, GRA-GDIS, GRA-GRVCS, GOBIERNOS LOCALES- SEDAPAR.	JASS, ONGS
	12	Fortalecer programas de promoción y comunicación educativa sobre la importancia en la prevención de anemia y sus consecuencias a nivel de desarrollo infantil temprano	GRA-GRDIS, GRESA, GREA, MIDIS, GOBIERNOS LOCALES, MINSA, GRESA	ONGS
OE2. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.	01	Promover una educación básica regular oportuna, intercultural, inclusiva, ambiental y libre de violencia.	SECTOR EDUCACIÓN, GRA-GRDIS, GOBIERNOS LOCALES	ONGS, LAS UNIVERSIDADES
	02	Promover, difundir acciones interinstitucionales de prevención al trabajo infantil.	SECTOR EDUCACIÓN, GRA-GDIS, MIDIS, GRT, GOBIERNOS LOCALES, GRTPE	ONGS, PNP
	03	Implementar programas que permitan el desarrollo integral de niño y niña con NEE.	EDUCACIÓN, GRA-GDIS, MIDIS, GRT, CONADIS	ONGS
OE3. Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	01	Promover acciones de difusión interinstitucional en prevención del consumo de drogas y alcoholismo en las instituciones educativas.	SECTOR EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES, GRA-GRDIS	ONGS, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
	02	Promover programas de Educación Sexual Integral para las y los adolescentes.	GERSA, GREA, MIDIS, GRA-GDIS, GOBIERNOS LOCALES	ONGS, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
	03	Fomentar competencias en investigación, emprendimiento, innovación, participación y ecoeficiencia ambiental para las y los adolescentes.	SECTOR EDUCACIÓN, GOBIERNOS LOCALES, GRA-GRDIS	ONGS
	01	Promover acciones integrales sobre transversalización y prevención de violencia familiar, abuso sexual y	GOBIERNO REGIONAL-PNP- MINISTERIO PUBLICO-	ONGS, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD

OE4. Promover la protección integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.		trata de niños, niñas y adolescentes, con enfoque de género e inclusión.	EDUCACIÓN-SALUD-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES DEMUNAS Y	CIVIL
	02	Implementar programas de prevención, información, comunicación y erradicación del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.	GOBIERNO REGIONAL-PNP-MINISTERIO PUBLICO-EDUCACIÓN-SALUD-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES DEMUNAS Y	ONGS
	03	Implementar programas de apoyo integral para las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y trata.	GOBIERNO REGIONAL-PNP-MINISTERIO PUBLICO-EDUCACIÓN-SALUD-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES DEMUNAS Y	ONGS, ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
	04	Promover mecanismos para la creación del registro unificado e interconectado de denuncias, procesos y sentencias de casos de violencias familiar, sexual, trata de personas y violencia basada en género, de niñas, niños y adolescentes.	GOBIERNO REGIONAL-PNP-MINISTERIO PUBLICO-EDUCACIÓN-SALUD-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES DEMUNAS Y	ONGS, PODER JUDICIAL
	05	Promover acciones integrales para niñas, niños y adolescentes en situación de abandono físico y moral, fortaleciendo vínculos con la familia, la escuela y la comunidad para la restitución de sus derechos.	GOBIERNO REGIONAL-PNP-MINISTERIO PUBLICO-EDUCACIÓN-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES DEMUNAS-PODER JUDICIAL Y	ONGS
	06	Implementar programas integrales especializados en atención y prevención oportuna de Bullying en las instituciones educativas de EBR, EBE, CEBAS	GOBIERNO REGIONAL, EDUCACIÓN, MIMP, MUNICIPIOS LOCALES	ONGS
	07	Promover las iniciativas a nivel local y regional para incorporar a las y los adolescentes en situación de conflicto con la ley, incluyéndolos en programas de emprendimiento, innovación cultural y deportiva.	GOBIERNO REGIONAL-GRDIS, PNP-MINISTERIO PUBLICO-EDUCACIÓN, SALUD-MIMP, MUNICIPIOS LOCALES	ONGS
	08	Focalizar a las familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad para que accedan a	GOBIERNO REGIONAL-GRDIS,	ONGS

		servicios especializados en educación integral.	EDUCACIÓN, MIMP, GOBIERNOS LOCALES	
	09	Generar espacios de participación en políticas públicas de niñas, niños y adolescentes.	GRA- GRDIS, GOBIERNOS LOCALES, JNE	SOCIENDAD CIVIL, ONGS

En el presente cuadro se establece la ruta estratégica para cada una de las acciones estratégicas con horizonte temporal 2017 al 2021 del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia.

CUADRO N° 22: Ruta Estratégica.

OBJETIVO ESTRATEGICO (4)	ACCIONES ESTRATEGICAS (28)		2017	2018	2019	2020	2021
OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.	01	Fortalecer la atención y cuidado integral en la población infantil y madres gestantes.	X	X	X	X	X
	02	Fortalecer programas de nutrición y seguridad alimentaria integral a madres gestantes y población infantil.		X	X	X	X
	03	Fortalecer la coordinación interinstitucional para la vigilancia de salud materna y neonatal.	X	X	X	X	X
	04	Promover una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.			X	X	X
	05	Fortalecer el sistema de identificación, incidiendo en la entrega de DNI a los niños y niñas con certificación biométrica y digital.	X	X	X	X	X
	06	Focalizar intervenciones nutricionales en niños y niñas menores de 5 años, susceptibles y de vulnerabilidad nutricional.	X	X	X	X	X
	07	Fortalecer capacidades en educación nutricional a las familias focalizadas para el cierre de brechas en Desnutrición Crónica y Anemia Infantil.	X	X	X	X	X
	08	Fortalecer programas de intervención temprana para niños y niñas con NEE.		X	X	X	X
	09	Fortalecer programas de acompañamiento pedagógico integral e inclusivo para niñas y niños en la región.	X	X	X	X	X
	10	Promover y valorara la diversidad cultural de la población bajo el enfoque de inclusión social.	X	X	X	X	

	11	Fortalecer programas vinculados al acceso de agua segura, viviendas saludables, promoción de la salud, cuidado y protección infantil.	X	X	X	X	X
	12	Fortalecer programas de promoción y comunicación educativa sobre la importancia en la prevención de anemia y su consecuencias a nivel de desarrollo infantil temprano	X	X	X	X	X
OE2. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.	01	Promover una educación básica regular oportuna, intercultural, inclusiva, ambiental y libre de violencia.	X	X	X	X	X
	02	Promover, difundir acciones interinstitucionales de prevención al trabajo infantil.	X	X	X	X	X
	03	Implementar programas que permitan el desarrollo integral de niño y niña con NEE.	X	X	X	X	X
OE3. Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	01	Promover acciones de difusión interinstitucional en prevención del consumo de drogas y alcoholismo en las instituciones educativas.		X	X	X	
	02	Promover programas de Educación Sexual Integral para las y los adolescentes.	X	X	X	X	X
	03	Fomentar competencias en investigación, emprendimiento, innovación, participación y ecoeficiencia ambiental para las y los adolescentes.	X	X	X	X	X
OE4. Promover la protección integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.	01	Promover acciones integrales sobre transversalización y prevención de violencia familiar, abuso sexual y trata de niños, niñas y adolescentes, con enfoque de género e inclusión.	X	X	X	X	X
	02	Implementar programas de prevención, información, comunicación y erradicación del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.	X	X	X	X	X
	03	Implementar programas de apoyo integral para las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y trata.	X	X	X	X	X
	04	Promover mecanismos para la creación del registro unificado e interconectado de denuncias, procesos y sentencias de casos de violencias familiar, sexual, trata de personas y violencia basada en género, de niñas, niños y adolescentes.	X	X	X	X	X

05	Promover acciones integrales para niñas, niños y adolescentes en situación de abandono físico y moral, fortaleciendo vínculos con la familia, la escuela y la comunidad para la restitución de sus derechos.	X	X	X	X	X
06	Implementar programas integrales especializados en atención y prevención oportuna de Bullying en las instituciones educativas de EBR, EBE, CEBAS	X	X	X	X	X
07	Promover las iniciativas a nivel local y regional para incorporar a las y los adolescentes en situación de conflicto con la ley, incluyéndolos en programas de emprendimiento, innovación cultural y deportiva.	X	X	X	X	X
08	Focalizar a las familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad para que accedan a servicios especializados en educación integral.	X	X	X	X	X
09	Generar espacios de participación en políticas públicas de niñas, niños y adolescentes.	X	X	X	X	X

Elaboración: Equipo Técnico

3.6. Matriz de Articulación Estratégica.

1. *Resultado esperado, indicadores de impacto, meta al 2021, instancia responsable y medios de verificación.*

Objetivo Estratégico - PNAIA	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.											
Objetivo PDRC al 2021.	Mejorar los servicios de salud para la población.											
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.											
Acciones Estratégicas	AE1.1. Fortalecer la atención y cuidado integral en la población infantil y madres gestantes.											
	AE1.2. Fortalecer programas de nutrición y seguridad alimentaria integral a madres gestantes y población infantil.											
	AE1.3. Fortalecer la coordinación interinstitucional para la vigilancia de salud materna y neonatal.											
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
R.1. Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la	1.1. Razón de la mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos.	56.4	2015	Reducir la tasa de mortalidad materna al 45 por 100 mil nacidos vivos.	53	51	49	47	45	45		GERSA, MIDIS/E NDES-INEI

gestación, el parto y el período neonatal, con respeto a su cultura priorizando la reducción de brechas en poblaciones vulnerables.	1.2. Porcentaje de mujeres con partos institucionales y afiliados al SIS, que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.	22 %	2016	Incrementar al 44% de mujeres con partos institucionales y afiliados al SIS, que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares.	24%	27%	31%	36%	44%	44%	GERSA, GREA, MIDIS, GRA-GRDIS, GOBIERNOS LOCALES, MCLCP, ESSALUD
	1.3. Tasa de Mortalidad Neonatal 1/ de los 10 años anteriores a la encuesta (mil nacidos vivos).	10.4	2014	Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 2 por mil nacidos vivos.	9.5	8.7	4.5	3.3	2	2	

Objetivo Estratégico - PNAIA 2021	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.											
Objetivo PDRC al 2021	Mejorar los servicios de salud para la población.											
Objetivo Estratégico – PRAIA al 2021	OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.											
Acciones Estratégicas	AE1.4. Focalizar intervenciones nutricionales en niños y niñas menores de 5 años, susceptibles y de vulnerabilidad nutricional.											
	AE1.5. Fortalecer capacidades en educación nutricional a las familias focalizadas para el cierre de brechas en Desnutrición Crónica y Anemia Infantil.											
	AE1.6. Fortalecer programas vinculados al acceso de agua segura, viviendas saludables, promoción de la salud, cuidado y protección infantil.											
	AE1.7. Fortalecer programas de promoción y comunicación educativa sobre la importancia en la prevención de anemia y sus consecuencias a nivel de desarrollo infantil temprano.											
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
	2.1.Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad(Patrón OMS)	7.5%	2015	Disminuir al 3.1% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.	6.8%	6.0%	5.1%	4.2%	3.1%	3.1%		INEI, ENDES /REPORTES

R.2.Reducir la desnutrición de niños, niñas menores de 5 años con proyección a disminuir la anemia de niños, niñas menores de 3 años de la Región Arequipa con énfasis en población vulnerable.	2.2. Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%)	42 %	2015	Disminuir al 18.3 % la Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%).	36.6 %	32.1 %	27.5 %	23.0 %	18.3 %	18.3 %	GRA-GRDIS, GERSA, GREA MIDIS, GOBIERNO S LOCALES GRVCS, COLEGIOS PROFESIONALES.
	2.3. Proporción de niños y niñas menores de 24 meses que no reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multinutrientes y CUI.	73%	2015	Reducir la proporción de niños y niñas menores de 24 meses que no reciben el paquete completo de productos claves, al 32%.	63%	53%	48%	40%	32%	32%	
	2.4. Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos.	14	2015	Reducir la tasa de mortalidad infantil a 10 por 100 mil nacidos vivos.	13.5	13	12	11	10	10	
	2.5. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.	75,1%	2015	95.5% de niños y niñas menores de 36 meses de edad con vacunas completas para su edad.	78,6%	83.5%	85.5%	90.5%	95.5%	95.5%	

	2.6. Proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad que NO acceden a agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua de consumo ≥ 0.5 mg/l).	67%	2016	Disminuir la proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad que NO acceden a agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua de consumo ≥ 0.5 mg/l) al 30%.	59%	52%	45%	37%	30%	30%		
--	--	-----	------	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--	--

Objetivo Estratégico - PNAIA	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.
Objetivo PDRC al 2021	OET1. Mejorar los servicios de salud para la población. OET2. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.
Objetivo Estratégico – PRAIA al 2021	0E.1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.
Acciones Estratégicas	AE1.8. Promover una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.
	AE1.9. Fortalecer el sistema de identificación, incidiendo en la entrega del DNI a los niños, niñas con certificación biométrica y digital.
	AE1.10. Fortalecer programas de acompañamiento pedagógico integral para niñas y niños en la región.
	AE1.11. Promover y valorar la diversidad intercultural de la población bajo el enfoque de inclusión social.
	AE1.12. Fortalecer programas de intervención temprana para niños y niñas con NEE.

Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
R.3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con atención integral especializado hacia una adecuada estimulación temprana.	3.1. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.	53.5%	2015	Se incrementa la proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad al 75.41%.	60.93%	64.55%	68.17%	71.79%	75.41%	75.41%	GRA-GRDIS, GERSA, GREA MIDIS, GOBIERNOS LOCALES	REPORTES /ENDES-ENAH0
	3.2. Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0-2 años de edad.	7.6%	2015	Se incrementa la tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0-2 años de edad al 10.5%.	7.5%	7.9%	8.1%	8.7%	9.1%	10.5%	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL,	MINEDU-ESCALE

R.4. Niñas y niños tienen asegurado el derecho a la vida, nombre y a su identidad, familia y el reconocimiento a su dignidad de manera oportuna.	4.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que cuenta con DNI por distrito.	97%	2014	100% de niñas, niños y adolescentes cuenta con DNI por distrito.	98.1%	98.9%	99.5%	99.8%	100%	100%	RENIEC GOBIERNOS LOCALES.	RENIEC GOBIERNOS LOCALES
R.5. Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna intercultural, bajo el enfoque de inclusión y género.	5.1. Tasa neta de matrícula, educación inicial (% de población con edades 3-5 años).	86.6 %	2015	100 % de niños, niñas de 3-5 años de edad se encuentran matriculados en educación inicial al 2021.	88%	89%	91%	95%	100%	100%	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL, INSTITUCIONES EDUCATIVAS, APAFA.	MINEDU-ESCALE

Objetivo Estratégico - PNAIA 2021.	Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.											
Objetivo PDRC - 2021.	OET. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.											
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE2. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.											
Acciones Estratégicas – PRAIA	A.E.2.1. Promover una educación básica regular oportuna, intercultural, inclusiva, ambiental y libre de violencia.											
	AE2.2. Implementar programas que permitan el desarrollo integral de niño y niña con NEE.											
	AE2.3. Promover, difundir acciones interinstitucionales de prevención al trabajo infantil.											
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
R.6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y culminan una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia alcanzando logros de aprendizaje.	6.1. Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de comprensión de lectora.	59%	2016	El 90% de niñas y niños alcanzan suficiencia en el logro de comprensión de lectora.	68%	75%	80%	85%	90%	90%	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL, INSTITUCIONES	REPORTES , ESCALE, MINEDU-INEI.
	6.2. Tasa de conclusión de educación primaria en el grupo de 6 a 11 años de edad.	89.4%	2015	El 99% de niñas, niños de 6 a 11 años de edad concluyen educación primaria	90%	93%	96%	98%	99%	99%		

				por área urbana y rural.								EDUCATIVAS , APAFA	
	6.3. Porcentaje de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) que han concluido los módulos del año correspondiente de actualización en didáctica de áreas curriculares consideradas para matemática y comunicación en I1 y I2 del III, IV, V CICLO DE EBR.	N.D	2016	El 45% de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) han concluido los módulos del año correspondiente de actualización en didáctica de áreas curriculares consideradas para matemática y comunicación en I1 y I2 del III, IV, V CICLO DE EBR.	10%	20%	30%	38%	45%	45%			REPORTES , ESCALE, MINEDU-INEI, MIMP
	6.4. Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro en razonamiento matemático.	38%	2016	El 75% de niñas y niños alcanzan suficiencia en el logro en razonamiento matemático.	40%	45%	55%	68%	75%	75%			
R.7. Los niños y niñas de 6 a 11 con NEE, cuentan con docentes, recursos materiales y equipamiento	7.1. Porcentaje de estudiantes de instituciones educativas públicas inclusivas apoyadas por el SAANEE que	N.D	2016	El % Porcentaje de estudiantes de instituciones educativas públicas inclusivas apoyadas por el SAANEE que	30%	45%	65%	70%	100%	100%			

especializado para su atención adecuada.	cuentan con los materiales específicos que necesitan para su participación y accesibilidad.			cuentan con los materiales específicos que necesitan para su participación y accesibilidad.									
R.8. Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.	8.1. Porcentaje de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito Rural de 5 a 17 años).	16.8%	2015	Reducir al 9.8% de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito Rural de 5 a 17 años).	15%	13.5%	12%	10.5%	9.8%	9.8%	GRT-GRA, GOBIERNOS LOCALES MINISTERIO PÚBLICO-PODER JUDICIAL-MIMP (YACHAY, INABIF	GRTPE - OBSERVATORIO SOCIOECONÓMICO LABORAL (OSEL) AREQUIPA. INEI-ENAHO	
	8.2. Porcentaje de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito urbano de 5 a 17 años).	6.2%	2015	Reducir al 2% de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito urbano de 5 a 17 años).	5%	4%	4.5%	3%	2%	2%			

Objetivo Estratégico – PNAIA-2021	Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.
Objetivo PDRC- 2021	OET. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.
	OET. Mejorar las condiciones de vida de la población.
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE3.1. Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.
Acciones Estratégicas PRAIA	AE3.1. Promover acciones de difusión interinstitucional en prevención del consumo de drogas y alcoholismo en las instituciones educativas.

AE3.2. Promover programas de Educación Sexual Integral para las y los adolescentes.												
AE3.3. Fomentar competencias en investigación, emprendimiento, innovación, participación y ecoeficiencia ambiental para las y los adolescentes.												
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
R.9. 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.	9.1. Tasa neta de matrícula escolar de la población de 12 a 16 años de edad	88.9 %	2015	Incremento de la tasa neta de matrícula escolar de la población de 12 a 16 años de edad al 95%.	90 %	91 %	92 %	93 %	95 %	95%	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL, INSTITUCIONES EDUCATIVAS, APAFA-UNIVERSIDADES.	ESCALE
	9.2. Porcentaje de estudiantes de 2do de secundaria en el nivel satisfactorio de comprensión lectora	25.4 %	2016	El 45.5% de estudiantes de 2do de secundaria en el nivel satisfactorio de comprensión lectora.	26.7%	36.7%	39.1%	42.3%	45.5 %	45.5 %		
	9.3. Porcentaje de logro de aprendizaje en nivel satisfactorio de los estudiantes en el 2do grado de secundaria en	22.8 %	2016	El 37.5% de estudiantes de 2do de secundaria en el nivel satisfactorio de razonamiento matemático.	22.9%	24.6%	28 %	31.5%	37.5 %	37.5 %		

	razonamiento matemático.												
	9.4. Tasa de conclusión de educación secundaria en el grupo de 12 a 16 años de edad.	88.9 %	2015	El 96% de adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.	89.9%	92 %	93 %	94.5%	96 %	96%			
R.10. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.	10.1. Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez	7.50 %	2015	Reducir en un 5% el embarazo adolescente.	6.5 %	6.1 %	6.0%	5.5 %	5.0%	5.0%	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP.	DEFENSORÍA DEL PUEBLO, ENDES.	
R.11. Las y los adolescentes involucrados en acciones de conducta ilegal disminuyen.	11.1. Número de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.	302	2015	Reducir en 200 el número de adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal.	280	265	235	215	200	200			

R.12. Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.	12.1. Prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.	3.70 %	2012	Se reduce al 1.5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.	3.5 %	3%	2.8 %	2.5 %	1.5 %	1.5%		
--	---	--------	------	--	-------	----	-------	-------	-------	------	--	--

Objetivo Estratégico - PNAIA 2021	Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.
Objetivo Estratégico PDRC -2021	OET. Mejorar las condiciones de vida de la población.
Objetivo Estratégico – PRAIA -. 2021	OE4.1. Promover la protección integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.
Acciones Estratégicas –PRAIA.	AE4.1. Promover acciones integrales sobre transversalización de prevención de la violencia familiar, abuso sexual y Trata de niños, niñas y adolescentes, con enfoque de género.
	AE4.2. Implementar programas de prevención, información, comunicación y erradicación del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.
	AE4.3. Implementar programas de apoyo integral para las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y trata.
	AE4.4. Promover mecanismos para la creación del registro unificado e interconectado de denuncias, procesos y sentencias de casos de violencias familiar, sexual, trata de personas y violencia basada en género, de niñas, niños y adolescentes.
	AE4.5. Promover acciones integrales para niñas, niños y adolescentes en situación de abandono físico y moral, fortaleciendo vínculos con la familia, la escuela y la comunidad para la restitución de sus derechos.
	AE4.6. Implementar programas integrales especializados en atención y prevención oportuna de Bullying en las instituciones educativas de EBR, EBE, CEBAS.

AE4.7. Promover las iniciativas a nivel local y regional para incorporar a las y los adolescentes en situación de conflicto con la ley, incluyéndolos en programas de emprendimiento, innovación cultural y deportiva.

AE4.8. Focalizar a las familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad para que accedan a servicios especializados en educación integral.

AE4.9. Generar espacios de participación en políticas públicas en las niñas, niños y adolescentes.

Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta al 2021	METAS					Total	Instancia responsable	Medios de verificación
		Valor	Año		2017	2018	2019	2020	2021			
		R.13. Niñas, niños y adolescentes protegidos ante situaciones de explotación sexual, trata (sexual, laboral y mendicidad).	13.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual		22%	2015	Se reduce al 10% de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.	19%	17%			
R.14. Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de toda	14.1. Número de denuncias penales por delitos tipificados como trata de	88	2015	Disminuir los números de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual,	84	80	75	55	45	45	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP,	MIMP GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO

forma de violencia (física, psicológica, sexual, laboral, económica).	personas con un proceso judicial.			trata de personas con proceso judicial en 45.								GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP	
	14.2.Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes.	0.90 %	2015	Reducir el Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes, al 0.5%.	0.85 %	0.78.5%	0.65%	0.55%	0.50 %	0.50 %			
R.15. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.	15.1.Porcentaje de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, primaria (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE)	18.6 %	2016	AL 2021 el 45% de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, primaria (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE).	25%	30%	35%	40%	45%	45%		GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP, HIS.
R.16. Niñas, niños y adolescentes participan activamente de manera organizada en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan	16.1. Porcentaje de Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.	N.D	2016	Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan al 80%.	55%	65%	70%	75%	80%	80%		GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP	
R.17. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle hacen uso de	17.1. El porcentaje de NNA en situación de calle beneficiados/das por	25.9 %	2016	Al 2021 se incrementa en 60% de NNA en situación de calle atendidos por el	30%	35%	44.4%	52.6%	60%	60%			

programas y servicios que restituyen el ejercicio de sus derechos.	el SEFOED en formación educativa.			SEFOED en formación educativa.									
R.18. Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con algún tipo de seguro en salud.	18.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con algún tipo de seguro en salud.	39.6 %	2015	El 85% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud.	40%	55%	65%	80%	85%	85%	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP, HIS	
	18.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuenta con acceso a los paquetes de atención integral de salud y aprobado con financiamiento.	18.7 %	2015	Incrementar la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes en 45%.	22%	25%	30%	35%	45%	45%			
R.19. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.	19.1. Número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.	N.D	2016	Reducción del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar en 35%.	10%	15%	25%	30%	35%	35%			

IV. Matriz de Planificación Operativa.



MATRIZ DE PLANIFICACIÓN OPERATIVA.

a) *Resultado esperado, indicadores de impacto, meta emblemática u objetiva al 2021, actividades de implementación, instancia responsable.*

Objetivo Estratégico - PNAIA	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.					
Objetivo PDRC al 2021.	Mejorar los servicios de salud para la población.					
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.					
Acciones Estratégicas	AE1.1. Fortalecer la atención y cuidado integral en la población infantil y madres gestantes.					
	AE1.2. Fortalecer programas de nutrición y seguridad alimentaria integral a madres gestantes y población infantil.					
	AE1.3. Fortalecer la coordinación interinstitucional para la vigilancia de salud materna y neonatal.					
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta objetiva al 2021	Actividad y/o Programas Estratégicos (*)	Instancia responsable
		Valor	Año			
R.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 a su cultura priorizando la reducción de brechas en	1.1. Razón de la mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos	56.4	2015	M.1.Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 2 por mil nacidos vivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación centros de vigilancia de control maternal permanente. • 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. • Brindar atención integral con complicaciones. • Desarrollar un plan de coordinación interinstitucional para el fortalecimiento de atención oportuna a las madres gestantes. 	GRA- GRDIS, GERSA, GREA MIDIS, GOBIERNOS LOCALES, COLEGIOS PROFESIONALES.
	1.2. Porcentaje de mujeres con parto institucional y afiliadas al SIS, que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4	22 %	2016			

poblaciones vulnerables.	atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.				
	1.3.Tasa de mortalidad neonatal por cada mil nacidos vivos	10.4	2015		<ul style="list-style-type: none"> ● Acciones de información educacional orientadas a la creación de conciencia ciudadana sobre la importancia de las etapas de gestación, parto y periodo prenatal. ● Atención integral al recién nacido con complicaciones. ● Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la salud materno neonatal. ● Incorporación de hogares y mantenimiento del padrón de hogares usuarios en situación de pobreza. ● Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza. ● Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a la emergencia y urgencias individuales y masivas.

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL
- ii. 0002 PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL.
- iii. 0131 PROGRAMA EN SALUD MENTAL.

- iv. 0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS.
- v. 0049 PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MAS POBRES

Objetivo Estratégico - PNAIA	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.					
Objetivo PDRC	Mejorar los servicios de salud para la población.					
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.					
Acciones Estratégicas	AE1.4. Focalizar intervenciones nutricionales en niños y niñas menores de 5 años, susceptibles y de vulnerabilidad nutricional.					
	AE1.5. Fortalecer capacidades en educación nutricional a las familias focalizadas para el cierre de brechas en Desnutrición Crónica y Anemia Infantil.					
	AE1.6. Fortalecer programas vinculados al acceso de agua segura, viviendas saludables, promoción de la salud, cuidado y protección infantil.					
	AE1.7. Implementar programas con enfoque territorial de seguimiento y faradización en las familias focalizadas con niños de 6 a 36 meses bajo enfoque inclusivo.					
	AE1.8. Fortalecer programas de promoción y comunicación educativa sobre la importancia en la prevención de anemia y sus consecuencias a nivel de desarrollo infantil temprano.					
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta Objetiva al 2021	Actividad y/o Programas Estratégicos (*)	Instancia responsable
		Valor	Año			
R.2. Reducir la desnutrición de niños,	2.1. Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad.	7.5 %	2015	M.2. Disminuir al 3.1% la desnutrición crónica en niñas y niños	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa articulado nutricional. • Intervenciones de comunicación para el cuidado infantil y prevención de anemia y desnutrición crónica infantil. • Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano. 	

niñas menores de 5 años con proyección a disminuir la anemia de niños, niñas menores de 3 años de la Región Arequipa con énfasis en población vulnerable.	2.2. Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%)	42 %	20 15	menores de 5 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Instituciones educativas saludables promueven acciones para el cuidado infantil y la adecuada alimentación. • Familias con niño/as menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables. • Municipios saludables promueven acciones de cuidado infantil y la adecuada alimentación. • Familias con niño/as menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables. • Aplicación de vacunas completas. • Administrar suplemento de hierro y vitamina A. • Capacitación a los docentes de las instituciones educativas estatales priorizadas para promover el cuidado infantil. • Consejería y sesiones educativas y/o demostrativas para promover practicas (comportamientos saludables: hábitos y conductas saludables) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables. • Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses. • Atención a niños con crecimiento y desarrollo - CRED completo para su edad. • Capacitación en gestión para gobiernos locales y operadores. • Seguimiento y evaluación de la prestación del servicio de agua y saneamiento. • Capacitación a hogares rurales en educación sanitaria. • Asistencia técnica para la gestión y vigilancia comunitaria. • Atención integral durante el cuidado diurno. • Acondicionamiento y equipamiento de locales para el cuidado diurno. • Atender a niños con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas con complicaciones. • Atender a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda complicada. • Brindar atención a otras enfermedades prevalentes. 	GRA- GRDIS, GERSA, GREA MIDIS, GOBIERNOS LOCALES GVCYS, COLEGIOS PROFESIONALES.
	2.3. Proporción de niños y niñas menores de 24 meses que no reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multinutrientes y CUI.	73%	20 15	M.3. Disminuir al 18.3 % la Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%).		
	2.4. Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos.	14	20 15			
	2.5. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.	75,1 %	20 15			
	2.6. Proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad que NO acceden a agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua de consumo ≥ 0.5 mg/l)	67%	20 16			

					<ul style="list-style-type: none"> • Atender a niños y niñas con diagnóstico de parasitosis intestinal. • Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a la emergencia y urgencias individuales y masivas. 	
--	--	--	--	--	--	--

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL.
- ii. 0002 PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL.
- iii. 0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS.
- iv. 0083 PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMIENTO RURAL
- v. 0098 CUNA MAS

Objetivo Estratégico - PNAIA	Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.					
Objetivo PDRC	OET1. Mejorar los servicios de salud para la población.					
	OET2. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.					
Objetivo Estratégico – PRAIA	0E.1. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.					
Acciones Estratégicas	AE1.9. Promover una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.					
	AE1.10. Fortalecer el sistema de identificación, incidiendo en la entrega del DNI a los niños, niñas con certificación biométrica y digital.					
	AE1.11. Fortalecer programas de acompañamiento pedagógico integral para niñas y niños en la región.					
	AE1.12. Promover y valorar la diversidad intercultural de la población bajo el enfoque de inclusión social.					
	AE1.13. Fortalecer programas de intervención temprana para niños y niñas con NEE.					
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta Objetiva al 2021	Actividad y/o Programas Estratégicos (*)	Instancia responsable
		Valor	Año			
R.3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con atención integral especializado hacia una adecuada estimulación temprana.	3.1. Proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad.	53.5%	2015	M.4. Se incrementa la proporción de menores de 36 meses con CRED completo para su edad al 75%.	<ul style="list-style-type: none"> Atención oportuna a niños con crecimiento y desarrollo - CRED completo para su edad. 	GRA- GRDIS, GERSA, GREA MIDIS, GOBIERNOS LOCALES

	3.2. Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0-2 años de edad.	7.6%	2015	M.5. Incrementar la tasa de cobertura total en educación inicial no escolarizada de 0 a 2 años de edad en 10.5%.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar Talleres Regionales de capacitación diferenciada para las maestras del I Ciclo y II Ciclo de educación inicial. • Implementar los Centros de Recursos del nivel Inicial con Infraestructura, mobiliario, equipos, para cumplir con su objetivo de apoyo y acompañamiento a las IIEE del nivel Inicial. • Fortalecer las capacidades pedagógicas mediante la firma de convenios con Universidades Nacionales para cursos, diplomados, pasantías. • Priorizar y Lograr el empoderamiento del enfoque del Nivel Inicial en las Comunidad a nivel Intersectorial involucrando a todos los agentes educativos. • Implementar el Programa de fortalecimiento a los docentes del Ciclo I y Ciclo II en sus dos modalidades. • Lograr que los municipios cuenten con el Padrón Nominal de niños y niñas menores de 6 años para garantizar la atención y cobertura de los niños y niñas. • Garantizar que las IIEE del novel cuenten con infraestructura y condiciones favorables para la atención de niños y niñas con discapacidad. • Lograr que las Instituciones de Formación Magisterial formen docentes con habilidades de dominio de otra lengua (quechua, otra), para trabajar en IIEE Interbilingues. • Desarrollar un Plan de coordinación entre el sector salud y educación para la atención integral de los niños y niñas. 	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL. GOBIERNOS LOCALES.
R.4. Niñas y niños tienen asegurado el derecho a la vida, nombre y a su identidad, familia y el reconocimiento a su dignidad de manera oportuna.	4.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que cuenta con DNI por distrito.	97%	2014	M.6. 100% de niñas, niños y adolescentes cuenta con DNI por distrito.		
R.5. Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna intercultural, bajo el enfoque de inclusión y género.	5.1. Tasa neta de matrícula, educación inicial (% de población con edades 3-5años).	86.6 %	2015	M. 7. Universalizar el acceso a la Educación Inicial escolarizada de niñas y niños de 3 a 5 años, priorizando el ámbito rural y la atención a Necesidades Educativas Especiales.		

					<ul style="list-style-type: none"> • Eventos de fortalecimiento de desempeño de Docente del II Ciclo EBR. • Fortalecer la promoción de servicios educativos del segundo ciclo de EBR (salud, alimentación, infraestructura, saneamiento). • Formular un proyecto para que las Instituciones Privadas prioricen la atención de la primera infancia desarrollando programas de OBRAS POR IMPUESTOS: capacitaciones, implementaciones, reconocimientos, etc. • Implementar a nivel de IIEE programas de integración familiar con la finalidad de valorar la labor educativa de las docentes en el sistema estatal. • Supervisión y monitoreo de la provisión del servicio alimentario. • Asistencia técnica para el incremento de cobertura en educación inicial. • Proceso de emisión del DNI de la población de 0 - 3 años. 	
--	--	--	--	--	---	--

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL.
- ii. 0115 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION ESCOLAR
- iii. 0106 INCLUSION DE NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD EN LA EDUCACION BASICA Y TECNICO PRODUCTIVA.
- iv. 0091 INCREMENTO EN EL ACCESO DE LA POBLACION DE 3 A 16 AÑOS A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS PUBLICOS DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- v. 0079 ACCESO DE LA POBLACION A LA IDENTIDAD.

Objetivo Estratégico - PNAIA 2021.	Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.					
Objetivo PDRC - 2021.	OE. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.					
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE2. Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.					
Acciones Estratégicas – PRAIA	A.E.2.1. Promover una educación básica regular oportuna, intercultural, inclusiva, ambiental y libre de violencia.					
	AE2.2. Implementar programas que permitan el desarrollo integral de niño y niña con NEE.					
	AE2.3. Promover, difundir acciones interinstitucionales de prevención al trabajo infantil.					
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta Objetiva al 2021	Actividad y/o Programas Estratégicos (*)	Instancia responsable
		Valor	Año			
R.6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y culminan una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de	6.1. Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de comprensión de lectora.	65.2 %	2015	M.8. Al 2021 un nivel comprensión lectora y matemática, 90% y 75%, respectivamente.	<ul style="list-style-type: none"> Plan Regional de mejora a la Educación Pública y privada para la formación integral de niños y adolescentes. Georreferenciación de IIEE con Educación Inclusiva. Ordenanza Municipal que formaliza grupos de adolescentes en su Distrito. Proyecto integral de mejora de los aprendizajes de estudiantes de educación primaria en matemática, comunicación, 	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL, INSTITUCIONES

violencia alcanzando logros de aprendizaje.	6.2. Tasa de conclusión de educación primaria en el grupo de 6 a 11 años de edad.	89.4 %	2015		<p>formación personal para la mejora de la educación Regional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto integral de formación personal y lúdica de niños y niñas en sus tiempos libres, con apoyo de estudiantes de formación magisterial. • Implementar talleres y clubes deportivos, culturales y de afianzamiento del proceso pedagógico, con participación presupuestal de los municipios e instituciones privadas. (Bonificación al maestro). • Coordinar permanentemente con los SANE, para recopilar información de la cantidad de niños y niñas atendidos por el SANE. Cruzar información con el SIAGIE sobre cuántos alumnos hay con discapacidad. • Cruzar información con el SIAGIE sobre cuántos alumnos hay con discapacidad. • Investigación y promoción de la formación integral de niños y niñas de zonas rurales andinas, para la mejora de su formación personal y fortalecimiento de sus aprendizajes. • Formulación de un diseño curricular para EIB dirigido a zonas rurales y andinas para la mejora de sus aprendizajes y desarrollo de las comunidades. • Implementar un censo que permita saber la cantidad de niños con discapacidad 	EDUCATIVAS, APAFA GOBIERNOS LOCALES.
	6.3. Porcentaje de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) que han concluido los módulos del año correspondiente de actualización en didáctica de áreas curriculares consideradas para matemática y comunicación en I1 y I2 del III, IV, V CICLO DE EBR.	N.D	2016	M.9. El 45% de docentes de educación intercultural bilingüe (EIB) que han concluido los módulos del año correspondiente de actualización en didáctica de áreas curriculares consideradas para matemática y comunicación en I1 y I2 del III, IV, V CICLO DE EBR.		
	6.4. Porcentaje de instituciones inclusivas de educación básica regular y básica alternativa pública que cuentan con material educativo, equipamiento o mobiliario adaptado (acondicionamiento) y/o específico.	N.D	2016			
	6.5. Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro en razonamiento matemático.	31.80 %	2015			

<p>R.7. Los niños y niñas de 6 a 11 con NEE, cuentan con docentes, recursos materiales y equipamiento especializado para su atención adecuada</p>	<p>7.1. Porcentaje de Instituciones educativas con NEE cuentan con materiales y recursos humanos especializados.</p>	<p>N.D</p>	<p>2016</p>	<p>M.10. Al 2021 el 100 % de Instituciones educativas con NEE cuentan con materiales y recursos humanos especializados.</p>	<p>que se encuentran incluidos en las IIEE públicas y privadas de la EBR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el Proceso de Reasignación docente al proceso de contrato y/o nombramiento. • Formular un diseño de investigación para el fortalecimiento y mejora del aprendizaje de matemática y comunicación. • Implementación de un centro de investigación con y producción de material para fortalecer la gestión pública y el fortalecimiento del desempeño profesional docente. • Contratación oportuna y pago del personal docente y promotoras de las instituciones educativas de educación básica regular. • Mantenimiento y operación de locales escolares de instituciones educativas de educación básica regular con condiciones adecuadas para su funcionamiento. • Especialización al formador y acompañante para instituciones educativas de educación intercultural bilingüe. • Refuerzo escolar a estudiantes y docentes de instituciones educativas de educación básica regular. 	
---	--	------------	-------------	---	--	--

R.8. Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.	8.1. Porcentaje de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito Rural de 5 a 17 años).	16.8 %	2015	M.11. Erradicar el trabajo de niñas, niños y adolescentes con edades por debajo de la mínima.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de campañas de sensibilización para erradicar el trabajo infantil. • Promover y fortalecer la labor coordinada interinstitucional para erradicar el trabajo infantil. • Realizar las coordinaciones con la sociedad civil y las empresas privadas para generar condiciones adecuadas del trabajo de los adolescentes. • Operadores garantizan a niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono el acceso al servicio de protección y cuidado. • Intervención lúdica para el fortalecimiento de habilidades de niñas, niños y adolescentes en riesgo de desprotección. 	GERENCIA REGIONAL DE TRABAJO-GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA, GOBIERNOS LOCALES. MINISTERIO PÚBLICO-PODER JUDICIAL-MIMP (YACHAY, INABIF
	8.2. Porcentaje de niñas y niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima, en el ámbito urbano de 5 a 17 años).	6.2%	2015			

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0115 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION ESCOLAR.
- ii. 0106 INCLUSION DE NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD EN LA EDUCACION BASICA Y TECNICO PRODUCTIVA.
- iii. 0091 INCREMENTO EN EL ACCESO DE LA POBLACION DE 3 A 16 AÑOS A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS PUBLICOS DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- iv. 0090 LOGROS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- v. 0117 ATENCION OPORTUNA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PRESUNTO ESTADO DE ABANDONO.

Objetivo Estratégico – PNAIA-2021	Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.					
Objetivo PDRC- 2021	OE. Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.					
	OE. Mejorar las condiciones de vida de la población.					
Objetivo Estratégico – PRAIA	OE3.1. Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.					
Acciones Estratégicas PRAIA	AE3.1. Promover acciones de difusión interinstitucional en prevención del consumo de drogas y alcoholismo en las instituciones educativas.					
	AE3.2. Promover programas de Educación Sexual Integral para las y los adolescentes.					
	AE3.3. Fomentar competencias en investigación, emprendimiento, innovación, participación y ecoeficiencia ambiental para las y los adolescentes.					
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador		Meta objetiva al 2021	Actividades y /o programas estratégicos (*)	Instancia responsable
		Valor	Año			
R.9. 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.	9.1. Tasa neta de matrícula escolar de la población de 12 a 16 años de edad	88.9%	2015	M.12. 96% las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar un proceso de matrícula virtual y presencial, garantizando la presencia de los padres y/o tutores. Implementar un Fórum Regional sobre Logros y Aprendizajes. Implementación de Talleres y Clubes con apoyo de estudiantes de formación Inicial docente de Institutos Superiores Pedagógico y Universidades. Lograr que los municipios cuenten con el Padrón Nominal de los y las adolescentes, para ser incorporados al CCONA. 	SECTOR EDUCACIÓN, GRA, DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN, UNIDADES DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL, INSTITUCIONES EDUCATIVAS, APAFA-UNIVERSIDADES, GOBIERNOS LOCALES.
	9.2. Porcentaje de estudiantes de 2do de secundaria en el nivel satisfactorio de	25.2%	2015			

	comprensión lectora					
	9.3. Porcentaje de logro de aprendizaje en nivel satisfactorio de los estudiantes en el 2do grado de secundaria en razonamiento matemático.	18%	2015	M.13. Al 2021 un nivel de comprensión lectora y matemática, 45.5% y 37.5%, respectivamente.		
	9.4. Tasa de conclusión de educación secundaria en el grupo de 12 a 16 años de edad.	88.9%	2015			<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un proyecto de Transculturalización Generacional, donde se integren los adultos al fortalecimiento de la formación integral de la persona y aprendizaje de los niños y niñas y adolescentes de las IIEE. • Implementar un proceso de coordinación permanentemente entre la comisión de admisión de las universidades y el sector educación. • Formular un diseño de diversificación curricular con temas transversales: educación familiar, educación democrática, educación sexual, para el desarrollo de una sociedad culta y en desarrollo integral. • Formación de centros y clubes escolares para la recreación deporte, expresión corporal para formar líderes en las diferentes disciplinas deportivas. • Formación de líderes ecológicos, para las escuelas y comunidad con el propósito de desarrollar proyectos de reforestación, implementación de huertos escolares y proyectos productivos a nivel de IIEE. • Implementar programas hábitos de recreación, deporte, con la participación y monitoreo de los profesores de educación física de las IIEE. • Organizar ferias productivas a nivel regional de los logros y proyectos de innovación.

R.10. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.	10.1. Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez	7.50%	2015	M.14. Reducir en un 5% el embarazo adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> Lograr la interconexión de IIEE y PNP, para lograr la prevención ante peligros delincuenciales. Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario. Tamizaje de niños y niñas de 3 a 17 años con déficit en sus habilidades sociales, trastornos mentales y del comportamiento y/o problemas psicosociales propios de la infancia y la adolescencia. Tratamiento con internamiento de pacientes con trastorno del comportamiento debido al consumo de alcohol. Asistencia técnica a los docentes en salud sexual reproductiva. 	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP, GERSA.
R.11. Las y los adolescentes involucrados en acciones de conducta ilegal disminuyen.	11.1. Número de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.	302	2015	M.15. Reducir en 200 el número de adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal.		
R.12. Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.	12.1. Prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.	3.70%	2012	M.16. Se reduce al 1.5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar.		

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0115 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION ESCOLAR.
- ii. 0106 INCLUSION DE NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD EN LA EDUCACION BASICA Y TECNICO PRODUCTIVA.
- iii. 0091 INCREMENTO EN EL ACCESO DE LA POBLACION DE 3 A 16 AÑOS A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS PUBLICOS DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- iv. 0090 LOGROS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- v. 0117 ATENCION OPORTUNA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PRESUNTO ESTADO DE ABANDONO
- vi. 0051 PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.
- vii. 0080 LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR.
- viii. 0131 CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL

Objetivo Estratégico - PNAIA 2021	Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.				
Objetivo Estratégico PDRC -2021	OE. Mejorar las condiciones de vida de la población.				
Objetivo Estratégico – PRAIA -. 2021	OE4.1. Promover la protección integral de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.				
Acciones Estratégicas –PRAIA.	AE4.1. Promover acciones integrales sobre transversalización de prevención de la violencia familiar, abuso sexual y Trata de niños, niñas y adolescentes, con enfoque de género.				
	AE4.2. Implementar programas de prevención, información, comunicación y erradicación del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.				
	AE4.3. Implementar programas de apoyo integral para las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y trata.				
	AE4.4. Promover mecanismos para la creación del registro unificado e interconectado de denuncias, procesos y sentencias de casos de violencias familiar, sexual, trata de personas y violencia basada en género, de niñas, niños y adolescentes.				
	AE4.5. Promover acciones integrales para niñas, niños y adolescentes en situación de abandono físico y moral, fortaleciendo vínculos con la familia, la escuela y la comunidad para la restitución de sus derechos.				
	AE4.6. Implementar programas integrales especializados en atención y prevención oportuna de Bullying en las instituciones educativas de EBR, EBE, CEBAS.				
	AE4.7. Promover las iniciativas a nivel local y regional para incorporar a las y los adolescentes en situación de conflicto con la ley, incluyéndolos en programas de emprendimiento, innovación cultural y deportiva.				
	AE4.8. Focalizar a las familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad para que accedan a servicios especializados en educación integral.				
	AE4.9. Generar espacios de participación en políticas públicas en las niñas, niños y adolescentes.				
Resultado esperado al 2021	Indicadores	Línea de base del Indicador o valor base del Indicador	Meta Objetiva al 2021	Actividades y /o Programas estratégicos	Instancia responsable

		Valor	Año			
R.13. Niñas, niños y adolescentes protegidos ante situaciones de explotación sexual, trata (sexual, laboral y mendicidad).	13.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual	22%	2015	M.17. Se reduce al 10% de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor difusión, promoción y concientización de la educación inclusiva. • Producir y distribuir material específico para los estudiantes con discapacidad. • Implementar bibliotecas especializadas en la atención a niños, niñas y adolescentes con discapacidad. • Brindar capacitación, Atención integral de las personas afectadas por hechos de violencia familiar y sexual para contribuir con su protección, recuperación y acceso a la justicia. 	GRA-GDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP
R.14. Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de toda forma de violencia (física, psicológica, sexual, laboral, económica).	14.1.1. Número de denuncias penales por delitos tipificados como trata de personas con un proceso judicial.	88	2015	M.18. Se reduce el Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes, al 0.5%.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios de concertación que se constituyen con la participación de representantes de instituciones públicas y de la sociedad civil con el fin de abordar la problemática de violencia familiar, escolar en cada localidad. Entre las principales instituciones que las conforman se encuentran las comisarias, las fiscalías, los juzgados, los gobiernos locales, UGEL, Salud, entre otros. • Fortalecer las escuelas de padres de los CEBES en la Región de AREQUIPA. • Capacitación a los servidores públicos del gobierno regional, gobiernos locales y sectores (salud, educación, 	GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP
	14.1. Índice de tolerancia social de personas en relación a violencia familiar, especialmente dirigida hacia niñas, niños y adolescentes.	0.90%	2015			GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP, GOBIERNOS LOCALES.

R.15. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.	15.1. Porcentaje de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, inicial (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE)	8.7	2016	M. 19. AL 2021 EL 45% de IE EBR con al menos un estudiante con NEE que reciben SAANEE, primaria (% del total de IE EBR con al menos un estudiante con NEE).	<p>justicia y PNP) en transversalización de la violencia familiar y sexual; y trata de personas de NNA con enfoque de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y sensibilizar a los servidores públicos de los sectores involucrados en la correcta aplicación en los mecanismos de protección de las víctimas de violencia familiar y sexual; y trata de personas de NNA con enfoque de género. • Registro unificado e interconectado de denuncias, procesos y sentencias en violencia familiar, sexual, trata de personas, orientación sexual y violencia basada en género, de NNA. • Elaboración del software con información unificada. • Estudio y elaboración de una Línea Base sobre violencia familiar y sexual por orientación sexual e identidad de género. • Elaboración de la línea base sobre violencia familiar y sexual por orientación sexual e identidad de género. • Porcentaje de las instituciones públicas y privadas cuentan con protocolos diferenciados con conceptos • Instituciones públicas y privadas que aplican el protocolo unificado con conceptos únicos respecto a la 	<p>GRA-GRDIS, DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PNP, GOBIERNOS</p>
R.16. Niñas, niños y adolescentes participan activamente de manera organizada en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan	16.1. Porcentaje de Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.	N.D	2016	M.20. Niñas, niños y adolescentes participan en un 80% en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.		
R.17. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle hacen uso de programas y servicios que restituyen el ejercicio de sus derechos.	17.1. El porcentaje de NNA en situación de calle beneficiados/das por el SEFOED en formación educativa.	25.9%	2016	M.21. Al 2021 se incrementa en 60% de NNA en situación de calle atendidos por el SEFOED en formación educativa.		
R.18. Niñas, niños y adolescentes cuentan con algún tipo de seguro en salud.	18.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con algún tipo de seguro en salud.	39.6%	2015	M.22. El 85% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro de salud.		

	18.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuenta con acceso a los paquetes de atención integral de salud y aprobado con financiamiento.	18.7%	2015	<p>M.22. El 85% de niñas, niñas y adolescentes cuentan con seguro de salud.</p> <p>M.23. Se incrementa la atención integral y diferenciada de niñas, niños y adolescentes en 45%.</p>	<p>atención de víctimas de violencia familiar, violencia sexual por orientación sexual y violencia basada en género de N, N, A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y validación del protocolo de atención con conceptos únicos respecto a la atención de víctimas de violencia familiar, violencia sexual por orientación sexual y violencia basada en género de N, N, A. • Creación, Mejoramiento e implementación de CARS Modelo especializados por problemática (personas con discapacidad física, mental, gestantes y madres) de VF, VLS, trata de personas ,por orientación sexual y violencia basada en género, de N,N,A. • Implementación de CARS con sistema de protección especializado en trata de personas. • Programa de recuperación y rehabilitación especializado para víctimas de VF, VLS, trata de personas, orientación sexual y violencia basada en género de NNA. • Comisión de Monitoreo y seguimiento CONCERTADO a espacios locales ya existentes encargados de la atención a NNA. • Creación e implementación de un Observatorio Regional de violencia familiar, sexual, trata de personas, violencia por orientación sexual y violencia basada en género de N, N, A. 	LOCALES, PODER JUDICIAL, MIMP
R.19. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.	19.1. Número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.	N.D	2016	<p>M.24. Se reduce en 35% el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.</p>		

					<ul style="list-style-type: none"> • Generación y aprobación de protocolos regionales diferenciados para víctimas de violencia familiar, sexual, trata de personas, violencia por orientación sexual y violencia basada en género. de N,N,A, a fin que se unifiquen criterios en cada materia. 	
--	--	--	--	--	---	--

(*) CATEGORIA PRESUPUESTAL/PROGRAMAS PRESUPUESTALES:

- i. 0115 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION ESCOLAR.
- ii. 0106 INCLUSION DE NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES CON DISCAPACIDAD EN LA EDUCACION BASICA Y TECNICO PRODUCTIVA.
- iii. 0091 INCREMENTO EN EL ACCESO DE LA POBLACION DE 3 A 16 AÑOS A LOS SERVICIOS EDUCATIVOS PUBLICOS DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- iv. 0090 LOGROS DE APRENDIZAJE DE ESTUDIANTES DE LA EDUCACION BASICA REGULAR.
- v. 0117 ATENCION OPORTUNA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PRESUNTO ESTADO DE ABANDONO
- vi. 0051 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS.
- vii. 0080 LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR
- viii. 0131 CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.

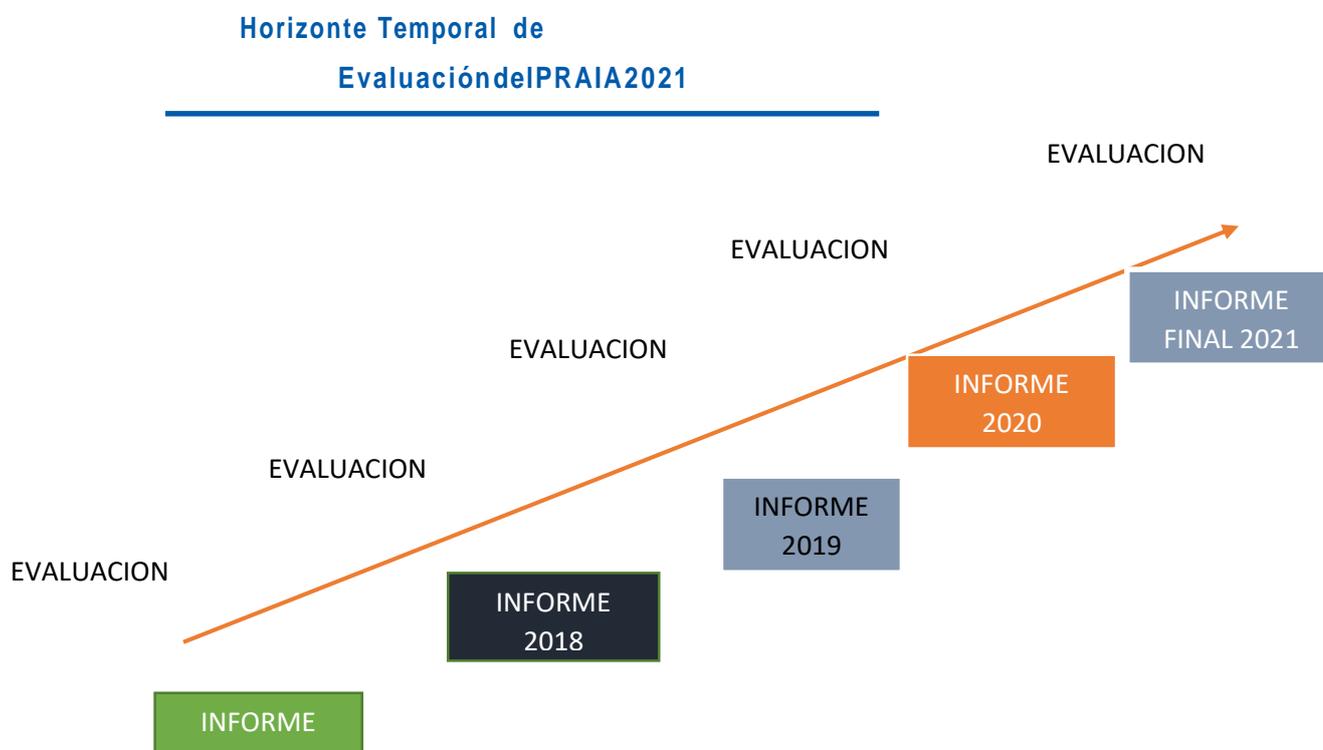
4.2. Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.

El sistema de monitoreo y evaluación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA 2017 – 2021, comprende generar y uso de información para la toma de decisiones, con evidencias sobre los cambios generados para el desarrollo de las acciones y objetivos estratégicos para el logro de resultados esperados del PRAIA. A través del monitoreo permite a los responsables tener información, vigilancia y el registro de información periódica para cada una de los indicadores planteados, a su vez esta responsabilidad es compartida entre las diversas instituciones públicas, privadas involucrados.

La parte de evaluación se realizara a partir de la información primaria o secundaria de fuentes oficiales como INEI, ENAHO, ESCALE, ENDES, entre otros. Las mediciones se realizaran periódicamente, utilizando continuamente las fuentes primarias o secundarias, permitiendo así tomar decisiones o modificaciones estratégicas.

Por otro lado el Plan de Monitoreo y Evaluación permitirá el seguimiento y evaluación del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2017 -2021, a partir del procesamiento de información, aplicación del matriz de planificación estratégica planteada y su análisis para decisiones oportunas.

La Comisión Técnica es responsable de elaboración, levantamiento de información y elaboración de reportes semestrales, periódicos del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Los indicadores del matriz de planificación estratégica son criterios objetivamente verificable, comprobables para fines convenientes del Plan.



ANEXOS

Ficha Técnica Indicador N° 01

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador

Nivel de desagregación geográfica

Razón de la mortalidad materna por 100 mil nacidos vivos

Nacional / Departamental/Provincial

Descripción del Indicador

Fórmula del Indicador

La Razón de Mortalidad Materna, mide la incidencia de muertes maternas ya sean por causas directas, indirectas e incidentales.

$RMM = (MM/N) * 100,000$ nacidos vivos
 Donde:
 RMM = Representa la razón de mortalidad materna del año "y".
 MM = Representa las muertes por causa materna ocurridas en el año "y". N = Representa el número de nacimientos ocurridos en el año "y".

Frecuencia de Evaluación

Fuente de Información

Tipo de Indicador

Annual/semestral

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA

Sentido del Indicador

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Descendente

Eficacia

Órgano responsable de la medición

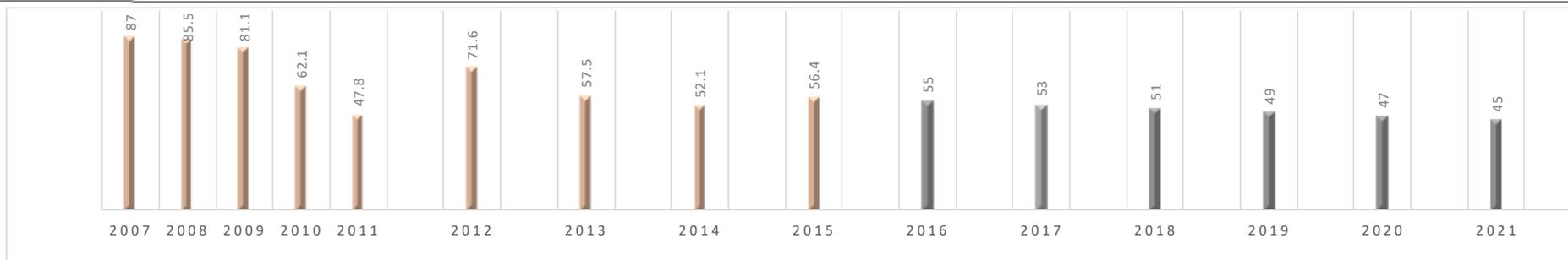
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base

x

Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	87	85.5	81.1	62.1	47.8	71.6	57.5	52.1	56.4	55	53	51	49	47	45



Ficha Técnica Indicador N° 02

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Tasa de mortalidad neonatal por cada mil nacidos vivos.	Nacional / Departamental/Provincial

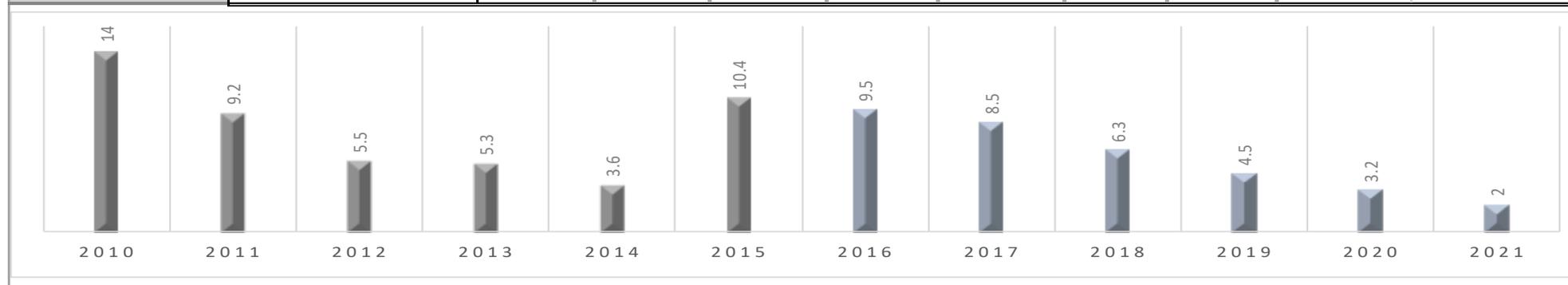
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Este indicador mide la probabilidad de morir durante el primer mes de vida (MN). La mortalidad neonatal es la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.	Tasa de mortalidad neonatal = $\frac{\text{Numero de muertes neonatales (MN)} \times 1000}{\text{numero de nacidos vivos}}$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES	Eficacia
Sentido del Indicador	Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.	
Descendente		

Órgano responsable de la medición: GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base	x											
Periodo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	14	9.2	5.5	5.3	3.6	10.4	9.5	8.5	6.3	4.5	3.2	2



Ficha Técnica Indicador N° 03

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador

Nivel de desagregación geográfica

Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad.

Nacional / Departamental/Provincial/Distrital

Descripción del Indicador

Fórmula del Indicador

Este indicador determina el impacto, proceso y determinantes relacionados a la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años que residen con los niños menores de 5 años.

$(N^{\circ} \text{ de niño(a)s menores de 5 años con desnutrición crónica segun patrón OMS} / \text{Total de niño(a)s menores de 5 años}) * 100$

Frecuencia de Evaluación

Fuente de Información

Tipo de Indicador

Anual/semestral

Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES

Sentido del Indicador

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI

Eficacia

Descendente

Órgano responsable de la medición

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base

x

Periodo

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

Resultado

12.3

9

7.3

8.7

7.3

7.5

7.9

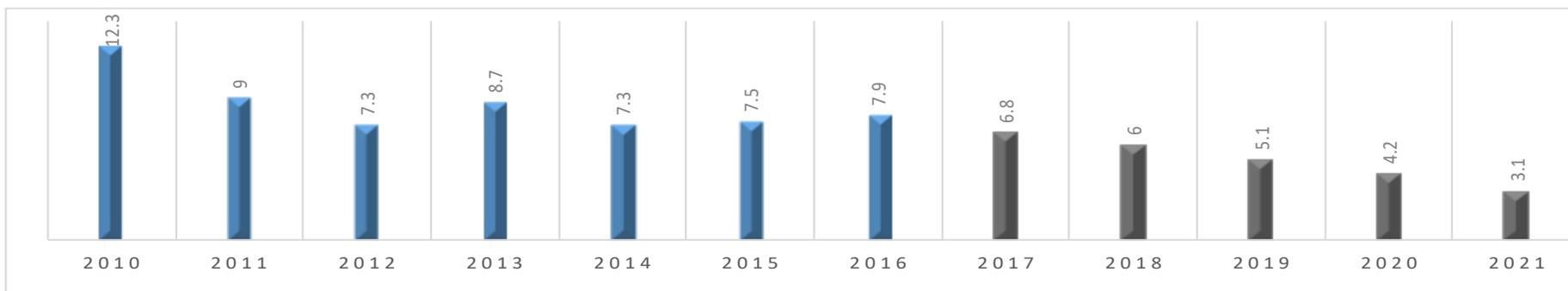
6.8

6

5.1

4.2

3.1



Ficha Técnica Indicador N° 04

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad (%)	Nacional / Departamental/Provincial

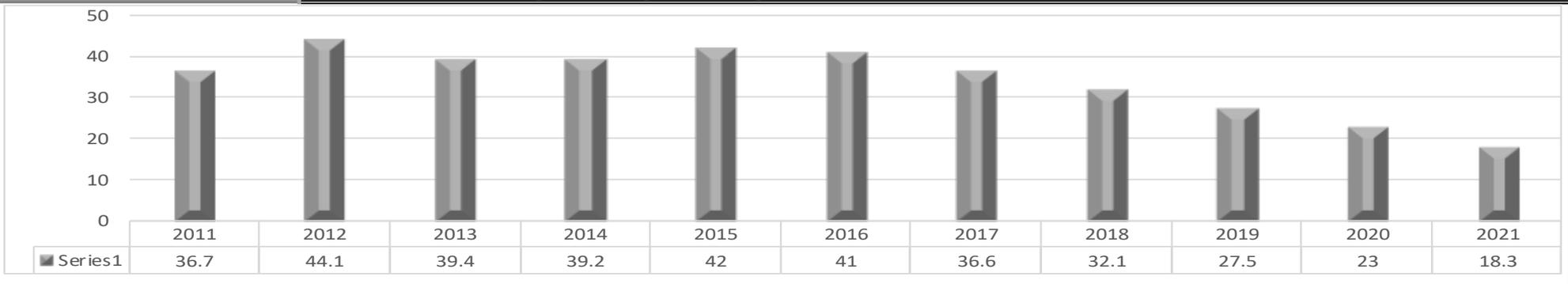
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Permite determinar el porcentaje de niño(a)s menores de 6 a 36 meses que mide la magnitud de la deficiencia de hierro de de niño(a)s menores de 6 a 36 meses de edad -Proyecciones (± 5%)	$(N^{\circ} \text{ de niño(a)s menores de 6 a 36 meses años diagnosticados} / \text{Total de niño(a)s menores de 6 a 36 meses}) * 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES	Eficacia
Sentido del Indicador	Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI	
Descendente		

Órgano responsable de la medición: Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base											
Periodo	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	36.7	44.1	39.4	39.2	42	41	36.6	32.1	27.5	23	18.3



Ficha Técnica Indicador N° 05

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Porcentaje de niñas y niños menores de 1 año afiliados al SIS que reciben: CRED completo según edad, Vacunas de Neumococo y Rotavirus, Suplementación con hierro o MN y Tienen dosaje de hemoglobina entre los 6 y 8 meses.	Nacional / Departamental/Provincial

Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD, es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos (el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño).	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niño(a)s menores de 1 año afiliados al SIS que reciben: CRED completo según edad}}{\text{Total de niño(a)s menores de 1 año año afiliados al SIS que no reciben }} \right) * 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES	Eficacia
Sentido del Indicador		
Ascendente		

Órgano responsable de la medición: Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base	x											
Periodo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	3%	2%	3%	10%	10%	13%	13%	15%	17%	19%	22%	26%



Ficha Técnica Indicador N° 06

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar los servicios de salud para la población.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación
Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos.	Nacional / Departamental/Provincial

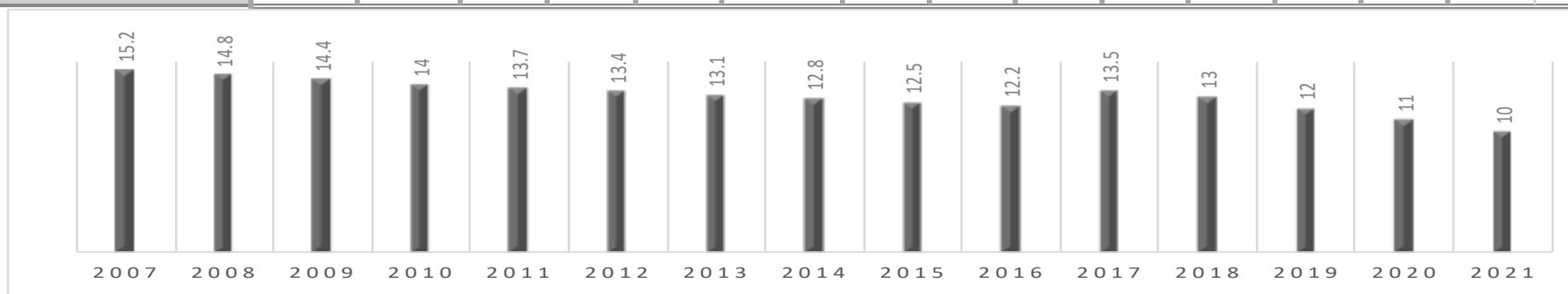
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Es la probabilidad que tiene un recién nacido vivo de morir antes de cumplir un año de vida.	$(\text{Cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período} / \text{total de nacidos vivos del mismo período}) * 1000$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI	Eficacia
Sentido del Indicador		
Descendente		

Órgano responsable de la medición: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base															X
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	15.2	14.8	14.4	14	13.7	13.4	13.1	12.8	12.5	12.2	13.5	13	12	11	10



Ficha Técnica Indicador N° 07

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognocitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad, con enfoque inclusivo.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Tasa de cobertura total en educación inicial de la población de 0-2 años de edad.	Nacional / Departamental/Provincial/Distrital

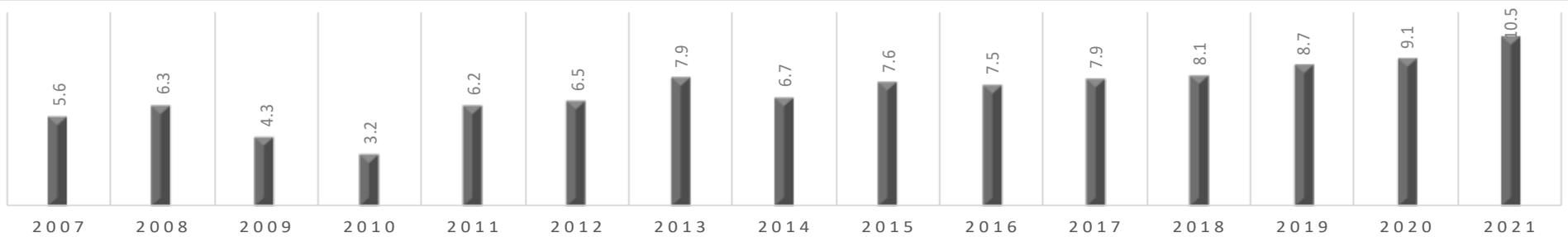
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Porcentaje de la población de una cierta edad o grupo de edades que está matriculada y/o asiste a cualquier grado, ciclo, nivel o modalidad del sistema educativo.	$TCT0-2 = \left(\frac{\text{Numero de niñas, niños de 0-2 matriculados en cunas, cunas-jardin y centros y programas de educacion especial + matriculados con edades de 0 a 2 años de edad en programas no escolarizados de educacion inicial}}{\text{poblacion total de 0 a 2 años de edad}} \right) * 100$ <p align="center">Donde: TCT0-2= Tasa de cobertura total de edades 0-2 años.</p>

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Unidad de Estadística Educativa del Ministerio de Educación- ESCALE	Eficacia
Sentido del Indicador	Dirección Regional de Educación	
Ascendente	Bases de datos anuales de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0)	

Órgano responsable de la medición: Dirección Regional de Educación

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base	x														
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	5.6	6.3	4.3	3.2	6.2	6.5	7.9	6.7	7.6	7.5	7.9	8.1	8.7	9.1	10.5



Ficha Técnica Indicador N° 08

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

Nombre del Indicador

Nivel de desagregación geográfica

Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de comprensión de lectora.

Nacional / Departamental

Descripción del Indicador

Evalúa las capacidades de los alumnos del segundo grado de primaria en la comprensión inferencial, literal y crítica sobre el texto. Estas capacidades se miden a través de un conjunto de preguntas implícitas o explícitas planteadas a partir de textos de diverso tipo (narrativo, descriptivo, instructivo, expositivo y argumentativo).

Fórmula del Indicador

(Número de alumnos de 2do Grado de primaria, que lograron desempeño suficiente en comprensión de lectora/Numero total de alumnos del 2do Grado de Primaria)*100
El puntaje para obtener el nivel satisfactorio debe ser mayor a 583.

Frecuencia de Evaluación

Fuente de Información

Tipo de Indicador

Anual/semestral

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Sentido del Indicador

Ministerio de Educación.

Eficacia

Ascendente

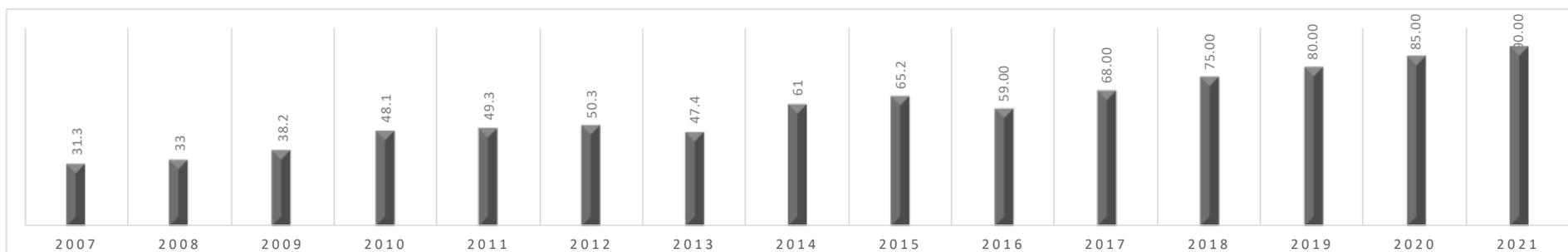
Gerencia Regional de Educación

Órgano responsable de la medición

Ministerio de Educación - MINEDU

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base																x
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Resultado	31.3	33	38.2	48.1	49.3	50.3	47.4	61	65.2	59.00	68.00	75.00	80.00	85.00	90.00	



Ficha Técnica Indicador N° 09

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Promover las condiciones de desarrollo físico, cognitivo, socioemocional, psicomotor y social de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro en razonamiento matemático.	Nacional / Departamental

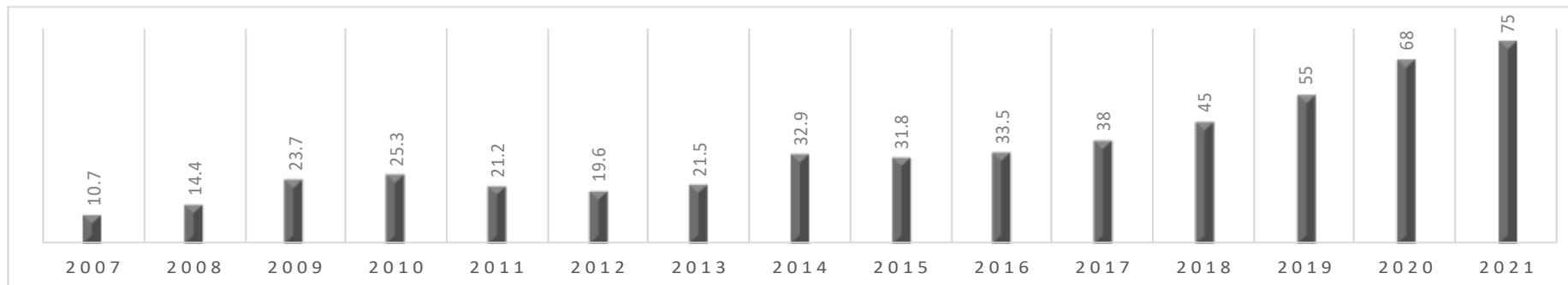
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Porcentaje del total de alumnos del segundo grado de primaria evaluados que lograron los aprendizajes esperados en el nivel de logro satisfactorio en situaciones matemáticas variadas.	$(\text{Número de alumnos de 2do Grado de primaria, que lograron desempeño suficiente en razonamiento matemático.} / \text{Número total de alumnos del 2do Grado de Primaria}) * 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)	Eficacia
Sentido del Indicador	Ministerio de Educación.	
Ascendente	Gerencia Regional de Educación	

Órgano responsable de la medición: Ministerio de Educación - MINEDU

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base	x														
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado	10.7	14.4	23.7	25.3	21.2	19.6	21.5	32.9	31.8	33.5	38	45	55	68	75



Ficha Técnica Indicador N° 10

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Porcentaje de estudiantes de 2do de secundaria en el nivel satisfactorio de comprensión lectora.	Nacional / Departamental

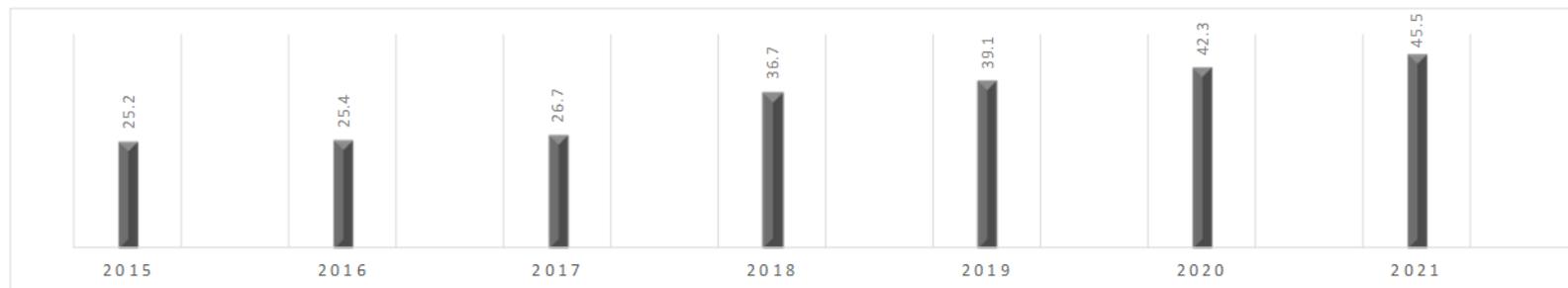
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
El estudiante logró los aprendizajes esperados al finalizar el VI ciclo y está preparado para afrontar los retos de aprendizaje del ciclo siguiente.	$(\text{Número de alumnos de 2do Grado de secundaria, que lograron desempeño suficiente en comprensión lectora} / \text{Número total de alumnos del 2do Grado de Secundaria}) * 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Evaluación Censal de Estudiantes (ECE)	Eficacia
Sentido del Indicador	Ministerio de Educación	
Ascendente	Gerencia Regional de Educación	

Órgano responsable de la medición: Ministerio de Educación - MINEDU

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base	x														
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Resultado									25.2	25.4	26.7	36.7	39.1	42.3	45.5



Ficha Técnica Indicador N° 11

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

Consolidar las condiciones de desarrollo de aprendizaje, socioemocional de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar la calidad educativa de los estudiantes.

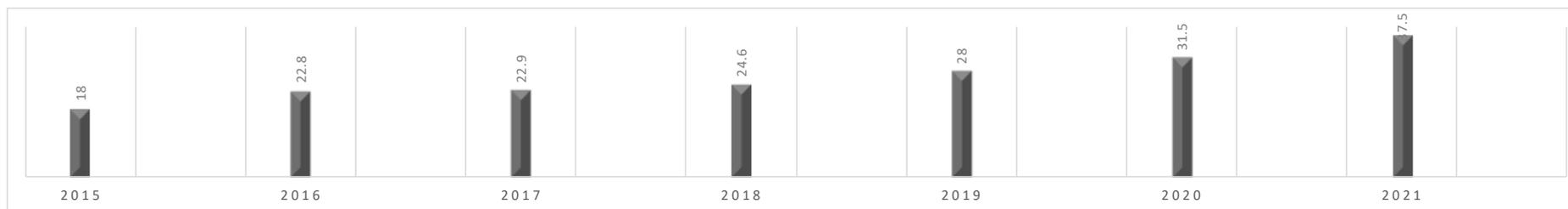
Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Porcentaje de logro de aprendizaje en nivel satisfactorio de los estudiantes en el 2do grado de secundaria en razonamiento matemático.	Nacional / Departamental

Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
El estudiante logró los aprendizajes esperados al finalizar el VI ciclo y está preparado para afrontar los retos de aprendizaje del ciclo siguiente.	$(\text{Número de alumnos de 2do Grado de secundaria, que lograron desempeño suficiente en razonamiento matemático} / \text{Número total de alumnos del 2do Grado de Secundaria}) * 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Evaluación Censal de Estudiantes (ECE)	Eficacia
Sentido del Indicador	Ministerio de Educación	
Ascendente	Gerencia Regional de Educación	
Órgano responsable de la medición	Ministerio de Educación - MINEDU	

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base															x						
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021						
Resultado									18	22.8	22.9	24.6	28	31.5	37.5						



Ficha Técnica Indicador N° 12

Objetivo Estratégico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PRAIA 2017-2021.

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

Objetivo Estratégico del Plan Desarrollo Regional Concertado-PDRC 2021

Mejorar las condiciones de vida de la población.

Nombre del Indicador	Nivel de desagregación geográfica
Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez.	Nacional / Departamental/Provincial

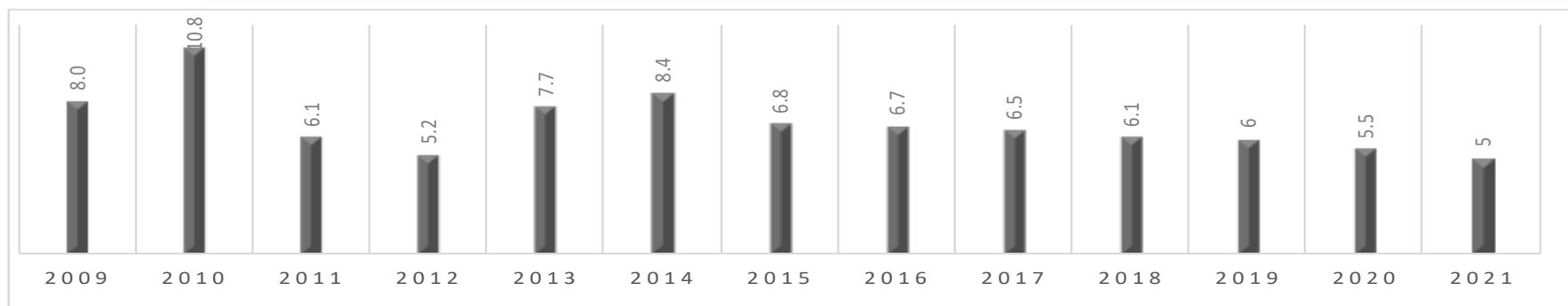
Descripción del Indicador	Fórmula del Indicador
Mide la cantidad relativa de adolescentes entre 15 y 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez.	$\frac{\text{(Número de adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el grupo de edad)}}{\text{Población total de mujeres adolescentes en el grupo de edad}} \times 100$

Frecuencia de Evaluación	Fuente de Información	Tipo de Indicador
Anual/semestral	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).	Eficacia
Sentido del Indicador	Gerencia Regional de Educación	
Descendente	Ministerio de Educación - MINEDU	

Órgano responsable de la medición: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Comportamiento del indicador en el tiempo

Linea de Base																x
Periodo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Resultado			8.0	10.8	6.1	5.2	7.7	8.4	6.8	6.7	6.5	6.1	6	5.5	5	



Glosario de términos

- **Agua y Saneamiento**

Prestación de los servicios de agua potable o apta para el consumo humano en hogares y disposición sanitaria de excretas y alcantarillado (sistema de recogida, transporte y vertido o tratamiento de aguas residuales).

- **Brecha de género.**

Son las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y servicios, el ejercicio de derechos, la participación pública y la igualdad de oportunidades.²³

- **Derechos humanos e Inclusión Social.**

Los derechos humanos son todos aquellos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen o etnia, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.²⁴

- **Desarrollo humano.**

Es un proceso mediante el cual busca la ampliación de las oportunidades para las personas, aumentando sus derechos y sus capacidades. Este proceso incluye varios aspectos de la interacción humana como la participación, igualdad de género, la sostenibilidad, la seguridad las garantías de derechos humanos, etc. El desarrollo humano es íntegramente holístico y se sitúa a las personas en el centro de todo los aspectos del proceso de desarrollo.²⁵

- **Desarrollo cognitivo.**

Es el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de su vida, por el cual se aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar y comprender.

- **Desarrollo socioemocional.**

Es la interacción que debe tener el niño con otro niño y con los adultos ya que con ellos pueden expresar los sentimientos debido a que los mismos son importantes en el desarrollo de la personalidad del niño, e incluye los sentimientos que se deben tener a sí mismos por situaciones o por otras personas.

- **Desarrollo psicomotriz.**

Es la adquisición de habilidades motoras que un niño adquiere a lo largo de su infancia. Se corresponde con una maduración del sistema nervioso y se forma a partir del juego y del hacer. Gracias a él, el bebé se descubre a sí mismo y a todo lo que le rodea. Surge por el deseo de descubrir y de ser autónomo.

- **Desnutrición.**

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de mala asimilación de alimentos; existen tres tipos de desnutrición: aguda, crónica y global.

²³ Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

²⁴ Declaración universal de los DDHH.

²⁵ Declaración universal de los DDHH.

- **Derechos Colectivos e Interculturalidad.**

Son aquellos derechos cuyo sujeto no es una persona, sino un colectivo o grupo social, como los pueblos indígenas u originarios. En ese sentido, estos derechos tienen como finalidad proteger los intereses, historia e identidad de los pueblos indígenas u originarios como colectivo con características propias, distintas a las de la sociedad mayor. Los derechos colectivos de los pueblos indígenas u originarios, reconocidos por la Constitución Política del Perú, el Convenio 169 y otros tratados internacionales, incluyen: 1) el derecho a la identidad cultural; 2) el derecho a la participación política; 3) el derecho a la consulta; 4) el derecho a elegir sus prioridades de desarrollo; 5) el derecho a conservar sus costumbres, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales reconocidos internacionalmente; 6) el derecho a la jurisdicción especial; 7) el derecho a la tierra y el territorio, es decir, al uso de los recursos naturales que se encuentran en su ámbito geográfico.²⁶

- **Equidad.**

Reducción de la desigualdad social en sus múltiples manifestaciones. Tratamiento diferenciado, que compense las desigualdades de partida y permita alcanzar al estado de igualdad de condiciones.

- **El enfoque de derechos.**

A la vez, 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 de desarrollo humano.**

El enfoque de desarrollo humano entendida como la expansión de capacidades humanas a partir de la libertad para alcanzar estados del ser y el hacer que las personas valoran. Para Amartya Sen el desarrollo de capacidades genera el bienestar individual, social o grupos sociales al mismo tiempo las políticas públicas, esto a partir de la desigualdad social, ausencia de desarrollo o mejorar las condiciones de vida de la población o grupos sociales.

- **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.**

Toda la sociedad está involucrada, por un motivo, y sufre las consecuencias, porque le repercuten en todos los componentes de la vida.

En estos contextos, el principio de interculturalidad es la base para establecer relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, dialogo, debate, aprendizaje e

²⁶Plan Nacional de Acción por la infancia y adolescencia-PNAIA 2021.

intercambio. 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.**

El enfoque de género nos permite garantizar el reconocimiento, promoción, protección y exigibilidad de los derechos de las mujeres y hombres en igualdad de condiciones en los diferentes ámbitos públicos y privados, como el Estado, los partidos políticos, las empresas, las comunidades, las familias, a fin de lograr la reducción de la desigualdad, exclusión, y vulnerabilidad social, económica, política y cultural, y contribuir a la construcción de una ciudadanía plena para hombres y mujeres sin discriminación.²⁷

Y 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.**

Desde una mirada histórica a cada época y a cada cultura se puede plantear que las relaciones entre hombres y mujeres no siempre han sido equitativas y se han dado de maneras diferentes. En la sociedad conforman entre hombres y mujeres, son parte de la humanidad, y todos merecen el trato equitativo, respeto mutuo entre ambos. 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.

- **Educación.**

Es un servicio público esencial que asegura el ejercicio pleno del derecho fundamental de toda persona humana a la educación. Este servicio tiene por finalidad desarrollar plenamente la personalidad humana y capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favoreciendo la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos.

- **Igualdad de Género**

Igualdad entre mujeres y hombres implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo²⁸

- **Protección Social e Inclusión Social.**

La protección social es un derecho fundamental de todos los individuos, reconocido por las normas Internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento para la promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social.²⁹

²⁷ Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017

²⁸ Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

³⁷ ²⁹ Fuente: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/social-protection/lang--es/index.htm>/Organización Internacional del Trabajo

- **Salud.**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

- **Vivienda.**

Espacio delimitado por paredes y techos de cualquier material, con entrada independiente que se ocupa habitualmente para protegerse del entorno, dormir, entre otras actividades y permite la disponibilidad de servicios públicos.

