

**PLAN REGIONAL DE ACCION
POR LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA**

LAMBAYEQUE

2016 – 2021

INDICE

Presentación
Introducción

PRIMERA PARTE **DIAGNOSTICO DEL PLAN REGIONAL DE ACCION POR LA INFANCIA Y** **ADOLESCENCIA - LAMBAYEQUE 2016 – 2021**

CAPITULO I

1.1 METODOLOGÍA:

- 1.1.1 Metodología del proceso
- 1.1.2 Aplicación de técnicas y procedimiento

1.2 EL PROCESO METODOLÓGICO

- 1.2.1. La estructura metodológica de los talleres y el proceso de selección de los problemas
- 1.2.2. Los criterios para la elaboración de las preguntas para los talleres
- 1.2.3. Las propuestas para los problemas priorizados
- 1.2.4. Introducción a la estructuración etárea.

CAPITULO II

2.1 PRINCIPIOS RECTORES

- 2.1.1. Los principios rectores del PRAIA
- 2.1.2. La niñez como sujeto de derechos
- 2.1.3. Igualdad y equidad
- 2.1.4. Descentralización e integración.
- 2.1.5. Participación y planificación.
- 2.1.6. Educación, familia y desarrollo regional.

CAPITULO III

3.1 NORMATIVIDAD

CAPITULO IV

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE

- 4.1.1 Geografía y población
- 4.1.2 Los componentes del crecimiento poblacional

CAPITULO V

5.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL **DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE**

- 5.1.1 Salud
- 5.1.2. Nutrición
- 5.1.3. Educación
- 5.1.4. Protección
- 5.1.5. Participación

SEGUNDA PARTE
PLAN REGIONAL DE ACCION POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
LAMBAYEQUE 2016 – 2021

CAPITULO VI

6.1 VISIÓN Y MISIÓN

Introducción

6.1.1 La visión

6.1.2 Misión

6.1.3 Los ejes estratégicos, lineamientos estratégicos y objetivos estratégicos

CAPITULO VII

7.1 EL PLAN DE ACCIÓN: Objetivos Estratégicos y Objetivos de Mediano Plazo

7.1.1 Eje Temático: Salud

7.1.2 Eje Temático: Nutrición

7.1.3 Eje Temático: Educación

7.1.4 Eje Temático: Protección

7.1.5 Eje Temático: Participación

CAPITULO VIII

8.1 LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DESARROLLO

8.1.1 Eje Temático: Salud

8.1.2 Eje Temático: Nutrición

8.1.3 Eje Temático: Educación

8.1.4 Eje Temático: Protección

8.1.5 Eje Temático: Participación

CAPITULO IX

9.1 PROGRAMAS PRIORIZADO PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

9.1.1 Salud integral y sostenida

9.1.2 Educación contextualizada

9.1.3 Protección para la salud educación y bienestar de los niños y niñas

9.1.4 Participación con la comunidad educativa

ANEXOS

Bibliografía
Documentos

PRESENTACION

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia nos permitirá a los Lambayecanos concertar acciones en bien de la infancia y la adolescencia; que bueno sería que todos nosotros tengamos posibilidad de conocerlo y sentirlo. El compromiso es difundirlo a cada uno de los 38 distritos del departamento de Lambayeque, donde autoridades y población lo ponga en práctica para forjar de cada niño y de cada adolescente nuevos valores, con igualdad de oportunidades, en un ambiente

Finalizo agradeciendo también a los actores e instituciones que dieron su tiempo y sabiduría, muchos anónimos, e informó también que el Plan de Acción por la sano y seguro y con desarrollo de capacidades para continuar los esfuerzos y hacer progresar sus propias comunidades.

El Gobierno Regional de Lambayeque confió en la Mesa de Concertación para convocar el aporte de instituciones, tanto del Estado como de la Sociedad Civil que trabajan el tema, así como a los municipios de los 38 distritos. Es importante resaltar los diversos talleres con niños y adolescentes, que, demostrando que nacieron en el contexto mundial de avances espectaculares en la ciencia y en las telecomunicaciones, dan sustento al plan y junto a ello, las extensas jornadas del Grupo Impulsor. Ellos merecen un reconocimiento especial. Infancia y Adolescencia 2016 – 2021 será el eje de nuestro propósito en la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza reiterando que del empeño que le dispensemos a este documento dependerá la importancia de su contenido.

HUMBERTO ACUÑA PERALTA
PRESIDENTE REGIONAL DE LAMBAYEQUE

INTRODUCCION

El Gobierno Regional de Lambayeque está convencido que la concertación es la mejor estrategia de gobierno para generar consensos con las organizaciones e instituciones de la sociedad civil y Estado.

Por ello hace unos meses solicitó la generosa colaboración de la Mesa de Concertación de Lucha Contra la pobreza de la región Lambayeque para que asumiera la responsabilidad de culminar la elaboración del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia al año 2021; para bien de nuestros niños, niñas y adolescentes de nuestra región.

La Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza conformó el Grupo Impulsor de carácter multidisciplinario integrado por profesionales de calidad quien asumió la responsabilidad de la revisión y elaboración del PRAIA. Hoy iniciando el año, la palabra está cumplida y podemos afirmar que la región Lambayeque ya cuenta con una seria propuesta de desarrollo planificado a favor de la infancia y la adolescencia que de inmediato debe iniciarse con la priorización del Plan dentro del presupuesto participativo, como está establecido a nivel nacional.

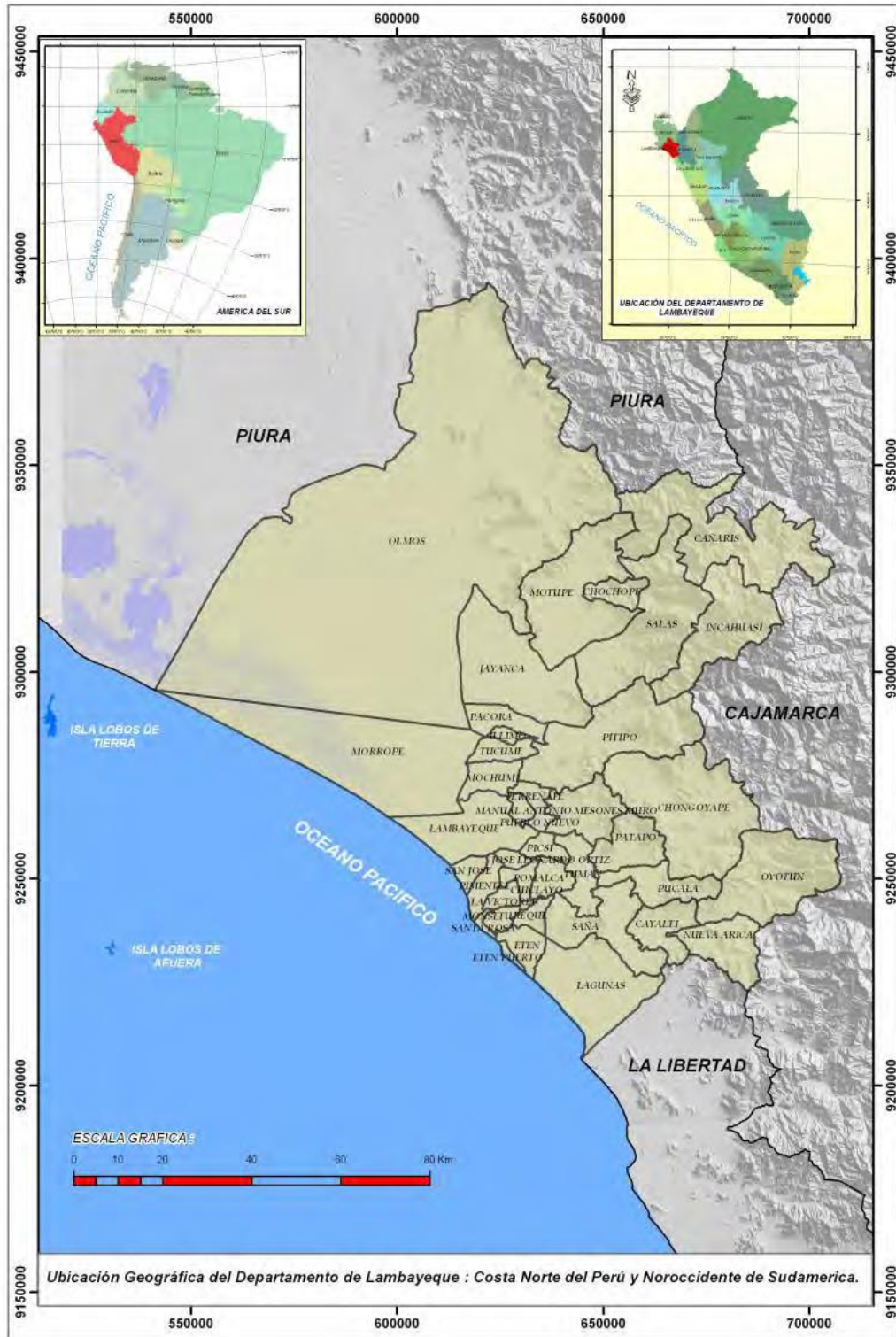
Pero la primera tarea en este camino es organizar a la institucionalidad de Lambayeque en torno a la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes bajo el principio rector de mejor salud y educación protegiendo y promoviendo sus derechos con la plena participación de la sociedad civil y el respaldo activo del Gobierno Regional de Lambayeque y del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano -MIMDES

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia al año 2021, esta articulado en toda su extensión por cuatro ejes temáticos transversales: salud, educación, protección y participación de los niños, niñas y adolescentes; pues sentimos que las políticas públicas ejecutadas en torno a estos ejes y actores no fueron lo suficientemente resolutivas para revertir el impacto de la exclusión social de la infancia y adolescencia en los últimos 40 años.

Por ello precisamente, cada uno de los ejes temáticos está desarrollado desde una filosofía de inclusión social para generar una actitud democrática y participativa. A nuestro modo de ver, esta concepción filosófica del desarrollo constituye la base fundamental para reducir el efecto de los indicadores de la pobreza y la barrera a superar para iniciar un serio proceso de desarrollo integral y sostenible a favor de nuestros niños, niñas y adolescentes: nueva ciudadanía del progreso, la dignidad y el desarrollo regional.

ANA LUCIA RAVINEZ MERINO

MAPA DE LAMBAYEQUE



PRIMERA PARTE

CAPITULO I

1.1 METODOLOGÍA

1.1.1 METODOLOGIA DEL PROCESO

En la Actualización del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia ha participado la Comisión del Consejo Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia y distintos actores representativos de las instituciones del Estado y la sociedad civil. El proceso ha permitido la amplia participación de los consejos consultivos de niños, niñas y adolescentes, tanto regional como provincial y distrital, adultos de las tres provincias y 38 distritos que comprende la Región de Lambayeque.

El aporte central de los actores de este proceso de actualización, fue contribuir al a un plan que permitiera mejorar las atenciones y servicios en los ejes de salud, nutrición, educación, protección y participación; y que a la vez presente los retos para promover el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, siguiendo los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de la Acción por la Infancia y la adolescencia 2012-2021.

1.1.2 APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO

La estructura metodológica ha girado sobre los temas de Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación, desarrollados en trabajados de grupos con niños y niñas, adolescentes y adultos.

El proceso metodológico aplicado fue trabajado por miembros acreditados del Consejo Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, para la actualización final del documento y posterior validación correspondiente.

La realización de las reuniones para la actualización de Plan Regional de Acción por la Infancia y la adolescencia fue de carácter consultivo - participativo, ha contado con la participación de representantes de las organizaciones urbano marginales y representantes de los centros poblados de la región.

1.2 EL PROCESO METODOLÓGICO

1.2.1. La estructura metodológica y el proceso de selección de los problemas

La información obtenida proviene de las reuniones participativas descentralizadas realizadas en las 3 provincias de Lambayeque; para ello fue diseñada una estructura metodológica que permitiera la participación de los actores convocados: niños y niñas, adolescentes y adultos.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia está enfocado en cinco ejes: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación, siendo el segundo

recientemente incorporado debido a que la malnutrición tiene un alto impacto en la sociedad, especialmente la “Desnutrición Infantil” con repercusiones no solo físicas si no también cognitivas que alcanzan afectar a nuestros niños, niñas y adolescentes en sus futuras etapas de vida, por otro lado el “Exceso de Peso” comienza a presentar un incremento sostenido, incluso en edades muy tempranas, con repercusiones en la etapa adulta y relacionado a enfermedades no transmisibles.

Según la OMS en Lambayeque la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los servicios de salud de la región, presentó una disminución en el año 2013 de 1.5% en comparación al año 2012 (19.6%), es decir la desnutrición infantil afecta de manera que de cada 6 niños, 1 presenta Desnutrición Infantil; por otro lado el Sobrepeso y Obesidad ha incrementado en comparación al año 2012 (8.3%) en 0.7%, de manera que de cada 8 niños, 1 presenta problemas de sobrepeso u obesidad.

En el grupo de edad de 5 a 9 años, la Delgadez está presente en menos del 2% de los niños. Es el exceso de peso, lo que estaría afectando a una mayor proporción de niños; así 1 de cada 5, se encuentran con sobrepeso y/u Obesidad, que es mayor a los niños menores de 5 años.

En el grupo etareo de 10 a 19 años, la Delgadez afecta menos del 2% de los niños. Con respecto al exceso de peso, tenemos a 1 de cada 9 sujetos que estarían con este problema.

Siendo los problemas más comunes en nuestra población infantil, los antes mencionados por la OMS, es prioridad trabajar en este eje “NUTRICIÓN”, para reducir los índices de desnutrición, obesidad y sobrepeso, y las futuras repercusiones que puedan generar.

CAPITULO II

2.1 LOS PRINCIPIOS RECTORES

2.1.1 LOS PRINCIPIOS RECTORES DEL PRAIA

Los principios orientadores del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia están relacionados con los valores de equidad de género, descentralización, participación ciudadana y desarrollo regional.

2.1.2 LA NIÑEZ COMO SUJETO DE DERECHOS

Los niños, niñas y adolescentes constituyen el fundamento del PRAIA. Para nosotros no es posible concebir una sociedad justa, ética y democrática sin considerar en los planes de desarrollo, programas y proyectos de desarrollo sostenible en beneficio directo de ellos y ellas, como lo recomienda la carta de la Organización de las Naciones Unidas.

2.1.3 IGUALDAD Y EQUIDAD

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia busca el trato justo para los niños, niñas y adolescentes residentes en las zonas urbanas, urbano marginales y rurales de la Región de Lambayeque. Para no establecer discriminación alguna, esta población infantil y adolescente deberá ser tratada por las instituciones, como sujetos titulares de derechos y responsabilidades.

La población infantil de los distritos pobres y sobre todo de aquellos que cuentan con población en extrema pobreza como Incahuasi, Cañarís, Mórrope y Salas, deben recibir de las otras provincias y de la Región Lambayeque, igual y equitativo trato institucional, como lo sugiere el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021.

2.1.4 DESCENTRALIZACIÓN E INTEGRACIÓN.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia está siendo actualizado considerando los nuevos cambios en la geopolítica territorial del Estado peruano, establecidos a través de la descentralización.

Consideramos que la descentralización de las decisiones políticas y económicas a través de la conformación de nuevas regiones es una exigencia impostergable y vital para el crecimiento económico y humano de Lambayeque, como lo precisa la Constitución Política del Perú.

2.1.5 PARTICIPACIÓN Y PLANIFICACIÓN.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia es un documento que tiene como base la participación en favor de la niñez y adolescencia de parte de las organizaciones civiles involucradas en la planificación de la salud, nutrición, educación, protección y participación dentro de la región Lambayeque.

La participación es la herramienta fundamental para brindarle sostenibilidad y legitimidad social al PRAIA. Este componente es lo que le inyecta al documento perspectiva y visión planificada, como lo menciona la Convención de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas el año 1989.

2.1.6 EDUCACIÓN, FAMILIA Y DESARROLLO REGIONAL.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia es un instrumento educativo, por que sugiere una metodología capaz de ser incorporada en la carpeta curricular y ser aplicada por los docentes en los distritos y provincias de la Región Lambayeque. Articula simétricamente la perspectiva educativa al núcleo central de la sociedad: la familia.

En síntesis, desde la esfera educativa y la familia, el PRAIA debe ser referente para la promoción del desarrollo regional de Lambayeque.

CAPITULO III

3.1 NORMATIVIDAD

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos**

Promueve el respeto de los derechos y su aplicación. Firmado el 10 de diciembre 1948. Contiene un preámbulo y 30 artículos: Derecho a la igualdad, a la vida y buen trato, a la libertad, a la seguridad ciudadana, a un nivel de vida adecuado. CUIDADOS y 2; 3, 4 y 5 y 19, 22 y 25 respectivamente) especiales en la maternidad e infancia y a la educación (contemplados en los art. 1 y 2; 3, 4 y 5 y 18 y 19; 22 y 25 respectivamente).

- **Convención Internacional de los Derechos Del Niño**

Es la carta magna de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y los reconoce como sujetos de derecho; resaltando la relación entre el niño, la familia y el Estado, visibilizando el papel fundamental de ambas instituciones como responsables de asegurar la realización efectiva de sus derechos. Fue adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, del 20 de noviembre de 1989 y entra en vigor el 2 de setiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49 de esta misma.

Los principios que respaldan a la Convención Internacional de los Derechos del Niño son cuatro:

- No discriminación
- Interés Superior
- Supervivencia y Desarrollo
- Participación.

- **El Perú y la Convención por los Derechos del Niño**

- El Estado Peruano firmo la Convención de los Derechos del Niño el 4 de setiembre de 1990.
- En 1992 el Estado Peruano presenta su Informe de los avances en el cumplimiento de la convención al Comité de Ginebra; EL Perú en 1995 presentó su informe, el segundo en el 2000 y a la fecha ha presentado su tercer informe en el 2005 y paralelamente a ese informe la Sociedad Civil presentó un informe alternativo al tercer informe a través del GIN.
- El MNNATSOP envía documento adenda, incluyendo la opinión de niños.
- Producto de ambos informes del Comité de Ginebra emite. Recomendaciones al Estado Peruano (32 preguntas).
- Estas recomendaciones deben ser levantadas hasta la presentación del cuarto informe.
- El Estado Peruano debe presentar este informe al año 2011.

- **Objetivos de Desarrollo Sostenible**

- Reducir la mortalidad infantil
- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primar
- Mejorar la salud materna
- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

- **Código de los Niños y Adolescentes**

Es un documento legal de carácter nacional con rango de Ley que fue elaborado el 21 de julio de 2000 y aprobado mediante Ley 27337 y que señala todos los derechos y deberes de los niños, niñas y adolescentes, considerando los postulados de la convención sobre los derechos del niño, establece un Sistema Nacional de Atención integral L Niño, Niña y Adolescente, regula las instituciones familiares y señala una administración de justicia especializada para ellos.

Contiene 4 libros que abordan: Derechos y Libertades, Sistema Nacional de Atención al Niño y Adolescente, Institución Familiar y Administración de Justicia especializada.

PRINCIPIOS ORIENTADORES:

- El niño es sujeto al derecho: reconoce que niños, niñas y adolescentes gozan de derechos humanos y forman parte de una sociedad.
- El interés superior del niño: significa que en toda decisión que los afecte debe actuarse en beneficio ¿Qué es lo mejor para ello?.
- La no discriminación: señala que todos los derechos son para todos los niños, niñas y adolescentes.
- Los derechos del niño son un compromiso de cada uno de los integrantes de la sociedad: promueve la participación de la sociedad civil, conjuntamente con el Estado para garantizar sus derechos.
- El desarrollo integral del niño: implica generar las condiciones necesarias para que puedan desarrollarse tanto en el aspecto físico, mental y social, a fin de que se realicen como personas y contribuyan a formar una sociedad más justa.

- **Acuerdo Nacional**

Compromiso para alcanzar el desarrollo humano en el país. Suscrito el 22 de julio 2002, contiene 29 políticas y buscan alcanzar 4 objetivos. Los temas referentes a los niños, niñas y adolescentes, están contemplados en el Objetivo II: Equidad y Justicia Social en las siguientes Políticas de Estado: Reducción de la pobreza, Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin discriminación, acceso Universal a Educación pública gratuita y de calidad y Promoción e la Defensa de la cultura y el Deporte. Acceso Universal a Servicios de Salud y a la Seguridad Social, Promoción Seguridad Alimentaria, Fortalecimiento de la familia, protección y promoción de la niñez, adolescencia y juventud.

- **Décima Segunda Política de Estado: Acceso Universal a una Educación Pública Gratuita de calidad y; promoción y defensa de la Cultura y Deporte.**

Con este objetivo el Estado:

- Garantizará el acceso universal a una educación inicial que asegure un desarrollo integral de la salud, nutrición y educación temprana adecuada a los niños y niñas de cero a cinco años de edad, atendiendo la diversidad étnico cultural y socio lingüístico del país.
- Eliminará las brechas de calidad entre la educación pública y la privada así como ente la educación rural y la urbana, para fomentar la equidad en el acceso a oportunidades.
- Afianzará la educación básica de calidad relevante y adecuada para niños, niñas, púberes y adolescentes, respetando la libertad y opinión de credo.

- **Decima Sexta Política de Estado: Fortalecimiento de la Familia.**

Con este objetivo de Estado:

- Garantizará programas educativos orientados a la formación y al desarrollo de familias estables, basados en el respeto entre todos sus integrantes.
- Promoverá la paternidad y la maternidad responsables.
- Fortalecerá la participación y el liderazgo de los niños, niñas y adolescentes en sus Instituciones Educativas y otros espacios de interacción.
- Garantizará el acceso de los niños, niñas y adolescentes a una educación y salud integrales, al enriquecimiento cultural, la recreación y a la formación en valores, a fin de fortalecer su autoestima, personalidad y el desarrollo de sus habilidades.

- **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia PNAIA**

Es un documento marco de las acciones y estrategias que deben asumir y ejecutar los diferentes sectores e instituciones de Estado y la Sociedad Civil, para lograr la plena vigencia de los derechos humanos de los niños, niñas y

adolescentes del Perú, fue aprobado con Ley N° 28487 el pasado 11 de abril del 2005, la cual le otorgo el rango de Ley al Decreto Supremo N° 003-2002-PROMUDECH.

Busca crear condiciones para el desarrollo humano sostenible. Suscrito el 7 de junio de 2002. Contiene 4 principios y 2.

ENFOQUES:

- Derechos: nos lleva a reconocer sus necesidades como derechos exigibles y que obliga su urgente atención.
- Evolutivo: nos facilita un enfrentamiento y respuesta adecuada a sus necesidades.
- Diversificación cultural: nos propone desarrollar las acciones respetando la realidad de cada Región, considerando las características de costa, sierra y selva.
- Género: reconoce las diferencias e igualdades entre hombres y mujeres promoviendo una vida justa.

OBJETIVOS:

- Asegurar una vida sana para los niños, niñas de 0 a 5 años de edad
- Ofrecer una educación básica de calidad para todos los niños de 6 a 11 años de edad.
- Crear espacios de participación y promover el desarrollo pleno de los y las adolescentes de 12 a 17 años de edad.
- Instituir un sistema de garantías para la protección de los derechos del niño, niñas y adolescente (de 0 a 17 años de edad).

• **Plan Nacional de Educación para Todos 2005 – 2015**

Hacia una Educación de calidad con equidad, en su política “A” denominada “La atención a la primera infancia”, detalla:

- Ampliar las oportunidades y la calidad de la atención integral a niños, niñas menores de 6 años, priorizando la población de menores recursos.
- Extender y mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos.
- Velar porque antes del año 2015 todos los niños, niñas que se encuentren en situaciones difíciles y los que pertenecen a minorías étnicas, tengan acceso a una enseñanza primaria gratuita y de buena calidad.
- Ofrecer en las áreas rurales una educación acorde con las diferencias lingüísticas de las comunidades con lenguas originarias.

- Crear las condiciones necesarias para garantizar un desempeño docente profesional y eficaz, especialmente en contextos de pobreza y exclusión, en el marco de la revalorización de la carrera pública magisterial.
- Proveer las facilidades básicas de infraestructura, equipamiento y material educativo que aseguren las condiciones para el aprendizaje óptimo, especialmente en las instituciones de mayor carencia.

- **Proyecto Educativo Nacional al 2021**

La Educación que queremos para el Perú – RS N° 001-2007-ED, considera Infancia es prioridad Nacional.

El Consejo Nacional de Educación propone un Proyecto Educativo Nacional que recoge las ideas, los compromisos y los pasos a seguir para iniciar el gran cambio de la educación en el Perú; a través de seis grandes objetivos para gestar el cambio: Una educación de calidad al alcance de todos los peruanos, escuelas innovadoras donde todos aprendan, maestros bien preparados renuevan la profesión docente, la educación se financia y se gobierna con eficacia y transparencia, la educación superior aporta al desarrollo y la competitividad y una sociedad que forma mejores ciudadanos. Los derechos a la vida y a la educación desde el nacimiento están plenamente garantizados para toda la infancia, a través de oportunidades diversas y de calidad para su óptimo desarrollo. Además considera como primera política:

Asegurar el desarrollo óptimo de la infancia a través de la acción intersectorial concertada del estado en cada región; esta política se dirige a resolver los problemas de salud, nutrición y protección que ponen en riesgo la vida de un millón de niños menores de tres años de edad afectados por la pobreza, mediante una acción intersectorial sostenida, basada en metas e indicadores de impacto distrital y regional y en estrecha alianza con las comunidades. Busca además promover el desarrollo de las diversas capacidades infantiles desde el nacimiento en los ámbitos cognitivo, social emocional, físico y motriz.

- **Ley del Presupuesto para el Sector Público 2006 Ley 28652**

Prioridad por las entidades del Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Locales, con particular atención en la población rural:

- Registro de nacimiento y de identidad
- Atención a la mujer gestante
- Atención del niño menor de cinco años
- Atención de enfermedades diarreicas agudas y enfermedades respiratorias agudas.
- Atención al neonato menor de veintinueve días

- Control de asistencia de profesores y alumnos.
- Atención educativa prioritaria a niños y niñas de cinco a siete años, formación matemática, comprensión de lectura, al finalizar el segundo grado de educación primaria. Acompañamiento pedagógico a docentes en aula y capacitación.
- Atención a infraestructura escolar en condiciones de riesgo.
- Vigilancia y control de la calidad del agua.

Se asignará una proporción no menor al treinta por ciento 30% de las ampliaciones presupuestales correspondientes a recursos ordinarios a atender los temas priorizados, bajo criterios de eficiencia y equidad, hasta cerrar los déficit de niveles de atención existentes I menor plazo posible.

En caso de que los ingresos sean inferiores a lo proyectado, el Consejo de Ministros deberá establecer las previsiones que permitan proteger los recursos necesarios que aseguren la provisión de las acciones indicadas.

- **Ley del Equilibrio Financiero Ley 28653**

No puede ser objeto de anulaciones presupuestarias los créditos presupuestarios asignados a las prestaciones del seguro integrar de salud (sis), a los programas sociales y de lucha contra la pobreza, así como a los programas presupuestarios de salud individual, salud colectiva, educación inicial, primaria y secundaria. Excepcionalmente, dichos créditos presupuestarios pueden ser objeto de modificaciones cuando éstas se produzcan entre y dentro de los indicados programas. De igual forma y en particular, no pueden ser objeto de articulaciones presupuestarias.

- **Ley General de Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes Ley Nº 29174**

Artículo 13.- Funciones de los Gobiernos Regionales y Locales 13.1 En el marco de sus facultades, los gobiernos regionales promueven el fortalecimiento de los Centros de Atención Residencial. Los gobiernos locales proporcionan las facilidades necesarias para la tramitación de las licencias y autorizaciones respectivas para su funcionamiento. 13.2 Los gobiernos regionales y locales coordinan con los Centros de Atención Residencial la ejecución de acciones conjuntas de prevención, protección y asistencia de niñas, niños y adolescentes en situación de abandono. 13.3 Así también, tienen como función supervisar a los Centros de Atención Residencial que se encuentran en su ámbito geográfico, en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, y sus Oficinas Desconcentradas, y emiten un informe sobre el resultado de las visitas de supervisión al Registro Central de Instituciones.

- **Ley 28190 Que Protege a las Niñas, Niños y Adolescentes de la Mendicidad**
Artículo 1- Objeto de la ley. La presente ley tiene como finalidad proteger a los niños y adolescentes que practiquen la mendicidad, ya sea porque se encuentran en estado de necesidad material o moral o por ser obligados o inducidos por sus padres, tutores curadores u otros terceros responsables de su cuidado y protección.

Para ello el Estado peruano creo el *Programa Nacional Yachay* a fines del año 2012, con la finalidad de restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes en situación de calle (trabajo infantil, vida en calle, mendicidad y/o explotación sexual) para que logren su desarrollo integral.

- **Ley para la Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes en cabinas públicas de internet, salas de video juegos y otras tecnologías de la información y comunicación.**

Artículo 1.- Objetivo de la Ley

- Garantizar el derecho al acceso de una información adecuada acorde con el desarrollo integral y salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes en cabinas públicas de internet , sala de video juegos i otras tecnologías de la información, comunicación.
- Establecer medidas de prevención, control, restricción y prohibición que reduzcan los riesgos de exposición a contenidos ilícitos, contenidos nocivos, contenidos no deseados, adicción y acoso al internet y otras tecnologías de la información y comunicación, en cabinas públicas, salas de videojuegos, y otros establecimientos, que contempla la presente ley.
- Promover el uso adecuado de los servicios de internet y otras tecnologías de la información a fines educativos y recreativos.
- Promover la participación del Estado, productores, proveedores de servicios y comercializadores, organizaciones sociales, la familia y personas en general en la protección integral de los niños, niñas y adolescentes en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

- **Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021”y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación DECRETO SUPREMO Nº 001-2012-MIMIP**
Que, en el Decreto Supremo Nº 027-2007-PCM se prevén las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para la entidades del Gobierno Nacional, estipulando en el artículo 2, numeral 6), en materia de inclusión, que es política nacional de obligatorio cumplimiento, entre otros, desarrollar programas destinados a reducir la mortalidad infantil, prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la nutrición de los menores de; adoptar medidas de erradicación de las

peores formas del trabajo infantil y apoyar la promoción de la paternidad responsable, así como garantizar el respeto de los derechos de grupos vulnerables, erradicando toda forma de discriminación; Que, en armonía con las normas mencionadas, los gobiernos regionales y locales también han asumido responsabilidades en materia de protección y apoyo a la infancia y la adolescencia, como se plasma en el artículo 60 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y en el artículo 84 de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidad.

Que, el Estado Peruano, consecuente con los compromisos internacionales asumidos en materia de promoción y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, formula y pone en práctica el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, que tiene como objetivos generales, crear condiciones favorables para su desarrollo humano sostenible a lo largo de su ciclo de vida, y contribuir a la lucha contra la pobreza y pobreza extrema en nuestro país, de modo que vayan formándose en el ejercicio de la ciudadanía en una sociedad democrática que promueve la cultura de derechos de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política del Perú; la Convención sobre los Derechos del Niño; la Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes; la Ley N° 29158, Ley Orgánica del

Poder Ejecutivo; la Ley N° 27666, Ley que declara el segundo domingo de abril de cada año como “Día del Niño Peruano”; y el Decreto Legislativo N° 1098 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y su Reglamento de Organización y Funciones; Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; DECRETA: Artículo 1.- De a aprobación del Plan Nacional de Acción por

el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA2012-2021”, que consta de (8) capítulos y comprende cuatro (4) objetivos estratégicos organizados en función a la línea de vida: 1) Garantizar el Crecimiento y desarrollo Integral de Niñas y Niños de 0 a 5 años de edad; 2) Garantizar la Continuación del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niñas y Niños de 6 a 11 años de edad; 3) Consolidar el Crecimiento y Desarrollo Integral de las y los Adolescentes de 12 a 17 años de edad; y, 4) Garantizar la de las Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad; así como 25 resultados esperados al año 2021, y seis 6) metas emblemáticas, que en anexo forma parte de la presente norma.

CAPITULO IV

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE

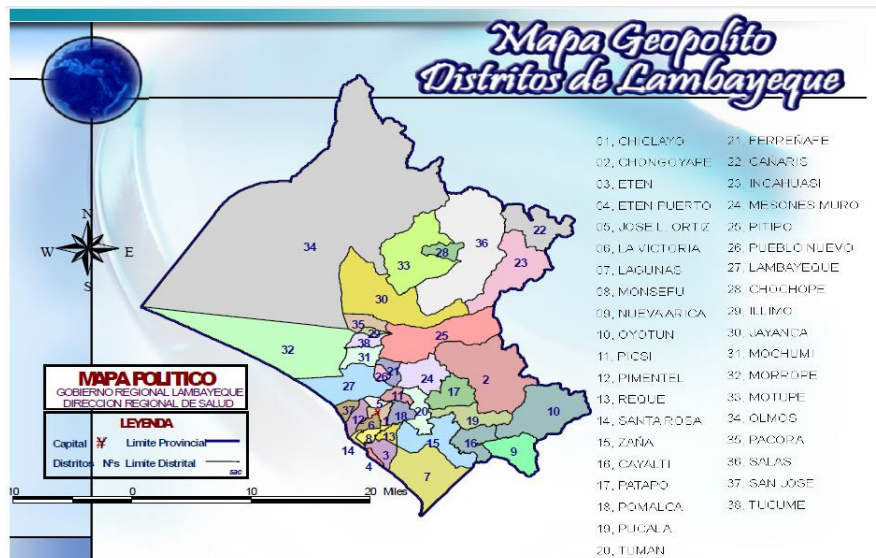
4.1.1 GEOGRAFÍA Y POBLACIÓN

4.1.1.1 Ubicación geográfica

El departamento de Lambayeque está ubicado en la costa norte del Perú entre las coordenadas geográficas 5° 28' 36" y 7° 14' 37" de Latitud Sur y 79° 41' 30" y 80° 37' 23" de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich, la altitud va de 4 m.s.n.m. abarca pequeñas áreas andinas al noreste de su territorio.

4.1.1.2 Organización política

El departamento de Lambayeque cuenta con 3 provincias y 38 distritos de los cuales 31 de ellos no tienen límites territoriales precisos; la superficie es de 14,249.30 Km² (1.1% de la superficie total del país) que comprende una amplia franja de costa con extensos desiertos y tablazos cercanos al mar. Cuenta con una extensa zona de sierra donde están los flancos occidentales de la Cordillera de los Andes, cruzada por algunos valles interandinos ubicados entre los 2,000 y 4,000 msnm. Finalmente tiene una pequeña parte de selva, posicionada en la cuenca del río Huancabamba, en el distrito de Cañaris.



4.1.1.3 Superficie Territorial

Lambayeque se encuentra situado en la parte noroccidental del país. En su mayor parte corresponde a la llamada costa norte, pero abarca algunos territorios altoandinos al noroeste. Es ribereño del océano Pacífico por el suroeste y limita con los departamentos de Piura por el norte, Cajamarca por el este y La Libertad por el

sureste. Es la segunda circunscripción regional más densamente poblada del Perú, después de la Provincia Constitucional del Callao.

La Región, tiene una superficie continental de 14,231.30 km² (1.10 % del territorio nacional), en el que vive 4.3 % de la población del país. Desagregado por provincias el territorio corresponde a: Chiclayo 3,288.1 Km², Ferreñafe 1,578.6km² y Lambayeque 9,364.6 k².

La Región Lambayeque está conformada en sus tres cuartas partes por una llanura costera árida y poco accidentada que asciende lentamente hacia el Este, al aproximarse a las estribaciones de la Cordillera de los Andes, con una gradiente promedio inferior a 6 por ciento. Debemos señalar, sin embargo; que este relieve se rompe por pequeños cerros aislados ubicados hacia el Este y Sur, lo que determinan por otro lado la dirección de los arroyos y ríos, la altura oscila entre los 4 m.s.n.m. (distrito de Pimentel – provincia de Chiclayo) y en la sierra a 3,078 m.s.n.m. (distrito e Inkawasi – provincia de Ferreñafe).

4.1.1.4 Desarrollo poblacional

Entre los años 2010-2015, el departamento de Lambayeque ha logrado un incremento poblacional de 4.4 %, pasando 1,207, 589 de Habitantes a 1, 260,650 Habitantes, que representa en la actualidad al 4% de la población nacional³, ellos significa que existe una proyección para el 2025 de 1,354, 000 habitantes⁴.

La población está distribuida en forma desigual entre sus tres provincias; Lambayeque cuenta con 296,645 habitantes, Ferreñafe a la actualidad ha llegado a 106,600 habitantes y la provincia de Chiclayo tiene 857,405 habitantes, que es casi 8 veces mayor que la población de la provincia de Ferreñafe y 2.8 veces más que la provincia de Lambayeque³.

Cuadro N° 01
POBLACIÓN POR PROVINCIAS DEL 2010 -2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
LAMBAYEQUE	1,207,589	1,218,492	1,229,260	1,239,882	1,250,349	1,260,650
CHICLAYO	821,711	829,051	836,299	843,445	850,484	857,405
FERREÑAFE	103,548	104,193	104,820	105,431	106,024	106,600
LAMBAYEQUE	282,330	285,248	288,141	291,006	293,841	296,645

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Cuadro Nº 02
POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS AÑO 2011

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/DISTRITO	Total	Niños 0-11 años	Adolescentes 12-17 años	Joven 18- 29 años	Adulto 30- 59 años	Adulto mayor 60 a más.
LAMBAYEQUE	1,218,492	279,906	146,586	258,648	418,682	114,670
CHICLAYO	829,051	176,856	96,316	180,008	296,386	79,485
FERREÑAFE	104,193	28,241	13,249	20,146	33,237	9,320
LAMBAYEQUE	285,248	74,809	37,021	58,494	89,059	25,865

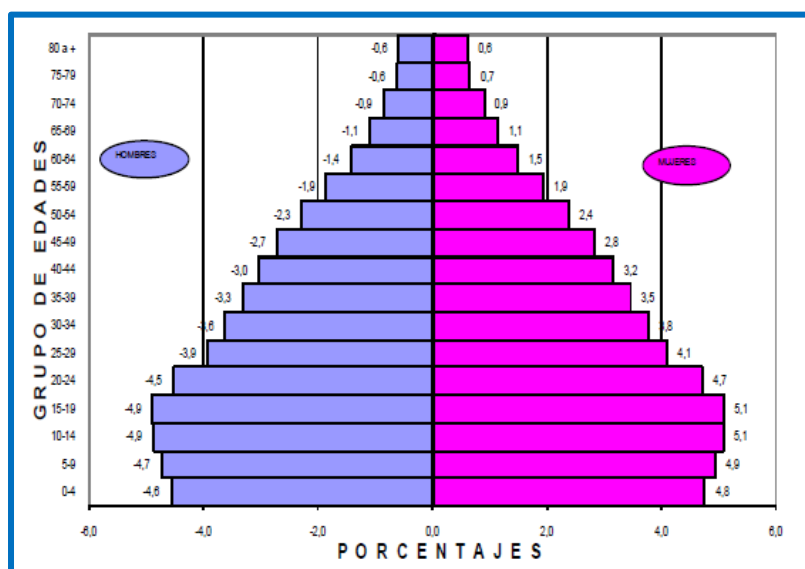
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. C.V-HS

Cuadro Nº 03
PIRAMIDE POBLACIONAL DEL DTO. LAMBAYEQUE POR EDADES AÑO 2011

Edades	Total	Hombres	Mujeres
0-4	113810	55767	58043
5-9	117892	57767	60125
10-14	121302	59438	61864
15-19	121564	59566	61998
20-24	112697	55222	57475
25-29	97875	47959	49916
30-34	90128	44163	45965
35-39	82558	40453	42105
40-44	75418	36955	38463
45-49	67485	33068	34417
50-54	56891	27877	29014
55-59	46202	22639	23563
60-64	35600	17444	18156
65-69	27342	13398	13944
70-74	21431	10501	10930
75-79	15691	7689	8002
80 a +	14606	7157	7449
TOTAL	1218492	597061	621431

Fuente: Análisis situacional de Salud Lambayeque 2012, DIRESA Lambayeque – Epidemiología

Gráfico Nº 01



Fuente: Análisis situacional de Salud Lambayeque 2012, DIRESA Lambayeque – Epidemiología

4.1.2. LOS COMPONENTES DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL

4.1.2.1 La Tasa de Fecundidad

La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población. Ésta se ha incrementado en los últimos tres años en Lambayeque.

Desde mediados de la década del 90, en el marco de las acciones de la lucha contra la pobreza, se tomó en consideración el comportamiento demográfico, dando prioridad a la atención de las niñas y niños menores de cinco años de edad y a las madres gestantes y lactantes. La reducción de la fecundidad es considerada importante en la actualidad porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna.

- En el departamento de Lambayeque, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,4 hijos por mujer para el período 2009-2012 según la encuesta 2012. La TGF estimada para el área urbana fue 2,2 hijos y para el área rural 3,9 hijos.
- Las tasas de fecundidad por edad, en promedio son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanza su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años, que conjuntamente con el grupo 30 a 34 años aportan el 66,0 por ciento de la fecundidad. Esta desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad.
- En el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo 25 a 29 años de edad y en conjunto con el grupo 15 a 19 y 20 a 24 años, aportan el 70,0 por ciento de la fecundidad total del área.
- En el área rural la fecundidad tiene su mayor nivel en los grupos de mujeres de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad, y conjuntamente con los grupos 25 a 29 y 30 a 34 años, aportan el 72,3 por ciento de la fecundidad.
- La Tasa de Fecundidad General (TFG) en Lambayeque fue de 82 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad, en el área urbana 74 y en el área rural 127 nacimientos.
- La Tasa Bruta de Natalidad (TBN), es decir, el número de nacimientos que en promedio ocurren anualmente por cada mil habitantes, fue 19,3 para el departamento de Lambayeque, 18,1 para en el área urbana y 24,3 para el área rural.

Cuadro Nº 04

LAMBAYEQUE: FECUNDIDAD, POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN INDICADOR, 2012
(Para los tres años anteriores a la encuesta, fecha central enero 2011)

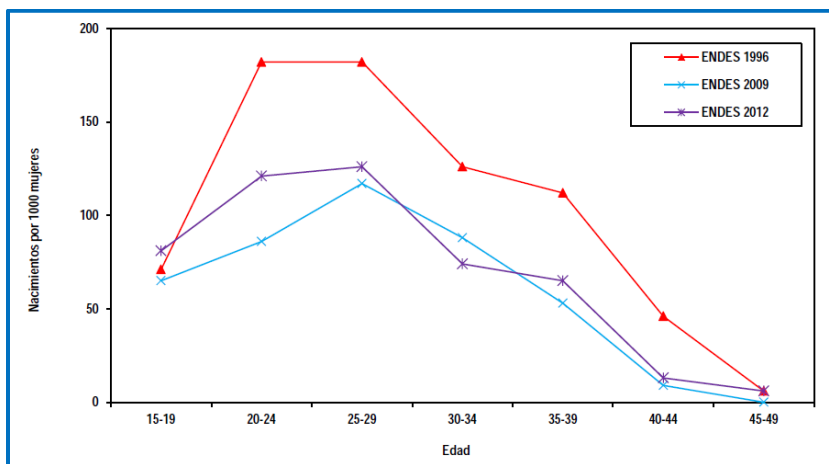
Indicador	Área de residencia		
	Total	Urbana	Rural
Tasa específica de fecundidad			
15-19	81	70	150
20-24	121	115	149
25-29	126	124	136
30-34	74	64	123
35-39	65	53	125
40-44	13	7	49
45-49	6	0	40
TGF 2012 1/	2,4	2,2	3,9
TGF 2009 1/	2,1	1,9	3,2
TFG 2/	82	74	127
TBN 3/	19,3	18,1	24,3

1/ La Tasa Global de Fecundidad (TGF) está expresada en nacimientos por mujer.
2/ La Tasa de Fecundidad General (TFG) está expresada en nacimientos por 1 000 mujeres.
3/ La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) está expresada en nacimientos por 1 000 habitantes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012

Gráfico Nº 02

LAMBAYEQUE: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD, SEGÚN VARIAS ENCUESTAS, 1996, 2009 Y 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En el Cuadro Nº04 y en el Gráfico 2 se comparan las tasas de fecundidad por edad estimadas en las encuestas realizadas en Lambayeque en el período 1996-2012. La comparación permite identificar grupos de edad en los cuales han aumentado o disminuido los nacimientos con los consiguientes cambios en la proporción de mujeres y nacimientos con elevados riesgos reproductivos.

Evolución de la fecundidad

- En el período de 16 años transcurridos entre las encuestas 1996 y 2012, la fecundidad disminuyó 33,3 por ciento desde 3,6 hijos por mujer a 2,4 (1,2 hijos). Este porcentaje de descenso es más alto entre las mujeres de 40 a 44 años, donde la disminución de la fecundidad fue de 71,7 por ciento, seguido del grupo de mujeres de 35 a 39 años (42,0 por ciento) y las de 30 a 34 (41,3 por ciento).
- En los últimos tres años, la fecundidad se ha incrementado en la mayoría de los grupos de edad resaltando el grupo de 40 a 44 años con 44,4 por ciento y el grupo de 20 a 24 años con 40,7 por ciento.

Cuadro Nº 05

LAMBAYEQUE: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 1996, 2009 Y 2012

Grupo de edad	ENDES 1996	ENDES 2009	ENDES 2012
15-19	71	65	81
20-24	182	86	121
25-29	182	117	126
30-34	126	88	74
35-39	112	53	65
40-44	46	9	13
45-49	6	0	6
Tasa global	3,6	2,1	2,4

NOTA: Tasas para los tres que precedieron a la encuesta
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En el cuadro Nº 06 Se observa que la mayor tasa de fecundidad general se encuentra en la provincia de Chiclayo con 57 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil (MEF), y de la menor tasa es la provincia de Ferreñafe con 42 nacimientos por cada 1000 MEF, según fuente del sistema HVITAL 2011.

Cuadro Nº 06

FECUNDIDAD POR PROVINCIAS - 2011

DEPARTAMENTO / PROVINCIAS	NACIMIENTOS	MUJER EN EDAD FERTIL	TASA FECUNDIDAD GENERAL X 1000 mef
DEP. LAMBAYEQUE	20929	396952	52,72
CHICLAYO	15798	275949	57,25
LAMBAYEQUE	3772	89023	42,37
FERREÑAFE	1359	31980	42,50

Fuente: SISTEMA HVITAL 2011

4.1.2.2 Nivel educativo y tasa de fecundidad

De igual modo, existe una relación inversa entre el nivel educativo y la tasa de fecundidad, de donde podemos deducir que las mujeres con menor nivel educativo son aquellas que tienen las más altas tasas de fecundidad.

Los diferenciales en las tasas globales de fecundidad y la paridez completa (medida como el promedio de nacidos vivos en mujeres de 40-49 años) se presentan en el Cuadro N° 07 por área de residencia, nivel de educación y quintil de riqueza. El Cuadro N° 07 también incluye los porcentajes de mujeres en edad fértil actualmente embarazadas. Las tasas y la paridez por área de residencia y nivel de educación se resumen en el Gráfico N°03 La evolución de la fecundidad por área de residencia y educación se detallan en el Cuadro N° 08.

El nivel de fecundidad no es uniforme en el departamento de Lambayeque pues se observan marcadas diferencias, según el área de residencia, nivel educativo y quintil de riqueza, de la mujer.

- De continuar los niveles actuales de reproducción, las mujeres con educación primaria tendrían al final de su vida reproductiva 1,6 veces el número de hijos que aquellas con educación superior (3,3 frente a 2,1); siendo la brecha entre ambos niveles de 1,2 hijo, la misma que ha aumentado para los mismos niveles educativos en 0,9 hijos, respecto a la brecha observada en la encuesta 2009 que fue de 0,3 hijos.
- Respecto a los quintiles de riqueza se observa que las mujeres de los hogares pertenecientes al quintil inferior de riqueza tenían en promedio una tasa global de fecundidad de 5,3 hijos; en contraste con las ubicadas en el cuarto quintil y quintil superior de riqueza que tan sólo tenían 1,6 hijos.

Cuadro N° 07

LAMBAYEQUE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS DE MUJERES DE 40-49 AÑOS Y PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS ACTUALMENTE EMBARAZADAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012

Característica seleccionada	Tasa global de fecundidad 1/	Promedio de nacidos vivos de mujeres 40-49	Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15-49
Área de residencia			
Urbana	2,2	3,0	3,6
Rural	3,9	4,5	6,6
Nivel de educación			
Sin educación	6,2	5,3	3,1
Primaria	3,3	3,9	4,2
Secundaria	2,3	2,7	4,4
Superior	2,1	2,5	3,5
Quintil de riqueza			
Quintil inferior	5,3	4,9	8,9
Segundo quintil	2,8	3,5	2,4
Quintil intermedio	2,7	3,4	3,6
Cuarto quintil	1,6	2,9	5,0
Quintil superior	1,6	2,5	4,0
Total 2012	2,4	3,3	4,1
Total 2009	2,1	3,0	3,9

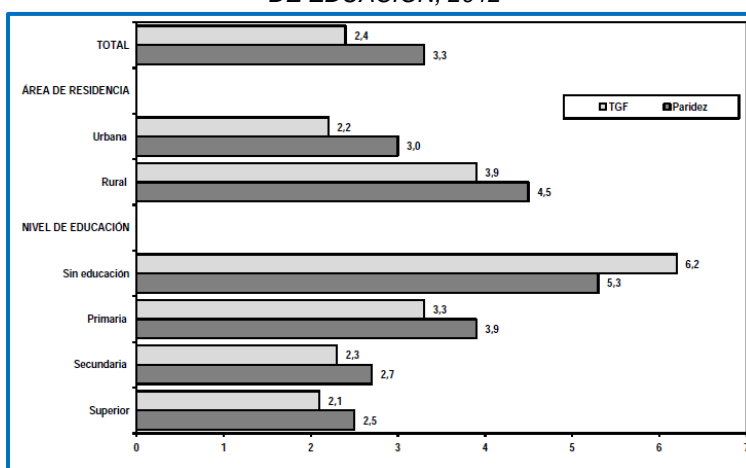
Nota: Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran () y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.*

1/ Tasas para los tres años que precedieron la encuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Gráfico Nº 03

LAMBAYEQUE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y PARIDEZ POR ÁREA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

- También en el Cuadro Nº 07 al comparar la TGF con el número medio de hijos nacidos vivos estimado para las mujeres de 40-49 años, se observa que la fecundidad ha disminuido en la mayoría de las características seleccionadas.
- En el Cuadro Nº 08 se observa que el nivel de fecundidad también ha descendido según el nivel educativo de las mujeres en el período de análisis 1996 al 2012, particularmente entre las mujeres del área rural (42,6 por ciento) y las de educación superior (32,3 por ciento).

Cuadro Nº 08

LAMBAYEQUE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR VARIAS ENCUESTAS, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 1996, 2009 Y 2012

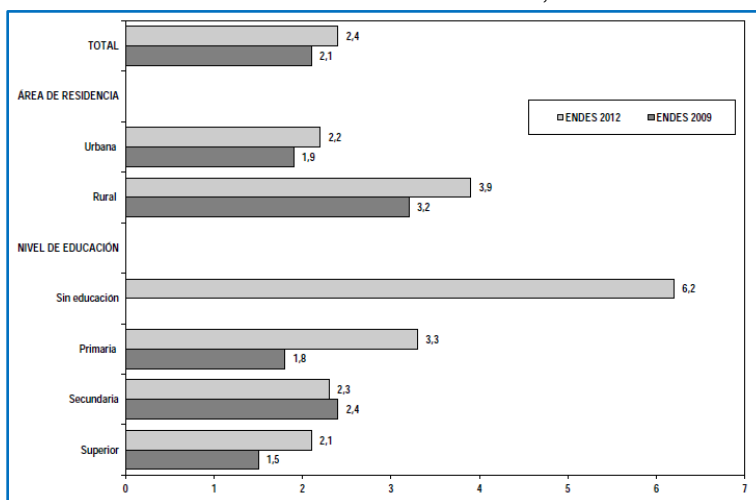
Característica seleccionada	ENDES 1996	ENDES 2009	ENDES 2012
Área de residencia			
Urbana	3,1	1,9	2,2
Rural	6,8	3,2	3,9
Nivel de educación			
Sin educación	8,5	*	6,2
Primaria	4,5	1,8	3,3
Secundaria	3,0	2,4	2,3
Superior	3,1	1,5	2,1
Total	3,6	2,1	2,4

Nota: Las tasas basadas en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas basadas en 20-24 casos se presentan entre paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Gráfico N° 04

LAMBAYEQUE: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, POR CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2009 Y 2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En las comparaciones del cuadro anterior, se emplean datos de las ENDES que corresponden a diversas fechas, con muestras, informantes y períodos de referencia diferentes. Con el fin de tener una mejor idea de la dinámica de los cambios es preferible evaluar la tendencia de la fecundidad mediante el análisis retrospectivo a partir de las historias de nacimientos recolectadas en la encuesta 2012.

Fecundidad por edad de la Mujer.

El Cuadro N° 09 muestra las tasas de fecundidad por edad para varios quinquenios anteriores a la encuesta, lo cual permite apreciar si efectivamente se han producido cambios en los niveles de fecundidad a través del tiempo.

Algunas tasas no reflejan la experiencia de todas las mujeres en ciertos grupos de edad en los quinquenios señalados. Para observar la experiencia completa del grupo de 45-49 en los cinco años anteriores a la encuesta, por ejemplo, hubiese sido necesario entrevistar a mujeres de 50-54 años.

- Si se calcularan las Tasas Globales de Fecundidad con la información truncada del cuadro, la fecundidad en el departamento de Lambayeque se habría disminuido ligeramente en 0,2 hijos en promedio por mujer, al pasar de 2,7 a 2,5 hijos entre los quinquenios 10-14 a 0-4 años antes de la encuesta, resultando una disminución del orden del 7,4 por ciento.

Cuadro Nº 09

LAMBAYEQUE: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR PERIODOS QUINQUENALES ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, 2012

Edad de la madre al nacimiento	Quinquenio		
	0-4	5-9	10-14
	(Enero 2010)	(Enero 2005)	(Enero 2000)
15-19	75	68	79
20-24	131	124	140
25-29	132	138	118
30-34	76	102	97
35-39	55	67	96
40-44	15	22	na
45-49	8	na	na
TFG	2,5	2,6	2,7

na = No aplicable

Nota: Tasas de fecundidad por 1,000 mujeres

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

4.1.2.3 La tasa de mortalidad

Las estadísticas de la mortalidad constituyen un indicador disponible que expresan la frecuencia con que las muertes y sus causas ocurren en función al tiempo espacio y persona y tiene importancia para obtener una visión epidemiológica de la enfermedad y para implementar las estrategias que sean requeridas para disminuir los riesgos de morir de la población. Aumentar la esperanza de vida al nacer, disminuir los años de vida perdidos AVP e incrementar años de vida productivos de dicha población.

Para el análisis de la mortalidad de la región de Lambayeque se ha tomado como fuente la base de datos de mortalidad del año 2011.

Cuadro Nº 10

MORTALIDAD GENERAL POR CAPITULOS DE Dx SEGÚN SEXO DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE Y SUS PROVINCIAS 2011

Nº	CAUSAS	TOTAL			CHICLAYO			FERRENAFE			LAMBAYEQUE		
		T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
1	Tumores [neoplasias]	1108	500	608	837	374	463	57	30	27	214	96	118
2	Enfermedades del sistema circulatorio	1046	535	511	777	392	385	39	17	22	230	126	104
3	Enfermedades del sistema respiratorio	786	447	339	577	325	252	63	38	25	146	84	62
4	Enfermedades del sistema digestivo	325	208	117	248	167	81	21	10	11	56	31	25
5	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	282	155	127	203	118	85	25	12	13	54	25	29
6	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	269	220	49	206	170	36	12	10	2	51	40	11
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	235	114	121	180	93	87	15	3	12	40	18	22
8	Enfermedades del sistema genitourinario	212	118	94	142	84	58	20	9	11	50	25	25
9	Enfermedades del sistema nervioso	167	95	72	122	71	51	7	4	3	38	20	18
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	132	89	43	102	72	30	4	3	1	26	14	12
	OTRAS CAUSAS	2308	1071	1022	1682	848	834	2	1	1	32	11	21
	TOTAL	4778	2482	2081	3522	1930	1592	265	137	128	937	490	447

FUENTE: Área de Estadística e Informática DIRESA Lambayeque- Sistema Hvitál

Como podemos apreciar en la tabla previa, enfermedades no trasmisibles como los tumores o neoplasias y las enfermedades cardiovasculares son las dos primeras causas de muertes en cifras absolutas en la región. Otra forma de análisis es la evaluación de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), y en general las enfermedades neoplásicas constituyen la principal carga de enfermedad, seguida de enfermedades respiratorias y las cardiovasculares.

4.1.2.4. Desarrollo Humano

El último Informe de Desarrollo Humano – Perú 2013 (PNUD) confirma que Perú y, en general América Latina, han mejorado sus indicadores de desarrollo humano y se encuentran en un nivel medio. Este mejoramiento está vinculado a varios procesos, siendo el más importante el largo crecimiento económico en el área y las crisis que son más bien pasajeras. En el caso de Perú se ha pasado de 0.580 el año 1980 a 0.741 el año 2012, habiendo mejorado más en salud y educación que en ingresos.

El último estudio sobre el Índice de Desarrollo Humano (PNUD, 2013) ubica, efectivamente al Departamento de Lambayeque en el 9º lugar, después de 8 departamentos, entre ellos Lima, Ica, Moquegua, Arequipa, La Libertad. Este es un puesto que, según varias declaraciones, los lambayecanos no se merecen por variadas circunstancias y razones que van desde la estratégica ubicación geográfica, hasta la existencia de numerosos centros superiores de educación. Estos datos confirmarían la sensación que tiene el ciudadano de que las cosas no están mejorando y lo que se dice y proclama no se refleja en la calidad de vida de la gente.

El Departamento de Lambayeque ha mejorado, levemente, su índice de desarrollo humano en la última década, pasando de 0,3797 el año 2003 a 0,4617 el año 2013, (recordemos que el ideal es 1) lo que significa que en 10 años ha experimentado un crecimiento de 0,082, que es una cifra muy baja y que nos habla más bien de un No desarrollo o simplemente estancamiento.

Cuadro N° 11

LAMBAYEQUE: INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO AÑOS 2003 Y 2012

INDICADOR	LAMBAYEQUE	
	2003	2012
Esperanza de vida al nacer (años).	71,62 (6° lugar)	75,44 (8° lugar)
Población con Educación Secundaria completa.	64,43 (7° lugar)	73,36 (8° lugar)
Años educación de la población 25 y más.	8,48 (8° lugar)	8,46 (10° lugar)
Ingreso Familiar per cápita (soles)	405,9 (6° lugar)	526,9 (15° lugar)
Índice de Desarrollo Humano.	0,3797 (6° lugar)	0,4617 (9° lugar)

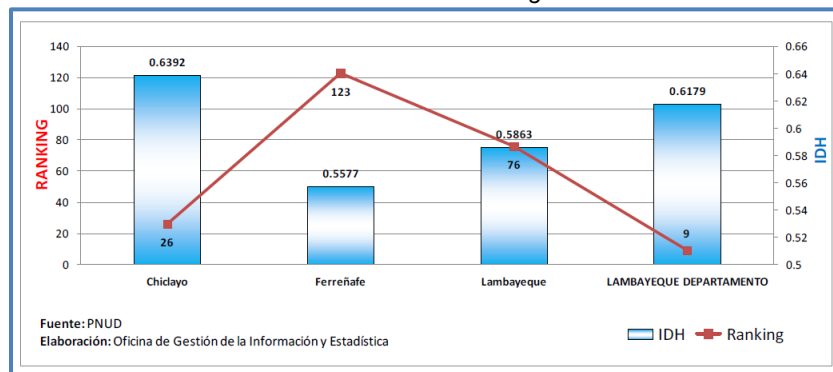
FUENTE: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2003-2012.

Como se puede apreciar el 2003 los cuatro indicadores del IDH son muy regulares, no existen sino dos puntos entre los extremos, es decir han tenido un rendimiento “regularmente bajo”. Pero el 2012 desaparece la regularidad anterior y la diferencia entre los extremos es de siete puntos. Como se puede apreciar tres de ellos se han mantenido “regularmente bajos”, mientras que el de “ingreso familiar per cápita” se puede calificar como “muy bajo” ya que desciende del puesto 6° al puesto 15°. Este dato sustenta las bajas remuneraciones de los trabajadores de Lambayeque.

Comparando los indicadores de los años 2003 y 2012, existe un crecimiento numérico de tres de los cuatro indicadores: la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 3,82 años (hecho que es una tendencia nacional y mundial). Ha crecido también la cobertura de la educación secundaria completa en más de nueve puntos, pero en el indicador de escolaridad de la población con 25 y más años ha descendido en 0,02 puntos lo que evidentemente significa un retroceso. El Ingreso familiar per cápita se ha incrementado en 121 soles, lo que significa 10 soles anuales que es un incremento muy bajo y con lo cual el retroceso de Lambayeque se hizo inevitable.

Gráfico N° 05

LAMBAYEQUE: Desarrollo Humano Según Provincias 2007



FUENTE: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2007

A nivel provincial, el ranking de sus 3 provincias de un total de 195 a nivel nacional² es como sigue: Chiclayo (26), Ferreñafe (123) y Lambayeque (76).

a) Salud

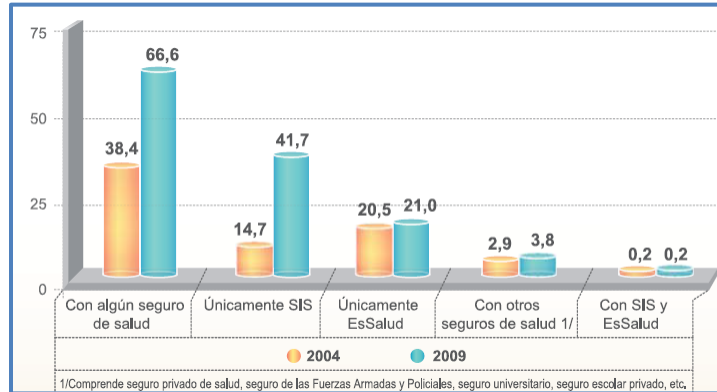
La evolución del Desarrollo Humano a nivel de provincias muestra que entre los años 2004 - 2009 se experimentaron mejoras en la salud de las personas, mayores logros en la educación, así como mejoras económico - productivas que repercutieron en el ingreso familiar.

En el 2009, el 66,6% de la población de Lambayeque, cuenta con algún seguro de salud, observándose que el 41,7% está afiliado únicamente al

Seguro Integral de Salud (SIS). El 21,0% está afiliado únicamente al seguro de EsSalud y el 3,8% a otros seguros de salud.

Gráfico N° 06

LAMBAYEQUE: POBLACIÓN CON ALGÚN SEGURO DE SALUD 2004 Y 2009

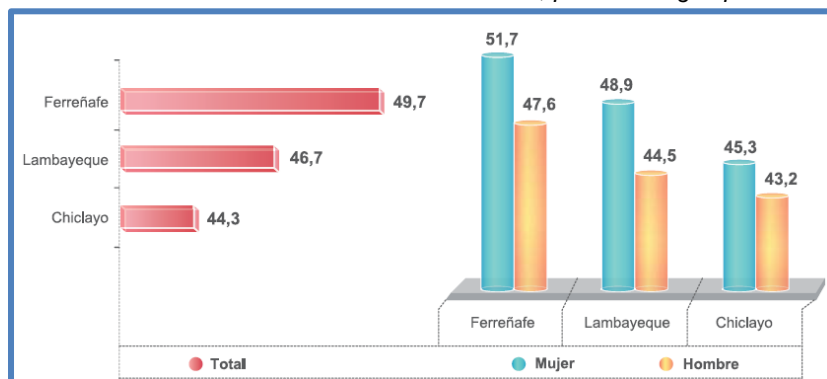


FUENTE: INEI – Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2004 y 2009

En el 2007, en las provincias del departamento de Lambayeque la mayor cobertura de algún seguro de salud se observa en Ferreñafe (49,7%), seguido por Lambayeque (46,7%). Mientras que la menor cobertura se presenta en la provincia de Chiclayo (44,3%). Por género, la población femenina que tiene mayor cobertura del seguro de salud se encuentra en las provincias de Ferreñafe (51,7%) y Lambayeque (48,9%) y en menor medida Chiclayo (45,3%); del mismo modo la población masculina con mayor cobertura se encuentra en las provincias de Ferreñafe (47,6%) y Lambayeque (44,5%).

Gráfico N° 07

LAMBAYEQUE: POBLACIÓN CON SEGURO DE SALUD, por sexo según provincia 2007 (%)



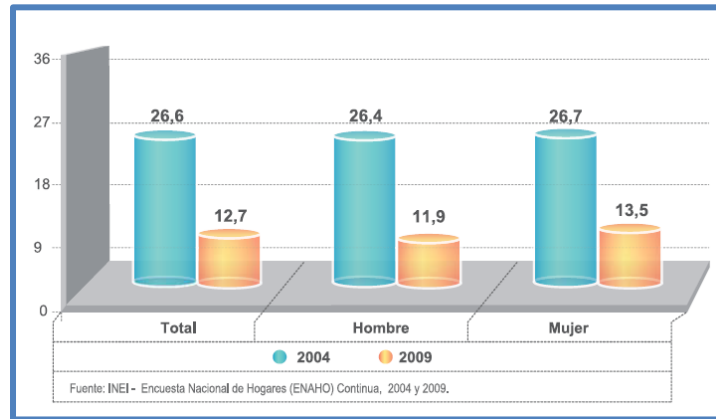
FUENTE: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de Vivienda.

En el año 2009, en el departamento de Lambayeque cerca de 13 personas de cada 100 padecieron de alguna enfermedad, presentándose más casos

entre las mujeres (14 de cada 100 mujeres) que en los hombres (12 de cada 100).

Gráfico N° 08

LAMBAYEQUE: POBLACIÓN QUE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD, según sexo 2004 y 2009



FUENTE: INEI – Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) Continua, 2004 y 2009.

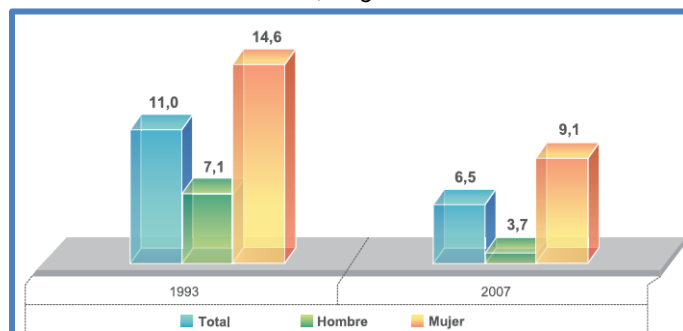
b) Educación:

En el departamento de Lambayeque, la tasa de analfabetismo según el Censo 2007 afectó al 6,5% de la población de 15 y años de edad y en comparación con los niveles reportados en el censo de 1993 (11,0%), disminuyó en 4,5 puntos porcentuales.

Según género, se observó en el 2007 que las mujeres presentaron tasas de analfabetismo más altas (9,1%) respecto a la de los hombres (3,7%).

Gráfico N° 09

LAMBAYEQUE: TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN CENSADA DE 15 A MAS AÑOS DE EDAD, Según Sexo 1993 Y 2007



FUENTE: INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

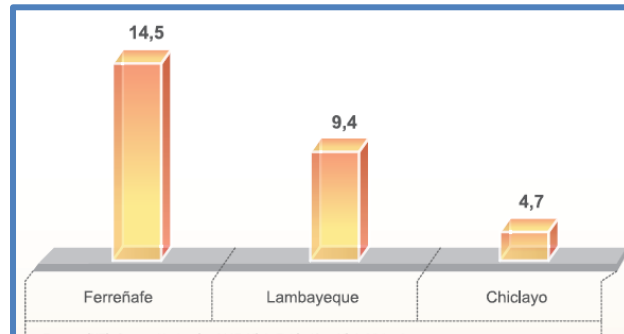
Según los resultados del Censo 2007, en el departamento de Lambayeque la provincia que tiene la tasa de analfabetismo más alta es Ferreñafe (14,5%);

es decir, aproximadamente 14 de cada 100 personas mayores de 14 años de edad que viven en esta provincia no saben leer ni escribir.

De igual manera, la provincia de Lambayeque presenta una tasa de analfabetismo de 9,4%, mientras que la menor tasa se observa en la provincia de Chiclayo (4,7%).

Gráfico N° 10

LAMBAYEQUE: TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN CENSADA DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, Según Provincia 2007(%)



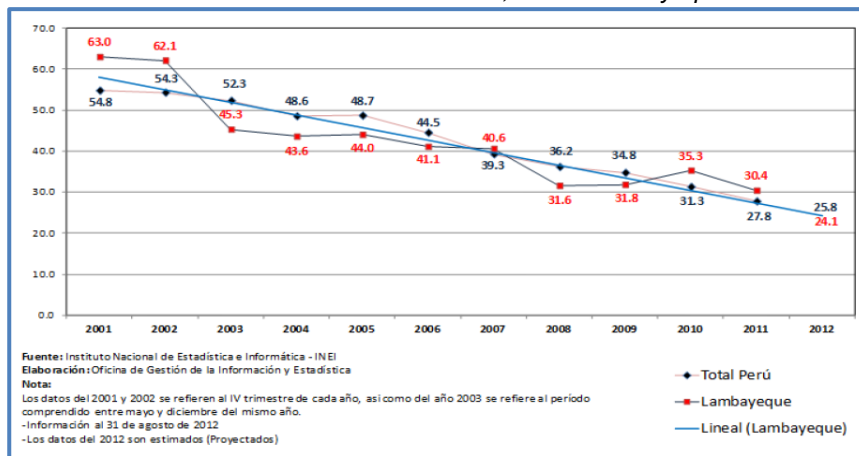
FUENTE: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

c) Pobreza:

La pobreza es la insuficiencia de oportunidades para crecer; está relacionada a la existencia de desigualdades distributivas, crecimiento dispar entre población y economía, deficiente desarrollo de mercados, entre otros.

Gráfico N° 11

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA, Perú - Lambayeque 2001 al 2011

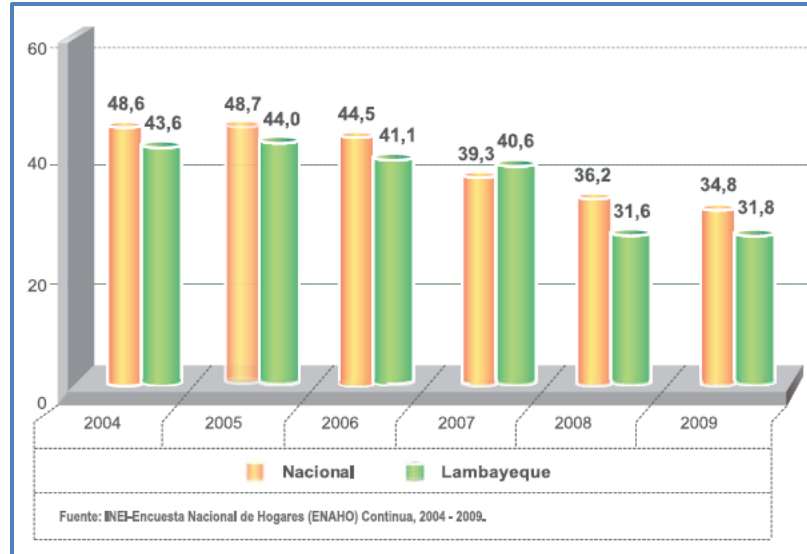


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística e Informática 2012

En el año 2009, el departamento de Lambayeque registró una tasa de pobreza de 31,8%, siendo menor al promedio nacional (34,8%). Cabe resaltar que durante el periodo 2004-2009, la pobreza en este departamento se redujo en 11,8 puntos porcentuales.

Gráfico N° 12

LAMBAYEQUE: INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL 2004 AL 2009

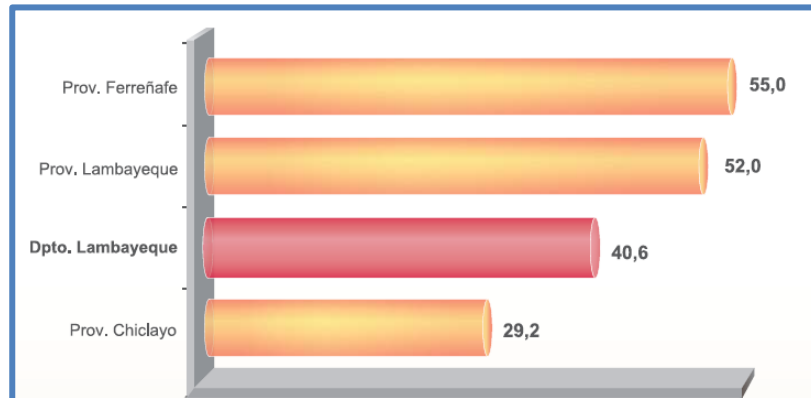


FUENTE: INEI – Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) Continua, 2004 - 2009

En el 2007, la incidencia de la pobreza total afectó en mayor proporción a la población de la provincia de Ferreñafe con 55,0%, seguido de la provincia de Lambayeque con 52,0%, mientras que la provincia Chiclayo registró el 29,2%.

Gráfico N° 13

LAMBAYEQUE: INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL, Según Provincia 2007



FUENTE: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

d) La desigualdad de género

En la región Lambayeque existe inequidad de género; esto es expresado en las distintas imágenes de la sociedad; desde la familia, pasando por las esferas social, económica y política: las más afectadas son las mujeres, particularmente por las condiciones de pobreza y exclusión existentes.

CAPITULO V

5.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE

Nuestro País viene enfrentando múltiples problemas dentro de un periodo de grandes restricciones económicas; el departamento de Lambayeque no es ajeno a ello, esto exige establecer políticas estrictas de priorización de planes y programas y una adecuada racionalización de los recursos. En este contexto de pobreza; la infancia y la adolescencia son los segmentos de la población que más se han visto afectados por las tendencias económicas negativas y no atendidas apropiadamente, a pesar de constituir etapas cruciales de la vida. Es claro, que la atención de estos grupos es vital para el futuro del País.

Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación, son los pilares del desarrollo humano, de ahí la importancia de considerar estrategias urgentes y operativas tendientes a solucionar los problemas de la niñez y de la adolescencia priorizando aquellos sectores más excluidos de niños, niñas y adolescentes de nuestro ámbito regional. Esta priorización debe comprender desde el embarazo de la madre, el nacimiento, la primera infancia, la niñez y el desarrollo físico, psicológico y sexual hasta los 18 años de edad.

De otro lado debe conocerse también los grados de protección por los niños, niñas y adolescentes sobre todo en relación con la familia y la escuela. Menos puede descuidarse sus formas de participación en los asuntos escolares y de la comunidad local.

El diagnóstico es realizado sobre la base de los 5 ejes temáticos seleccionados participativamente para el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación, para una población regional de 1,260650 niños, niñas y adolescentes.

Cuadro Nº 12

POBLACIÓN SEGÚN PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE EN EL AÑO 2015

	Población 2015	Población ambos sexos								
		<1	1	2	3	4	5-9	10-11	12-14	15-17
LAMBAYEQUE	1260650	21191	21442	21694	21946	22196	114468	47151	71882	72915
CHICLAYO	857405	13239	13466	13667	13849	14016	72239	29770	46163	48794
FERREÑAFE	106600	2178	2172	2177	2192	2215	11424	4706	6849	6120
LAMBAYEQUE	296645	5774	5804	5850	5905	5965	30805	12675	18870	18001

Fuente: Gobierno Regional de Lambayeque (Gerencia de salud Lambayeque): Oficina de Epidemiología - Área de Estadística e Informática 2015

5.1.1 SALUD

La Salud del niño y la niña está condicionado por la atención de la salud y por los cuidados que recibe durante el proceso de gestación.

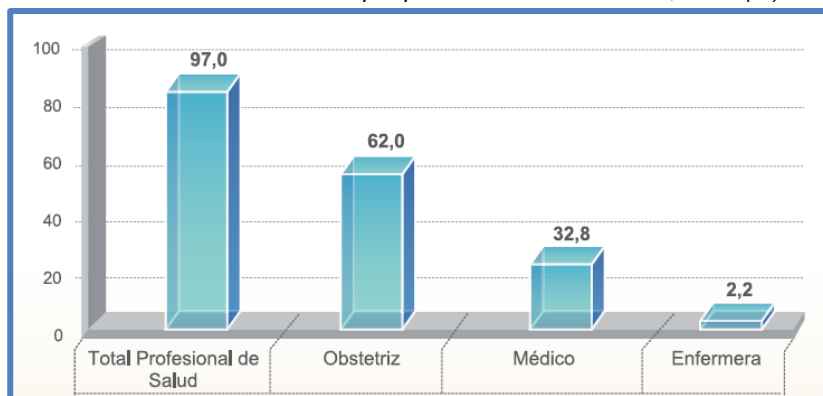
El embarazo y el parto son procesos normales y la mayoría de ellos concluyen con resultados positivos, sin embargo siempre representan algún riesgo para la madre y el bebé. Al analizar la situación de las madres gestantes en el departamento de Lambayeque, se encuentra múltiples problemas, algunos de los cuales, están asociados a la necesidad de orientación y apoyo educativo a las madres, con relación a los cuidados prenatales y perinatales.

En el departamento de Lambayeque está tratándose de desarrollar diversas acciones preventivo promocionales en busca de mejorar la cobertura de atención de partos a nivel institucional para asegurar en la gestante y en la madre púérpera un parto saludable y seguro.

En el año 2009, en el departamento de Lambayeque 97 de cada 100 mujeres en estado de gestación tuvieron algún control prenatal por profesionales de salud, ya sea por médico, obstetriz o enfermera. La mayoría de las atenciones corresponden a obstetrices, 62 de cada 100 mujeres (62,0%), seguido por el médico, 33 de cada 100 (32,8%) y por enfermera sólo 2 de cada 100 mujeres fueron atendidas en su control prenatal.

Gráfico N° 14

LAMBAYEQUE: Atención Prenatal por profesionales de la salud, 2009 (%)

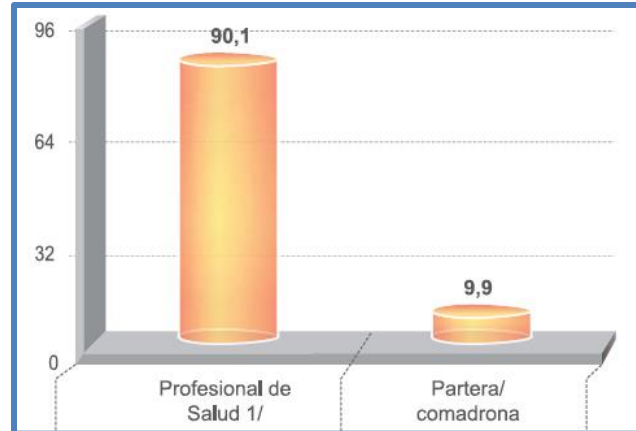


FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009

En el 2009, en el departamento de Lambayeque 9 décadas 10 mujeres lograron atenderse durante el parto por un profesional de la salud; y 1 de cada 10 mujeres fueron atendidas en el parto por alguna partera o comadrona.

Gráfico N° 15

LAMBAYEQUE: Atención durante el parto, 2009 (%)

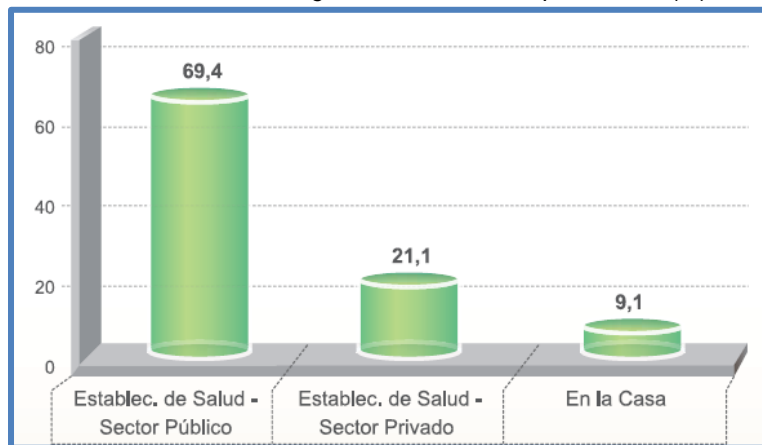


FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009

En el año 2009, aproximadamente 7 de cada 10 partos ocurridos tuvieron lugar en un establecimiento de salud del sector público, 2 de cada 10 partos se realizaron en el sector privado y 1 de cada 10 en la casa.

Gráfico N° 16

LAMBAYEQUE: Lugar de ocurrencia del parto, 2009 (%)



FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2009

- a) **MUERTE MATERNA:** Este es un indicador muy importante de resultado sanitario ya que refleja todo el proceso de control y resultado final del cuidado que los servicios de salud le brindan al binomio madre niño.

Cuadro Nº 13

MUERTES MATERNAS DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE 2001 A 2011

MM Notificadas					
Año	Nacidos vivos	Region Lambayeque	Otras Regiones	Total	RMM x 100000 NV
2001	24174	24	1	25	99,28
2002	24178	11	6	17	45,50
2003	24231	13	12	25	53,65
2004	25988	20	3	23	76,96
2005	25787	27	2	29	104,70
2006	25510	17	5	22	66,64
2007	21588	28	12	40	129,70
2008	21514	16	2	18	74,37
2009	21412	18	7	25	84,07
2010	22274	15	5	20	67,34
2011	23325	15	2	17	64,31

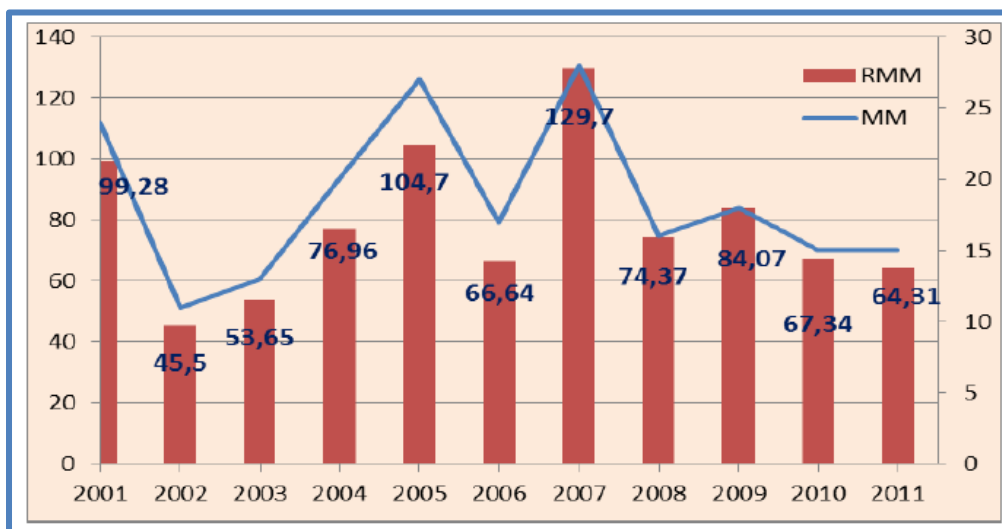
Fuente: Noti-Sp Oficina Epidemiología DIRESA Lambayeque.

Este análisis de tendencias muestra que a pesar de los esfuerzos realizados para garantizar la atención adecuada de las gestantes de nuestra región, aún existen fluctuaciones de la cifra absoluta de muertes maternas.

- b) **RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA:** Indicador que como se aprecia en el gráfico de tendencia mantiene un nivel importante.

Gráfico Nº 17

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA LAMBAYEQUE 2001 AL 2011



Fuente: Noti-Sp Oficina Epidemiología DIRESA Lambayeque.

Cuadro N° 14

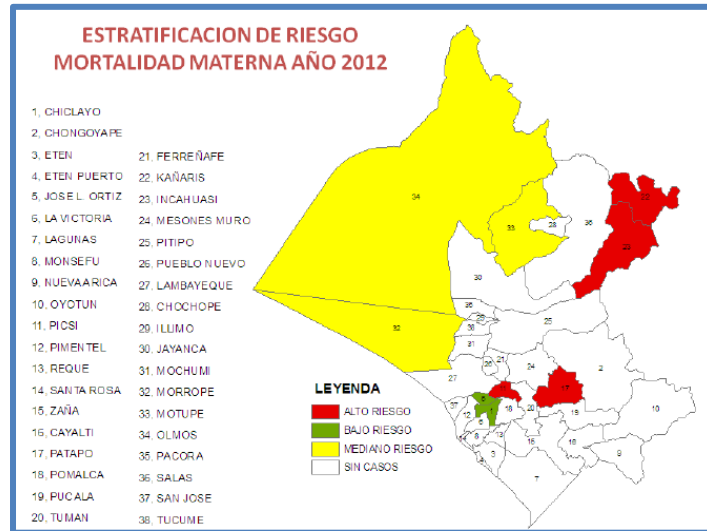
MUERTES MATERNAS EN LAMBAYEQUE 2010 - 2011 POR DISTRITOS DE OCURRENCIA

DISTRITO	Poblacion N.V. 2011	2010				2011			RMM x 100000 N.V. Año 2011
		M Maternas				M Maternas			
		Directa	Indirecta	Incidentia	Total	Directa	Indirecta	Total	
Incahuasi	297	1	1		2	3		3	1010,10
Olmos	764		1		1	1		1	130,89
Oyotún	196	1			1			0	0,00
Pátapo	427				0	2		2	468,38
Morrope	839	1			1		1	1	119,19
Salas	239	1			1			0	0,00
José L. Ortiz	3479	2	1		3	1	1	2	57,49
Motupe	497				0	1		1	201,21
Chiclayo	5434	1		1	2	1		1	18,40
Picsi	184				0	1		1	543,48
Tuman	575	1			1				0,00
Monsefu	613		1		1				0,00
Pomalca	476		1		1	1		1	210,08
Cañaris	274		1		1	2		2	729,93
Región Lambayeque	23325	8	6	1	15	13	2	15	64,31

Fuente Noti-Sp Oficina Epidemiología DIRESA Lambayeque

Gráfico N° 18

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO: MORTALIDAD MATERNA 2012



Fuente Noti-Sp Oficina Epidemiología DIRESA Lambayeque

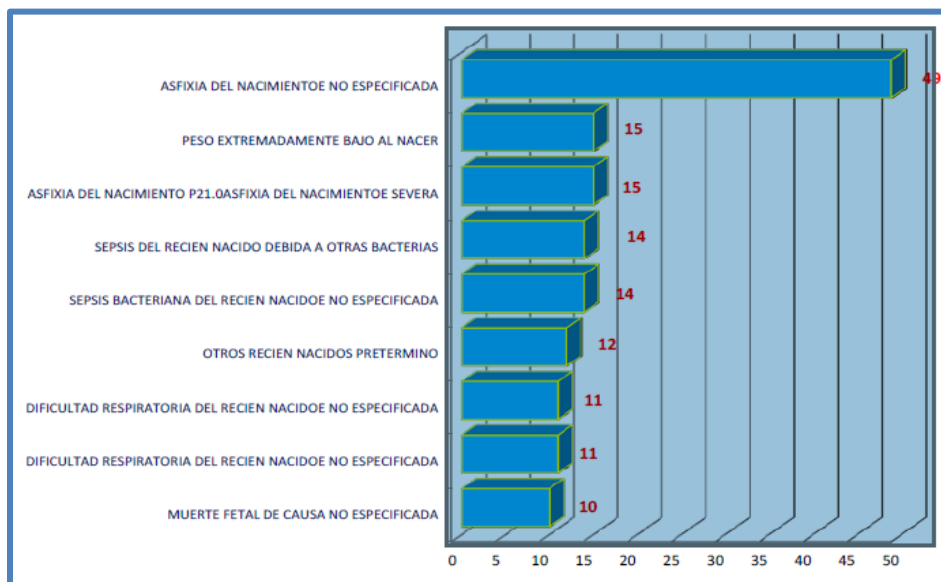
Utilizando la razón de mortalidad materna del año 2011, podemos apreciar que los distritos más afectados son Picsi, Patapo, Cañaris y Inkawasi. El siguiente estrato de riesgo viene representado por Jose L. Ortiz y Chiclayo. Estos datos se tendrán en cuenta al momento de desarrollar la priorización de los problemas de salud.

- c) **MORTALIDAD PERINATAL:** La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es un indicador muy importante porque permite tener reflejo de las condiciones de vida, calidad, acceso,

oportunidad y eficiencia de los servicios de salud durante la atención prenatal, el parto, posparto y la atención del recién nacido.

Gráfico Nº 19

CAUSAS DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL – GERESA LAMBAYEQUE 2011

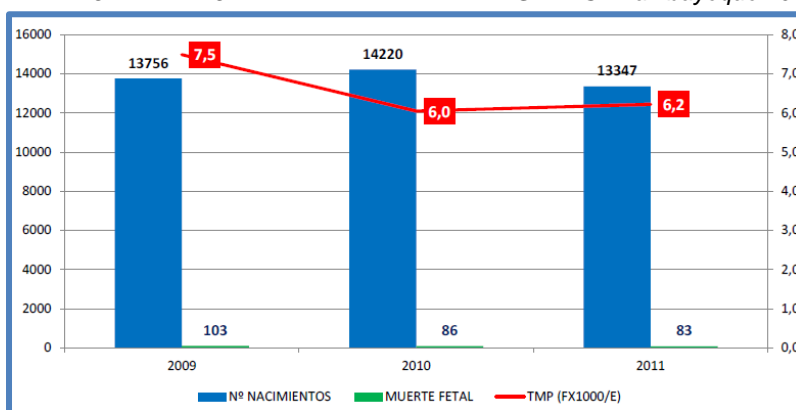


FUENTE: GERESA Lambayeque - SSVEPN

En el SSVEPN, se considera como primeras causas de las complicaciones neonatales bajo vigilancia a: asfixia del nacimiento, peso extremadamente bajo al nacer y la sepsis bacteriana del recién nacido. Estas son las complicaciones más frecuentes e importantes predictores de posterior mortalidad y discapacidad.

Gráfico Nº 20

CUADRO COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD PERINATAL – GERESA Lambayeque 2009 Al 2011



FUENTE: GERESA Lambayeque – SSVEPN

d) MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL: Según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2002, se obtuvo como resultado del indicador de mortalidad infantil a nivel de Lambayeque 19 defunciones por cada 1000 nacidos

vivos, siendo para el 2010 de 17 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, como se observa en el cuadro N° 15.

Cuadro N° 15

MORTALIDAD INFANTIL Y NEONATAL

Indicador	Perú	Lambayeque	Unidad	Periodo
Mortalidad infantil	24	19	x 1000 nv	2002
	17	17		2010

Fuente: INEI - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2002, 2009 y 2010.

Cuadro N° 16

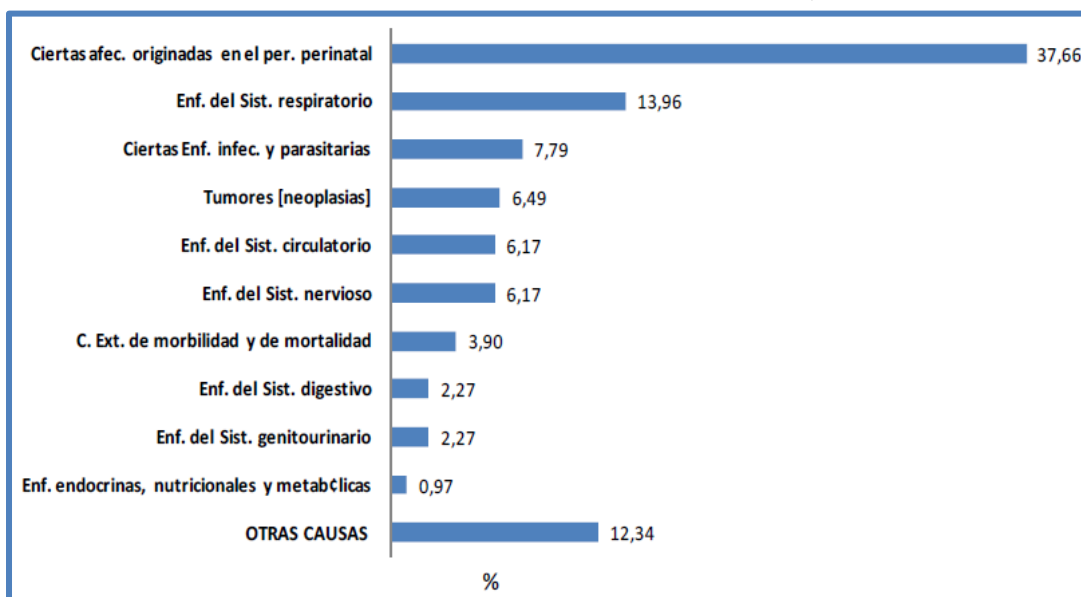
MORTALIDAD EN < 5 AÑOS

Indicador	Perú	Lambayeque	Unidad	Periodo
Mortalidad en < 5 años	23	23	x 1000 nv	2010

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

Gráfico N° 21

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL – GERESA LAMBAYEQUE 2012



Fuente: Sistema HVITAL 2011 Área de Estadística e Informática.

- e) **PREVALENCIA DE LAS EDAS:** Las enfermedades diarreicas agudas en el departamento de Lambayeque desde el 2008 hasta el año 2011 según DIRESA (2012), han logrado disminuir considerablemente, viéndose el mayor año de prevalencia en el 2009, y según las provincias, se observa en mayor porcentaje en la provincia de Chiclayo, dejando a la provincia de Ferreñafe en tercer lugar de prevalencia.

Gráfico N° 22

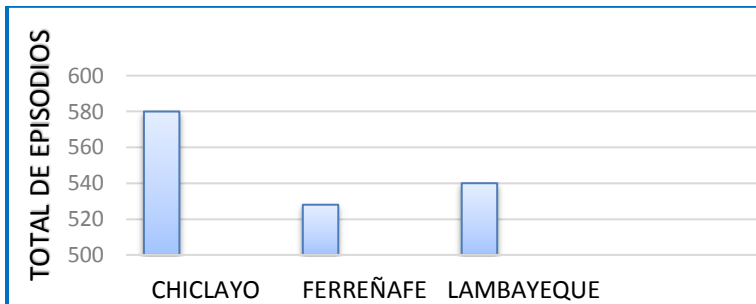
PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS) EN LAMBAYEQUE - 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 23

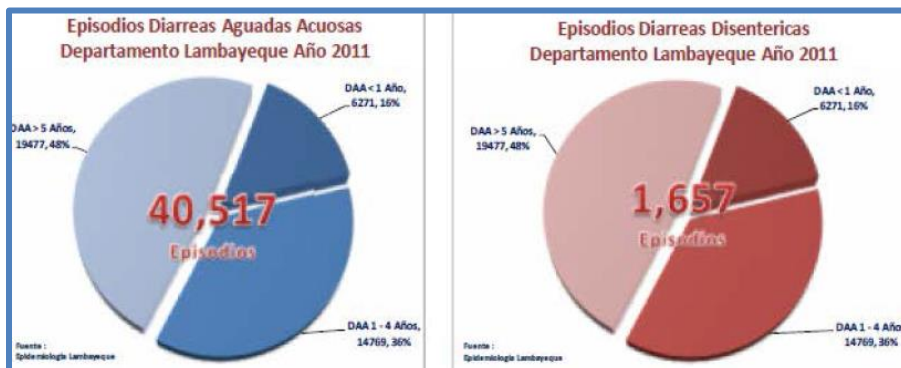
COMPORTAMIENTO DE LAS EDAS SEGÚN PROVINCIAS DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 24

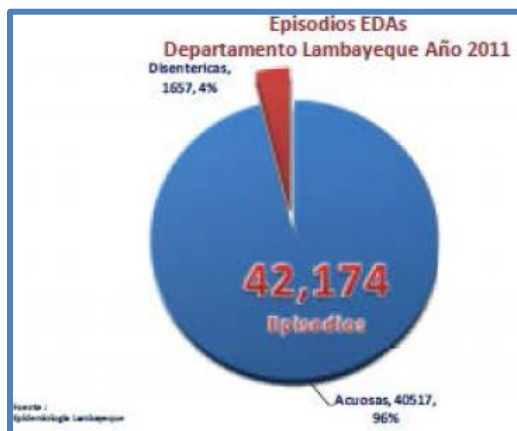
EPISODIOS DE DIARREAS AGUDAS ACUOSAS Y DIARREAS DISENTÉRICAS – DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE DEL AÑO 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 25

COMPARACIÓN ENTRE EPISODIOS DE DIARREAS AGUDAS ACUOSAS Y DIARREAS DISENTÉRICAS – DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE DEL AÑO 2011

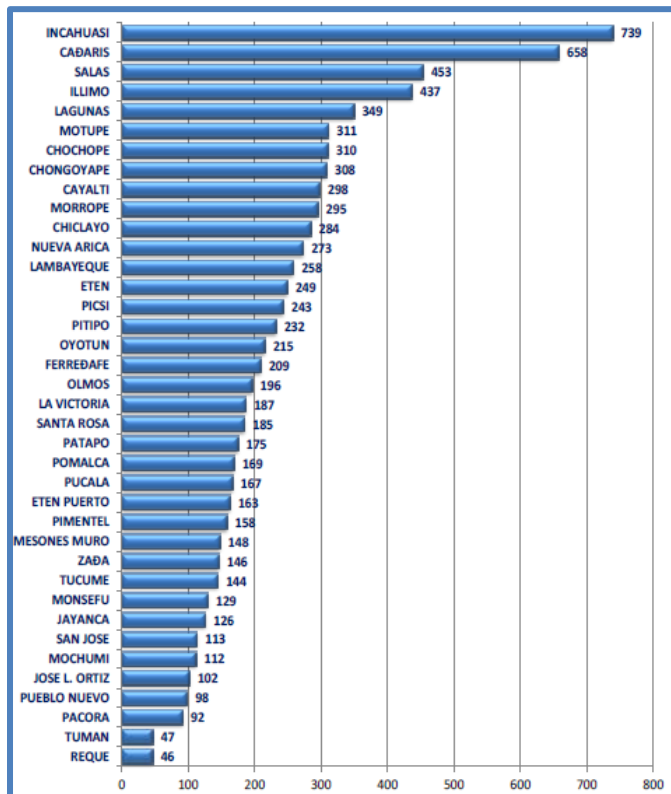


FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

En los gráficos N°24 Y 25 presentados anteriormente, se puede apreciar la distribución de los casos de EDAS por tipo (acuosas o disintéricas) y según grupos de edad. En el análisis de tendencia refleja un comportamiento estacional, con mayor proporción de casos en los meses de verano.

Gráfico N° 26

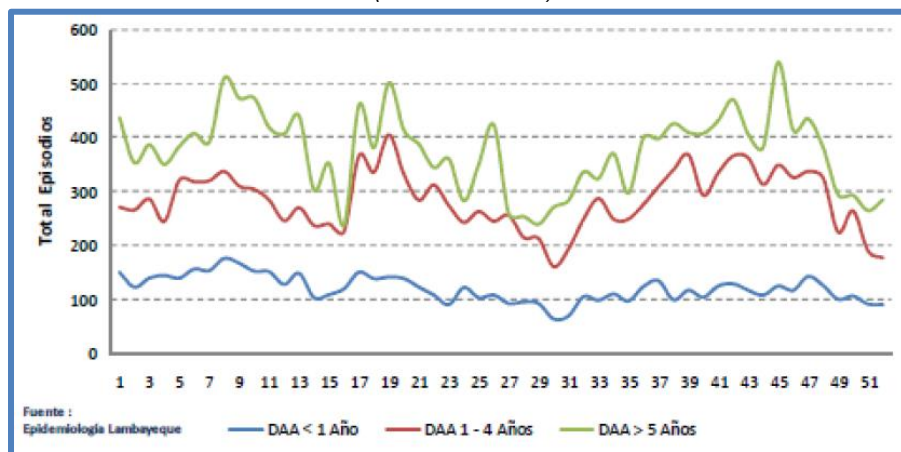
ENFERMEDADES DIARREICAS TASA DE INCIDENCIA X 10,000 Hab.



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 27

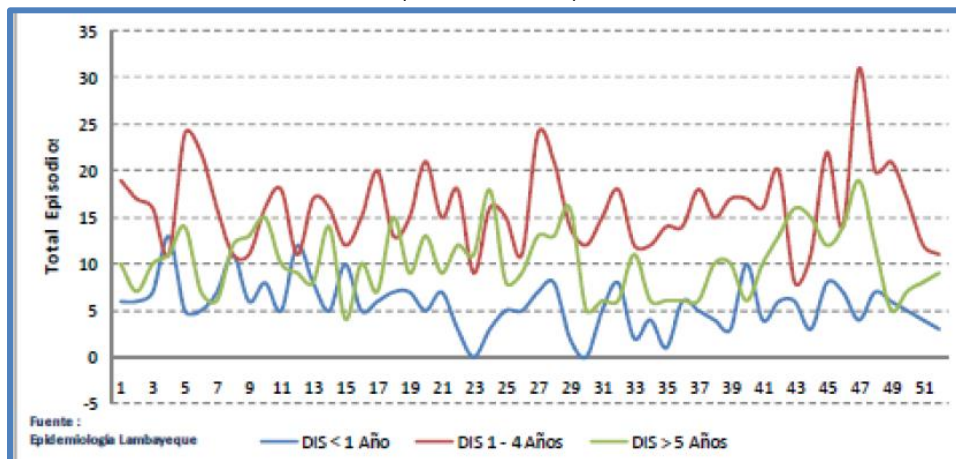
COMPORTAMIENTO DIARREAS AGUDAS ACUOSAS SEGÚN S.E. DTO. LAMBAYEQUE 2011
(HASTA S.E. 52)



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 28

COMPORTAMIENTO DIARREAS DISENTERICAS SEGÚN S.E. DTO. LAMBAYEQUE 2011
(HASTA S.E. 52)



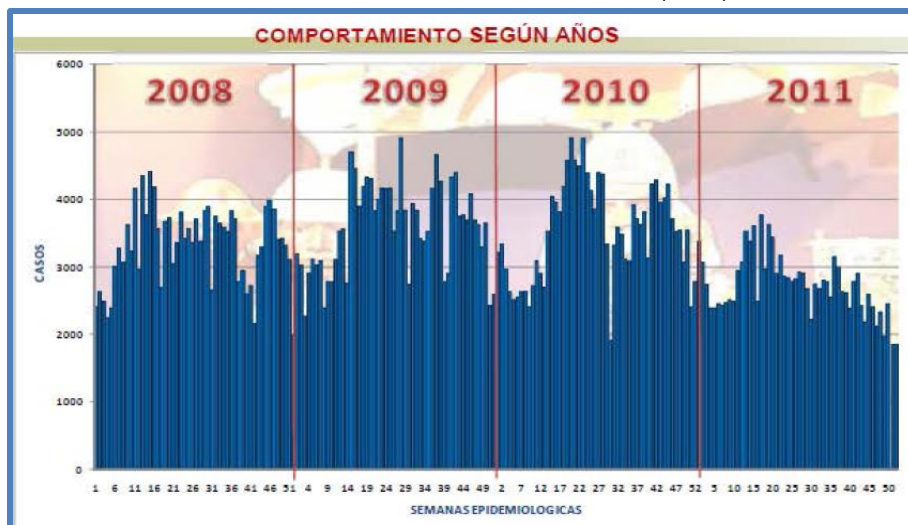
FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Como habría de esperarse los distritos más afectados son los más pobres de nuestra región, la zona alto andina de Ferreñafe (Incahuasi y Cañaris), así como los distritos de Salas e Illimo en Lambayeque.

- f) **PREVALENCIA DE LAS IRAS:** Las infecciones respiratorias agudas durante los últimos años, según tenemos referencias estadísticas por parte de DIRESA Lambayeque (2011), observamos una ligera disminución de prevalencia a nivel regional.

Gráfico N° 29

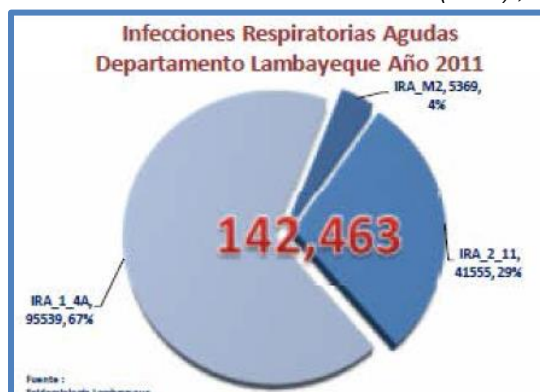
PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) EN LAMBAYEQUE - 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 30

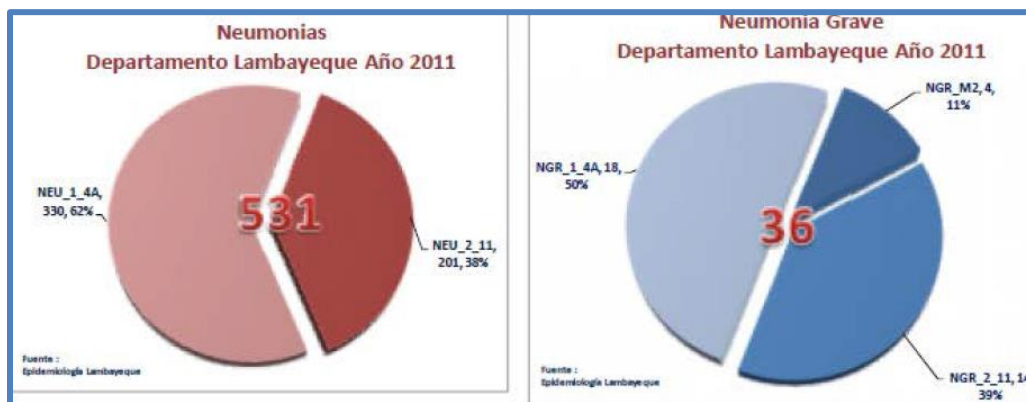
PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) , HASTA S.E. 52 DEL AÑO 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 31

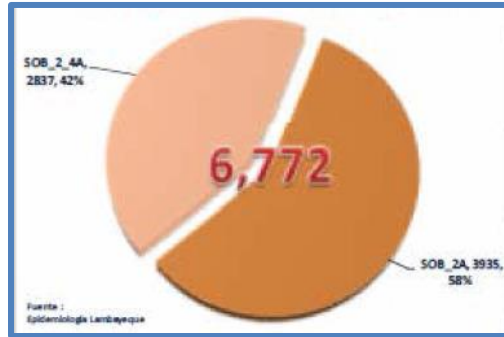
INCIDENCIA DE NEUMONIAS Y NEUMONIAS GRAVES – DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE 2011



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 32

INCIDENCIA DE SOBAs – DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE 2011

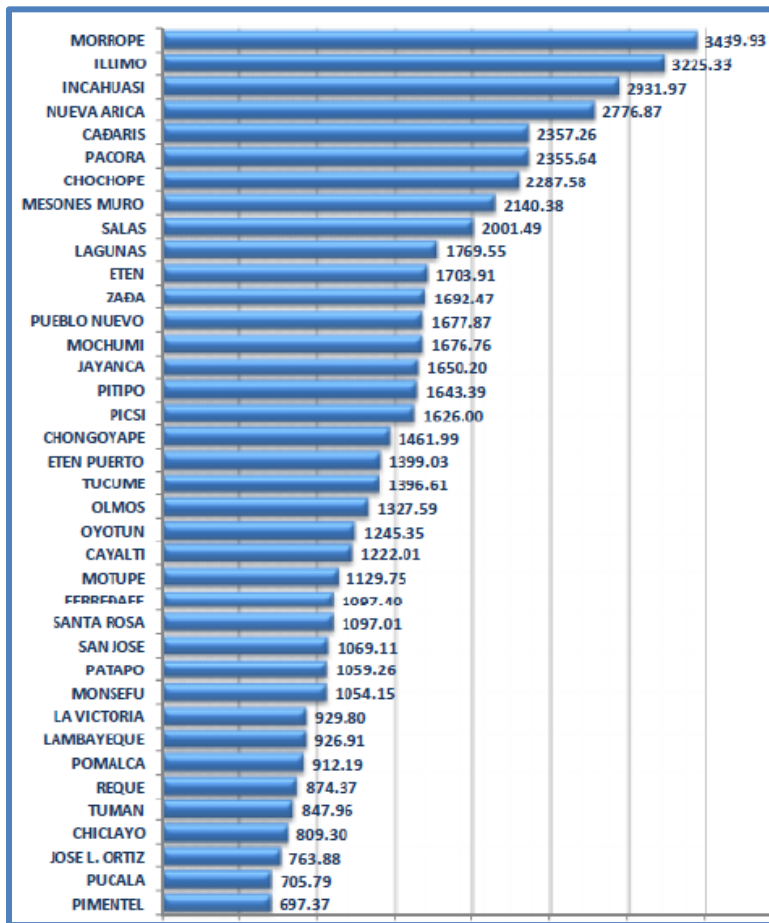


FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Los cuadros describen a continuación las cifras regionales absolutas de casos de IRAS por tipo y grupo de edad. Las neumonías graves alcanzaron 36 en total el año 2011.

Gráfico N° 33

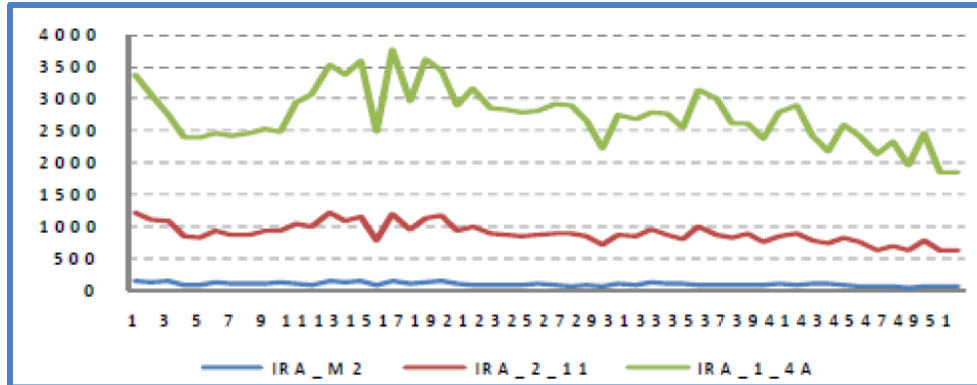
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA NO NEUMONICA) - TASA DE INCIDENCIA X 10,000 Hab.



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 34

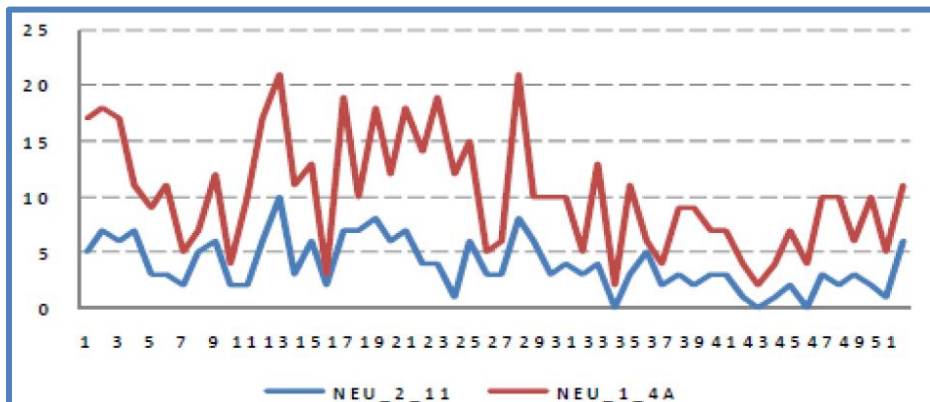
COMPORTAMIENTO DE LAS IRAs SEGÚN S.E. DTO. LAMBAYEQUE 2011 (HASTA S.E. 52).



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 35

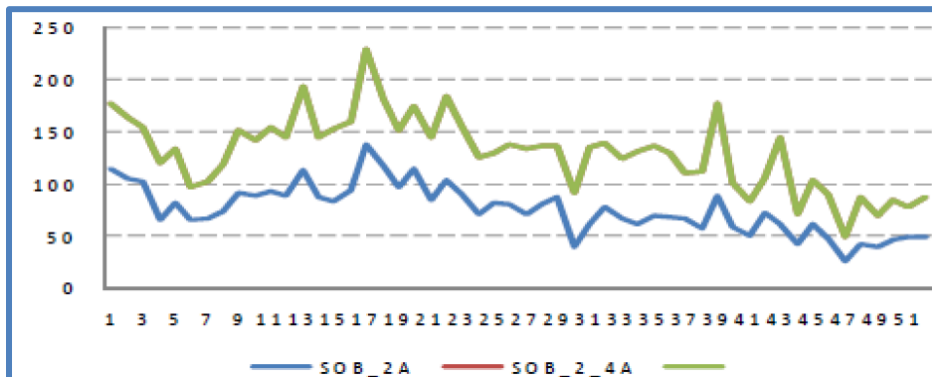
COMPORTAMIENTO DE LAS NEUMONIAS SEGÚN S.E. DTO. LAMBAYEQUE 2011 (HASTA S.E. 52).



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Gráfico N° 36

COMPORTAMIENTO DE LAS SOBAs SEGÚN S.E. DTO. LAMBAYEQUE 2011 (HASTA S.E. 52).



FUENTE: Oficina de Epidemiología – DIRESA Lambayeque 2012

Podemos apreciar la provincia de Lambayeque (Morrope e Illimo) es la que concentra la mayor tasa de incidencia, sobre todo en la temporada de frío, cuando las temperaturas en estas zonas disminuyen ostensiblemente.

5.1.2 NUTRICIÓN

En Lambayeque los problemas nutricionales como la anemia, el retardo en el crecimiento y la deficiencia de vitamina A, son reconocidos como grandes problemas de salud pública en los grupos más vulnerables, y es que a pesar de las inversiones realizadas hasta la fecha en programas y proyectos para reducir las tasas de desnutrición, estas no se reducen a la velocidad ni los niveles esperados, tal cual lo demuestran los resultados de las últimas encuestas nacionales de Demografía y Salud

Familiar (ENDES), donde el problema de retardo de crecimiento o desnutrición crónica en niños menores de cinco años no muestra variaciones significativas entre un año y otro.

Una adecuada nutrición durante la gestación reduciría hasta en un tercio los casos de niños con discapacidad y permitirá en el corto plazo un adecuado desarrollo del cerebro, crecimiento y desarrollo físico, y una propagación metabólica del organismo del recién nacido, esto unido a los diferentes factores socio cultural y económico en el mediano y largo plazo influirá tanto en el rendimiento cognitivo, la capacidad laboral y resistencia a las enfermedades, es por eso que en este eje tomaremos en cuenta al estado nutricional de las gestantes de la región de Lambayeque.

a) **ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES:** En relación a las gestantes que acuden a los EESS, casi 1 de cada 8 estuvo con déficit de peso en el último año, observándose una tendencia estacionaria en el periodo.

El sobrepeso entre las gestantes, por el contrario, ha mostrado un incremento leve pero constante; y afectó en el 2013 a 2 de cada 5 gestantes que acuden a los EESS de la región. La anemia en gestantes presenta una evolución estacionaria en el periodo, y afectó a 1 de cada 7 gestantes de la región en el último año⁵.

Cuadro N° 18

ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES DE LAMBAYEQUE

INDICADOR	2010	2011	2012	2013
DEFICIT DE PESO	12.6	11.9	11.8	12.0
SOBREPESO	36.6	37.4	38.9	39.6
ANEMIA	14.4	14.1	15.4	14.6

FUENTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013

- b) **LACTANCIA MATERNA:** En la infancia, la práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes.

Cuadro N° 19 contiene los porcentajes de niñas y niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la Encuesta 2012, que recibieron lactancia materna, el inicio de la lactancia dentro de la primera hora de nacido y el porcentaje de quienes iniciaron durante el primer día de nacido, es decir, el momento en el cual se inició la lactancia después del nacimiento, según característica seleccionada. También se incluye el porcentaje de niñas y niños que en los tres primeros días de nacidos recibieron otro alimento antes de la leche materna.

Lactancia Inicial (Cuadro N° 19 y Gráfico N° 37)

- ✓ En Lambayeque 98,3 por ciento de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 han lactado alguna vez. Según características el porcentaje fue diferente, por sexo fue mayor en las niñas (98,6 por ciento) que en los niños (98,0 por ciento). El 99,0 por ciento de niñas y niños residentes en el área rural alguna vez lactó. En tanto que el 98,1 por ciento en la urbana lactó alguna vez). Por nivel educativo fue mayor en niñas y niños de madres con educación primaria y educación superior (99,2 por ciento en cada caso) y entre aquellas madres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (100,0 por ciento).
- ✓ El 63,1 por ciento de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 86,8 por ciento dentro del primer día. En relación a los valores observados en el año 2009, la lactancia en la primera hora de nacido aumentó en 9,7 puntos porcentuales, en tanto que el porcentaje de niñas y niños el primer día que lactaron se incrementó en 4,3 puntos porcentuales.
- ✓ El inicio adecuado (dentro de la primera hora de nacido) de la lactancia materna se presentó en mayor porcentaje entre niñas y niños que pertenecen al quintil inferior de riqueza (83,7 por ciento), seguido de las niñas y niños de madres cuyo parto se llevó a cabo en la casa (80,7 por ciento), ubicadas en el quintil inferior de riqueza (83,7 por ciento), con educación primaria (67,8 por ciento). Por área de residencia fue mayor en la rural (77,9 por ciento).
- ✓ Los menores porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido, se encontraron entre niñas y niños ubicados en el quintil superior de riqueza (35,2 por ciento) y cuyas madres tenían educación superior (55,4 por ciento).
- ✓ Por otro lado, el 46,8 por ciento de niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, porcentaje que ha aumentado en 2,1 puntos porcentuales al observado en el año 2009 que fue 44,7 por ciento. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia entre madres del quintil superior de riqueza (74,2 por ciento) y de aquellas con educación superior (60,0 por ciento). Según área de residencia, el mayor porcentaje se presentó en la urbana (51,6 por ciento).

Cuadro N° 19

LAMBAYEQUE: Lactancia Inicial Materna y Alimentación Suplementaria de niñas y niños nacidos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Entre todas las niñas y niños:		Últimas nacidas y nacidos vivos que lactaron alguna vez			
	Porcentaje que alguna vez lactó	Número de niñas y niños	Empezó dentro de la primera hora de nacido	Empezó durante el primer día de nacido 1/	Recibió alimentos antes de empezar a lactar 2/	Número de niñas y niños amamantados alguna vez
Sexo						
Hombre	98,0	184	61,3	88,3	46,5	157
Mujer	98,6	158	65,5	84,9	47,0	124
Atención del parto						
Profesional de la salud 3/	98,1	300	60,8	85,7	48,2	252
Partera tradicional/ comadrona	100,0	38	81,1	96,2	34,8	28
Otro tipo de atención	*	3	*	*	*	3
Lugar del parto						
Institución de salud	98,0	291	60,1	85,2	48,6	244
En la casa	100,0	47	80,7	96,9	38,4	35
Otro sitio	*	3	*	*	*	3
Área de residencia						
Urbana	98,1	262	58,7	84,7	51,6	217
Rural	99,0	80	77,9	94,0	30,9	65
Nivel de educación						
Sin educación	(100,0)	18	*	*	*	14
Primaria	99,2	102	67,8	97,5	35,9	84
Secundaria	96,8	140	60,4	83,8	47,5	115
Superior	99,2	82	55,4	76,3	60,0	69
Quintil de riqueza						
Quintil inferior	100,0	53	83,7	97,8	30,5	37
Segundo quintil	97,7	106	67,6	91,2	39,8	85
Quintil intermedio	98,0	103	60,3	90,0	51,8	89
Cuarto quintil	(100,0)	50	59,4	74,1	47,8	46
Quintil superior	95,5	29	35,2	68,2	74,2	26
Total 2012	98,3	342	63,1	86,8	46,8	282
Total 2009	98,1	271	53,4	82,5	44,7	228

Nota: - Las estimaciones se refieren a niñas y niños nacidos en los cinco años que precedieron la encuesta sin importar si estaban o no vivos al momento de la encuesta.

-Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

1/ Incluye las niñas y niños que empezaron la lactancia durante la primera hora de nacido.

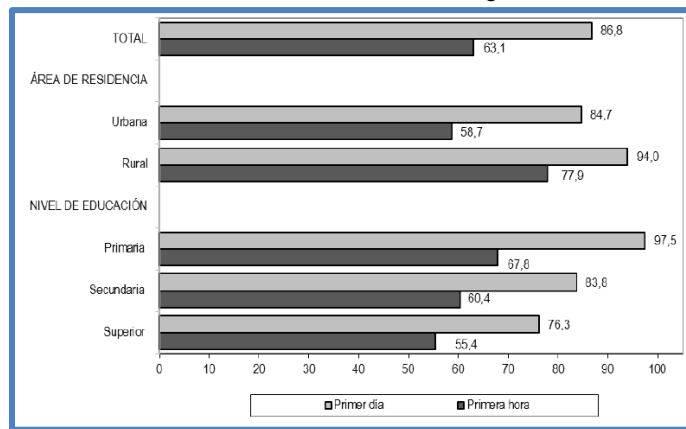
2/ Niñas y niños a quienes se les dio algún alimento diferente de la leche materna durante los primeros tres días de nacidos antes de que la madre empezara a amamantarlos de manera regular.

3/ Médico, enfermera o enfermera auxiliar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Gráfico N° 37

LAMBAYEQUE: Diferencias en la Iniciación de La Lactancia, Según Característica Seleccionada, 2012.



FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - 2012 DTO. LAMBAYEQUE.

Tipo de Lactancia por edad de la niña o niño (Cuadro N° 20 y Gráfico 38)

- ✓ Del total de niñas y niños con edades entre 6 a 11 meses de edad el 90,2 por ciento recibieron complementos en las 24 horas anteriores al día de la entrevista, mientras que el 64,5 por ciento de niñas y niños con edades menores a seis meses recibieron lactancia exclusiva.
- ✓ El porcentaje de niñas y niños que no estuvieron lactando en las 24 horas anteriores al día de la entrevista, fue de 8,2 por ciento entre aquellas y aquellos con 6 a 11 meses de edad y aumentó a partir de los 12 meses de edad; así, el 17,9 por ciento tenía entre 12 a 17 meses de edad y entre 24 a 35 meses de edad este porcentaje aumenta considerablemente a 79,3 por ciento.
- ✓ El uso del biberón en niñas y niños entre 6 a 11 meses de edad representó el 53,0 por ciento y entre 12 y 17 meses de edad 51,0 por ciento. Entre los infantes ubicados en el rango de 18 a 23 meses de edad alcanza a 58,9 por ciento, y de 24 a 35 meses edad disminuye ubicándose en 50,7 por ciento.

Cuadro N° 20

LAMBAYEQUE: Situación de la Lactancia de la última niña o niño menor de tres años de edad que vive con la madre y menores de tres años que están usando biberón, según edad en meses, 2012 (Distribución Porcentual)

Edad en meses	Última hija e hijo menor de tres años de edad que vive con la madre							Menores de tres años de edad		
	Total	No está lactando	Lacta exclusivamente 1/	Lactan y reciben:				Número de niñas y niños	Porcentaje alimentado con biberón	Número de menores de tres años
				Solo agua	Líquidos (agua/jugos)	Leche no materna	Complementos			
Edad 0-9 meses										
<6	100,0	0,0	64,5	0,0	2,0	23,8	9,7	31	29,4	33
6-9	*	*	*	*	*	*	*	21	*	22
Edad 0-36 meses										
<6	100,0	0,0	64,5	0,0	2,0	23,8	9,7	31	29,4	33
6-11	100,0	8,2	0,0	0,0	1,6	0,0	90,2	40	53,0	41
12-17	100,0	17,9	0,0	0,0	0,0	0,0	82,1	22	51,0	23
18-23	100,0	46,7	0,0	0,0	0,0	0,0	53,3	28	58,9	31
24-35	100,0	79,3	0,0	0,0	0,0	0,0	20,7	64	50,7	72

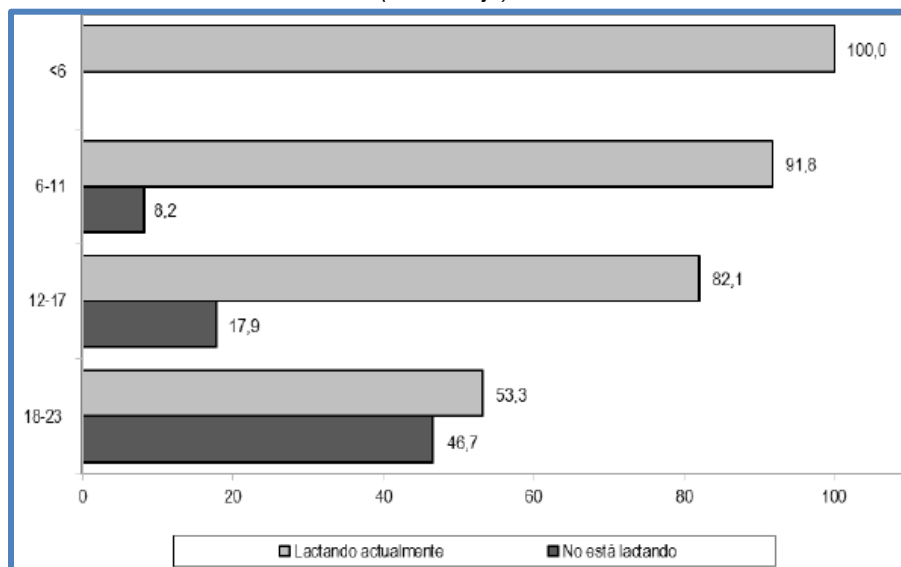
Nota: La situación de lactancia se refiere a un período de "24 horas" antes de la entrevista (el día o la noche anterior). Los menores clasificados como 'lactan y reciben solo agua' no reciben otros alimentos. Las categorías no lactan, lactancia exclusiva, lactancia y agua solamente, líquidos (agua/jugos), otra leche, y suplementos (sólidos o semisólidos) están jerarquizados y son mutuamente excluyentes y su porcentaje suma 100 por ciento. Aquellas niñas y niños que recibieron leche materna y otros líquidos pero no reciben alimentos complementarios fueron clasificados en la categoría de "líquidos", aunque hayan consumido agua también. Los menores que consumieron alimentos complementarios fueron clasificados en esta categoría solamente si también están siendo lactados.

1/ Incluye todos los menores de tres años de edad.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Gráfico N° 38

LAMBAYEQUE: Situación de la Lactancia para menores de dos años de edad, según Grupo de Edad, 2012.
(Porcentaje)



FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - 2012 DTO. LAMBAYEQUE.

Duración de Lactancia

El Cuadro N° 21 presenta la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad a la cual todavía están siendo amamantados el 50,0 por ciento de las niñas y niños menores de tres años de edad y el porcentaje de menores de seis meses de edad que fueron amamantados por seis o más veces durante las 24 horas precedentes a la entrevista. De igual manera, se incluye el promedio aritmético de duración de la lactancia y para efectos de comparación con otras encuestas, el promedio de duración de la lactancia calculado con el método de prevalencia/incidencia: número de madres lactando (prevalencia) dividido por el promedio mensual de nacimientos (incidencia).

La intensidad o frecuencia diaria de amamantamiento (al igual que el uso o no del biberón) son determinantes de la cantidad de leche producida en la glándula mamaria y de la duración de amenorrea postparto. En la Encuesta 2012, se sigue prestando atención a la frecuencia o intensidad de la lactancia, hecho que está muy relacionado con la reiniciación de la menstruación y el consiguiente riesgo de concepción.

Duración mediana de la lactancia (Cuadro N° 21)

- ✓ En Lambayeque el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 20,5 meses. En el año 2009 fue 20,4 meses.
- ✓ La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 3,3 meses. Siendo mayor entre niñas que entre niños (3,5 frente a 3,2 meses, respectivamente), por nivel

de educación fue mayor entre las hijas e hijos de madres con educación secundaria (4,9 meses) en comparación con aquellas de educación superior (1,7 meses). Por quintil de riqueza fue mayor entre las madres ubicadas en el quintil intermedio (3,7 meses), comparadas con las del cuarto quintil (0,4 meses).

Cuadro N° 21

LAMBAYEQUE: Duración mediana de la Lactancia entre las niñas y niños nacidos en los tres años anteriores a la encuesta, según característica seleccionada, 2012
(Distribución Porcentual)

Característica seleccionada	Duración mediana de la lactancia (en meses) entre menores de tres años de edad 1/			Número de niñas y niños
	Lactancia total	Lactancia exclusiva (solo pecho)	Lactancia predominante 2/	
Sexo				
Hombre	22,2	3,2	3,3	105
Mujer	16,9	3,5	3,6	95
Área de residencia				
Urbana	19,0	3,1	3,3	151
Rural	23,0	6,1	6,1	49
Nivel de educación				
Sin educación	*	*	*	13
Primaria	22,7	2,6	2,6	58
Secundaria	17,1	4,9	5,2	78
Superior	14,9	1,7	1,7	51
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	21,8	2,5	2,5	32
Segundo quintil	18,6	3,2	3,3	54
Quintil intermedio	21,8	3,7	3,9	65
Cuarto quintil	15,7	0,4	0,4	32
Quintil superior	(13,5)	(2,2)	(2,2)	17
Total 2012	20,4	3,3	3,5	200
Total 2009	19,2	0,5	0,5	164
Promedio para todos los niños	21,0	4,3	4,5	n.a.
P/I para todos los niños	20,5	3,6	3,8	n.a.

Nota: Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

P/ I Se refiere al promedio calculado por el método de Prevalencia/ Incidencia.

n.a. = No aplicable.

1/ Se asume que las niñas y niños no primerizos ó la última hija e hijo que no vive con la madre no están siendo amamantados en la actualidad.

2/ Lactancia exclusiva o recibieron lactancia y sólo agua, líquidos, y /o jugos solamente (excluye otras leches).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

c) PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE

EDAD: La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia. De este modo, puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de hierro en las madres, niñas y niños, y se efectuó con la finalidad de fortalecer las políticas de salud pública para la prevención y manejo de la anemia nutricional, como estrategia de intervención a fin de mejorar la salud materna e infantil.

La anemia con un nivel de hemoglobina por debajo de 11,0 g/dl* al nivel del mar, está asociada con una disminución del transporte de oxígeno a los tejidos y a una menor capacidad física y mental, y probablemente con reducción en la resistencia contra las infecciones. Las mujeres anémicas son menos tolerantes a la pérdida de sangre durante el parto, particularmente cuando los niveles de hemoglobina descienden a menos de 8,0 g/dl. En casos más severos de anemia, las mujeres experimentan fatiga y un incremento del ritmo cardíaco en reposo. La tensión proveniente del parto, el aborto espontáneo y otras complicaciones mayores pueden resultar en la muerte materna. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto. En el caso del infante, la anemia puede afectar su desarrollo psicomotor. El empleo de hierro complementario/adicional para mujeres, niñas y niños con deficiencia de hierro puede mejorar la salud materna infantil en general.

Cuadro N° 22

LAMBAYEQUE: Prevalencia de Anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad, por tipo, según Característica seleccionada, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Total con anemia	Tipo de anemia		Número de niñas y niños
		Anemia leve	Anemia moderada	
Edad en meses				
6-11	50,0	34,3	15,8	40
12-17	69,3	32,7	36,7	25
18-23	31,2	25,6	5,6	34
24-35	25,5	17,6	7,9	76
36-47	12,0	12,0	0,0	77
48-59	3,5	3,5	0,0	76
Sexo				
Hombre	26,0	19,6	6,4	175
Mujer	22,1	14,1	7,9	153
Orden de nacimiento 1/				
1	27,8	23,9	3,9	112
2-3	22,9	13,7	9,1	146
4-5	30,4	17,3	13,1	32
6+	*	*	*	17
Intervalo de nacimiento en meses				
Primer nacimiento 2/	27,8	23,9	3,9	112
<24	21,5	12,5	9,0	32
24-47	26,9	13,3	13,6	72
48+	21,4	15,2	6,3	90
Tratamiento del agua				
Con Cloro residual 3/	15,7	15,7	0,0	35
La hiervan				
Red pública	25,7	18,1	7,6	172
Otra fuente	30,4	19,5	10,9	57
Otro tratamiento	*	*	*	1
Sin tratamiento	19,0	12,7	6,4	63
Área de residencia				
Urbana	20,5	15,1	5,4	246
Rural	34,9	22,7	12,2	82
Nivel de educación 4/				
Sin educación	*	*	*	17
Primaria	30,9	21,8	9,1	93
Secundaria	24,3	17,4	6,9	123
Superior	20,7	15,4	5,3	75
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	32,0	20,4	11,6	52
Segundo quintil	21,4	14,4	7,1	101
Quintil intermedio	29,3	23,2	6,0	96
Cuarto quintil	18,6	11,9	6,7	52
Quintil superior	11,9	8,6	3,3	27
Total 2012	24,1	17,0	7,1	328
Total 2009	22,9	16,2	6,6	227

Nota: -El cuadro se basa en las niñas y niños que durmieron en el hogar la noche anterior a la entrevista. La prevalencia está ajustada por altura siguiendo el procedimiento recomendado en CDC, 1998.

Hemoglobina en g/dl = Gramos por decilitros. Los porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*).

1/ Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron entrevistadas.

2/ Si el primer nacimiento es mellizo, trillizo, etc. estos son contados como los primeros nacimientos porque no tienen intervalo con nacimiento anterior.

3/ Cloro residual libre $\geq 0,5$ mg/lit de agua según Decreto Supremo N° 031-2010-SA.

4/ Para las mujeres que no fueron entrevistadas, la información fue tomada del Cuestionario de Hogar. Excluye niñas y niños cuyas madres no fueron listadas en el cuestionario de hogar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

d) NUTRICIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS: El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado a su desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras)⁴ y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países.

Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico⁵. En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

La Encuesta 2012 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años de edad a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad, datos recogidos en el módulo de antropometría.

e) DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS: En Lambayeque la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los EESS de la región, presentó una disminución en el último año de 1.5 puntos porcentuales, y afectó a casi 1 niño de cada 6 niños de la región. La desnutrición global presenta una evolución estacionaria y afectó a casi 1 de cada 33 niños.

La desnutrición aguda se mantiene estable, y afectó a 1 de cada 50 niños que acudieron a los EESS. El sobrepeso y la obesidad, también presentaron una evolución estacionaria en el periodo, y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) afectó a más de 1 de cada 8 niños de la región.

Cuadro N° 23

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL – GERESA LAMBAYEQUE 2012

INDICADOR	2010	2011	2012	2013
Desnutrición Crónica	21.0	21.0	19.6	18.1
Desnutrición Global	4.0	3.0	3.4	3.0
Desnutrición Aguda	2.0	2.0	2.1	2.0
Sobrepeso	9.0	9.0	8.3	9.0
Obesidad	4.0	4.0	3.6	3.8

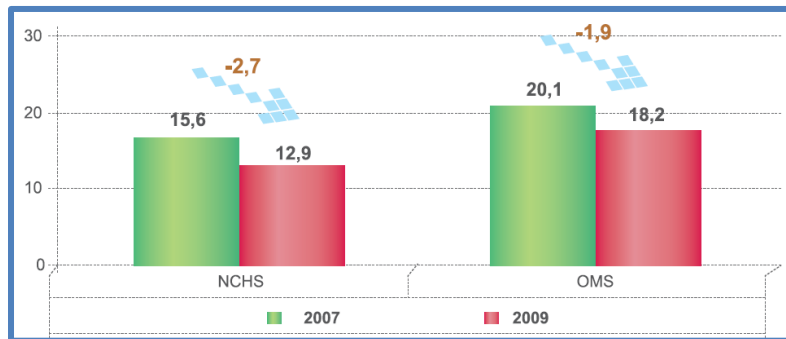
FUENTE: Ministerio de Salud de Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Resultados del Sistema de Información del Estado Nutricional 2010, 2011, 2012 y 2013 - SIEN.

En el año 2009, utilizando el Patrón de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (NCHS), la desnutrición crónica de los menores de cinco años, es decir, la deficiencia de talla para la edad fue de 12,9%, cifra menor a la alcanzada en el año 2007 que fue 15,6%. Es decir, cerca de 13 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años en Lambayeque estuvieron en condición de desnutrición crónica el 2009.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el indicador de desnutrición crónica fue de 18,2%; es decir, 18 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años en el 2009 presentaron desnutrición crónica.

Gráfico N° 39

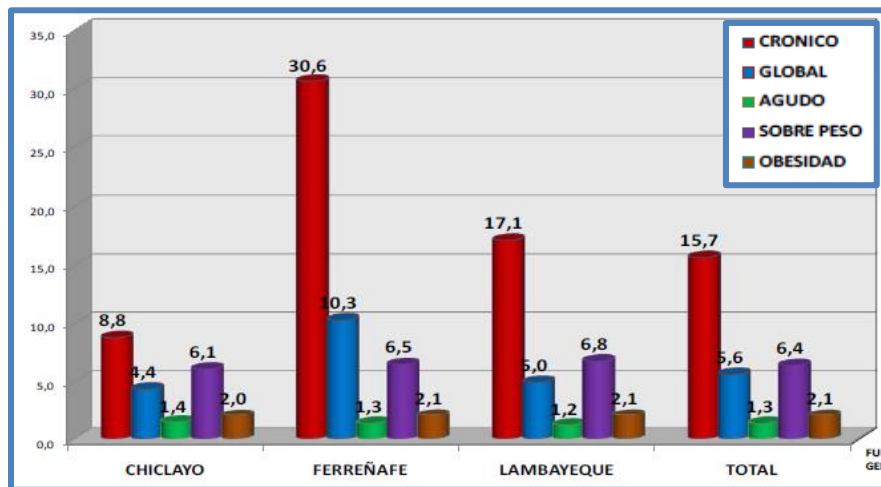
DESNUTRICIÓN CRÓNICA para Niños menores de 5 años de edad, 2007 y 2009 (%)



FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua) 2007 y 2009

Gráfico N° 40

POCENTAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR PROVINCIAS SIEN – AÑO 2011 GERESA LAMBAYEQUE

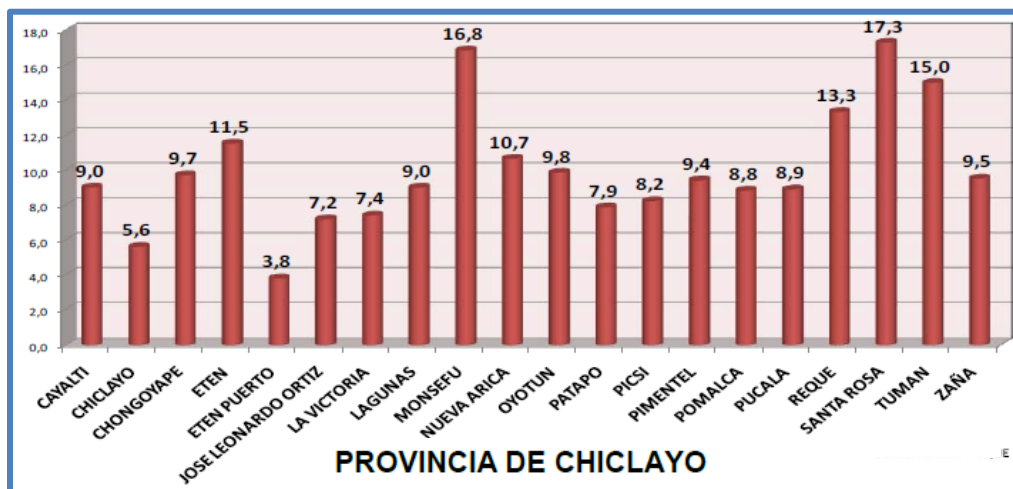


FUENTE: SIEN – ESANS GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2011, Referente a la desnutrición crónica a nivel departamental el promedio es (15.7%) y en relación a las provincias: Ferreñafe tiene el mayor porcentaje (30.6%) de desnutrición crónica, seguido de Lambayeque con (17.1%) y con menor porcentaje (8.8%) se ubica Chiclayo, esto según se aprecia en el gráfico N°40.

Gráfico N° 41

POCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE CHICLAYO - SIEN – AÑO 2011 GERESA LAMBAYEQUE

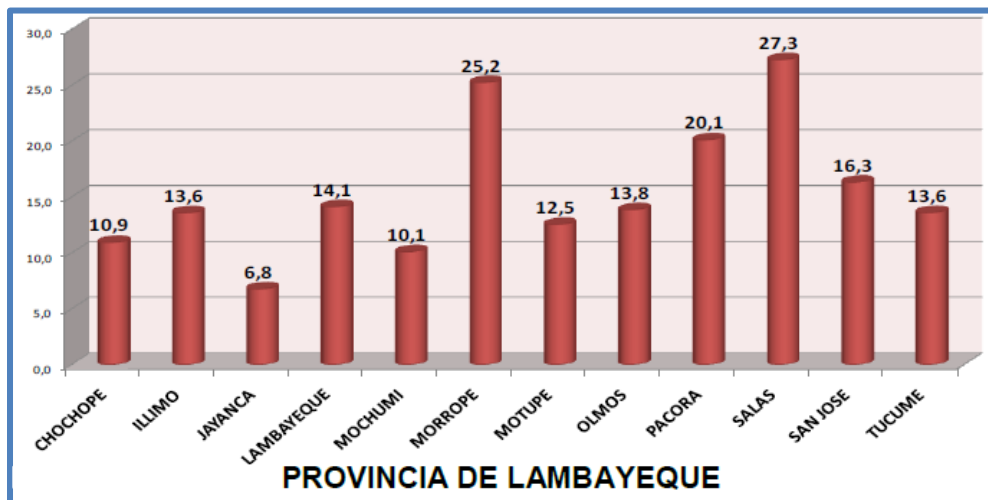


FUENTE: SIEN – ESANS GERESA LAMBAYEQUE

En el gráfico sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la provincia de Chiclayo se observa que el mayor porcentaje (17.3 %) fue el distrito de Santa Rosa, seguido del distrito de Monsefú con (16.8 %) y con menor porcentaje el distrito de Puerto Eten (3.8 %).

Gráfico N° 42

POCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE LAMBAYEQUE - SIEN – AÑO 2011 GERESA LAMBAYEQUE

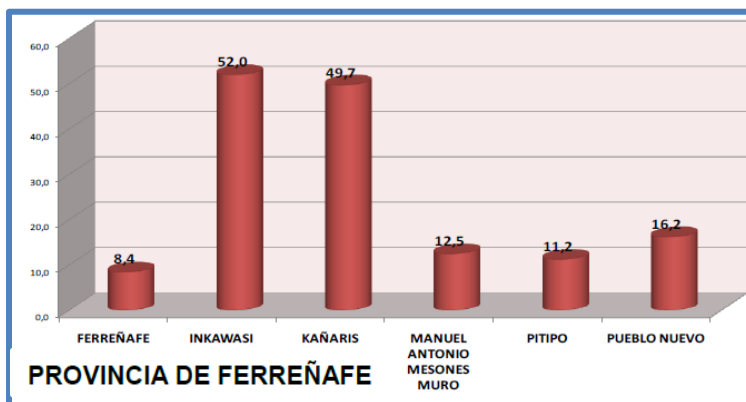


FUENTE: SIEN – ESANS GERESA LAMBAYEQUE

En el gráfico sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la provincia de Lambayeque se observa el mayor porcentaje (27.3%) fue del distrito de Salas, seguido del distrito de Mórrope con (25.25%) y con menor porcentaje el distrito de Jayanca (6.8%).

Gráfico N° 43

POCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR DISTRITOS DE LA PROVINCIA DE LAMBAYEQUE - SIEN – AÑO 2011 GERESA LAMBAYEQUE

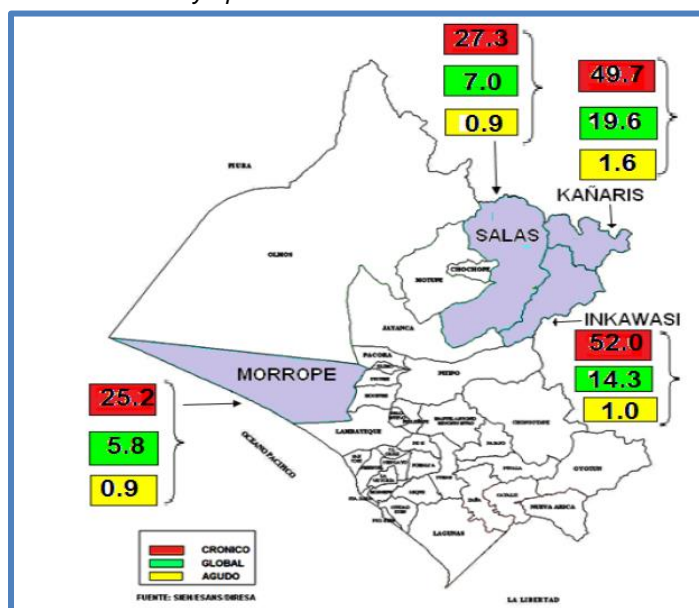


FUENTE: SIEN – ESANS GERESA LAMBAYEQUE

En el gráfico sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la provincia de Ferreñafe se observa el mayor porcentaje (52.0%) fue del distrito de Inkawasi, seguido del distrito de Kañaris con (49.7%) y con menor porcentaje el distrito de Ferreñafe con (8.4%).

Gráfico N° 44

DISTRITOS CON MAYOR PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN: De Niños Menores De 5 Años Del Departamento Lambayeque – SIEN – AÑO 2011 GERESA LAMBAYEQUE



FUENTE: SIEN 2011 - Área de Estadística e Informática

Este mapa consolida la información de los gráficos previos y cómo podemos apreciar existe una correspondencia con los indicadores de pobreza extrema y las proporciones más elevadas de desnutrición en cualquiera de sus formas. Las estrategias de intervención de asistencia nutricional deberán priorizarse según el mapa anterior y teniendo en cuenta que si bien existe una tendencia a la

disminución de los indicadores de desnutrición infantil a nivel global, existen brechas de inequidad al interior de las provincias que deben ser intervenidas.

f) **DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MAYORES DE CINCO AÑOS Y ADOLESCENTES:** En el grupo de edad de 5 a 9 años, la delgadez está presente en menos del 2% de los niños. Es el exceso de peso, lo que estaría afectando a una mayor proporción de niños; así 1 de cada 5, se encuentran con sobrepeso y obesidad, que es mayor a los niños menores de 5 años.

En el grupo etario de 10 a 19 años, la delgadez afecta a menos del 2% de los niños. Con respecto al exceso de peso, tenemos a 1 de cada 9 sujetos que estarían con este problema, valores por debajo a la prevalencia nacional.

Cuadro N° 24

LAMBAYEQUE: Estado Nutricional de Niños de 5 a 9 años de edad

5 A 9 AÑOS		
INDICADOR	Perú	Lambayeque
Delgadez Severa	0.5	0.9
Delgadez	0.6	0.4
Normal	74.5	77.8
Sobrepeso	15.5	14.0
Obesidad	8.9	6.9

FUENTE: Ministerio de Salud de Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Componente Nutricional en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOCENAN). 2009 – 2010

Cuadro N° 25

LAMBAYEQUE: Estado Nutricional de Niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad

10 A 19 AÑOS		
INDICADOR	Perú	Lambayeque
Delgadez Severa	0.2	0.2
Delgadez	0.9	1.4
Normal	84.8	86.7
Sobrepeso	11.0	8.7
Obesidad	3.3	3.0

FUENTE: Ministerio de Salud de Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Componente Nutricional en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOCENAN). 2009 – 2010

5.1.3 EDUCACIÓN

Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población y a su vez, es uno de los factores utilizados en el análisis sociodemográfico por su incidencia sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva, acceso y uso a métodos anticonceptivos, salud de los niños, entre otros.

La participación en el sistema educativo ofrece a las personas la posibilidad de lograr su bienestar tanto desde el punto de vista del ingreso como por la posibilidad de acceder y disfrutar los conocimientos de la ciencia y la cultura. Los años de educación completados por la población muestran, el resultado del proceso educativo para una población dada en un momento del tiempo.

El nivel de educación de la población de seis años y más de edad registrada en el cuestionario del hogar de la Encuesta 2012, según edad, área de residencia y quintil de riqueza se presentan en los Cuadros 26 y 27. El Cuadro 28 presenta el porcentaje de población total que asiste a la escuela o algún centro de enseñanza regular, por grupos de edad, según sexo y área de residencia.

a) Mediana de los años de estudios (Cuadros 26 y 27)

- ✓ En Lambayeque, de acuerdo con las estimaciones de la Encuesta del año 2012, la mediana de los años de estudios de los hombres y las mujeres de seis y más años de edad fue de 8,0 y 6,6 años de estudios, respectivamente; la misma que disminuyó en 0,1 años en los hombres y un 1,4 años en las mujeres, respecto con la Encuesta 2009, dando como resultado un incremento de la brecha educativa entre los hombres y las mujeres que pasó de 0,1 años en el año 2009 a 1,4 años en el año 2012.

- ✓ En el área urbana, la mediana de años de estudios de los hombres (8,8 años) fue mayor a la mediana de años de estudios de las mujeres (7,9 años); brecha educativa que ha aumentado ligeramente, de 0,0 años en la Encuesta 2009 a 0,9 años en la Encuesta 2012. En el área rural la mediana de años de estudios de los hombres (4,7 años) fue mayor a la de las mujeres (3,5 años). En este ámbito la brecha de estudios disminuyó ligeramente de 1,3 años (Encuesta 2009) a 1,2 años en la Encuesta 2012.

Cuadro N° 26

LAMBAYEQUE: Nivel de Educación de la Población Masculina de 6 y más años de edad, por Nivel más alto alcanzado, según característica seleccionada, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Nivel más alto alcanzado o completado							Número	Mediana de años completos
		Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior y más	No sabe/ sin información		
Grupo de edad										
6 - 9	100,0	26,8	73,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	141	0,7
10 - 14	100,0	1,5	49,9	20,7	27,9	0,0	0,0	0,0	175	4,9
15 - 19	100,0	0,4	5,7	7,3	55,0	27,2	4,4	0,0	194	8,8
20 - 24	100,0	1,7	6,4	8,9	10,7	33,0	39,3	0,0	177	10,7
25 - 29	100,0	1,2	10,2	10,4	9,9	29,8	38,5	0,0	139	10,6
30 - 34	100,0	3,4	8,3	8,8	18,0	37,9	23,7	0,0	114	10,3
35 - 39	100,0	0,0	10,8	13,5	14,9	36,0	24,8	0,0	137	10,3
40 - 44	100,0	0,9	20,8	8,7	19,6	24,7	25,5	0,0	100	10,0
45 - 49	100,0	1,8	24,1	0,0	17,3	38,0	18,8	0,0	95	10,2
50 - 54	100,0	6,3	23,3	0,0	14,7	42,0	13,6	0,0	95	10,1
55 - 59	100,0	5,8	29,2	0,0	12,8	31,9	20,3	0,0	74	10,1
60 - 64	100,0	2,4	51,9	0,0	1,3	21,6	22,8	0,0	53	4,8
65 y más	100,0	18,2	58,9	0,0	2,1	10,5	10,3	0,0	152	3,0
Área de residencia										
Urbana	100,0	4,4	23,6	7,1	18,5	25,1	21,2	0,0	1.314	8,8
Rural	100,0	10,0	43,9	7,3	15,0	20,0	3,8	0,0	331	4,7
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	15,4	45,8	7,3	14,1	14,3	3,1	0,0	159	3,8
Segundo quintil	100,0	7,3	35,4	13,5	15,0	22,4	6,4	0,0	398	5,5
Quintil intermedio	100,0	4,4	28,2	7,4	23,3	24,5	12,2	0,0	501	7,6
Cuarto quintil	100,0	3,6	18,4	3,0	18,2	31,4	25,3	0,0	382	10,2
Quintil superior	100,0	1,1	14,7	2,0	11,6	20,2	50,4	0,0	205	11,0
Total 2010	100,0	5,6	27,7	7,2	17,8	24,1	17,7	0,0	1.645	8,0
Total 2009	100,0	3,7	28,0	5,3	26,1	23,8	12,7	0,4	1.501	8,1

Nota: El cuadro está basado en la población de facto, es decir, incluye residentes habituales y no habituales que pasaron la noche anterior en el hogar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012.

Cuadro N° 27

LAMBAYEQUE: Nivel de Educación de la Población Femenina de 6 y más años de edad, por Nivel más alto alcanzado, según característica seleccionada, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Nivel más alto alcanzado o completado							Número	Mediana de años completos
		Sin educación	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior y más	No sabe/ sin información		
Grupo de edad										
6 - 9	100,0	24,7	75,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	164	0,9
10 - 14	100,0	0,9	42,8	17,7	38,6	0,0	0,0	0,0	197	5,4
15 - 19	100,0	0,8	6,6	6,7	49,7	27,9	8,2	0,0	178	9,2
20 - 24	100,0	2,3	3,8	13,5	14,3	24,3	41,9	0,0	149	10,7
25 - 29	100,0	1,1	6,8	15,8	14,7	26,5	35,0	0,0	161	10,4
30 - 34	100,0	1,7	14,9	14,5	12,9	26,6	29,4	0,0	141	10,2
35 - 39	100,0	3,6	19,5	13,6	13,7	25,2	24,4	0,0	154	9,9
40 - 44	100,0	3,9	29,8	10,8	14,8	23,2	17,5	0,0	129	7,7
45 - 49	100,0	6,5	32,7	0,6	13,0	25,6	21,6	0,0	116	8,9
50 - 54	100,0	14,4	36,1	0,0	11,1	23,4	15,0	0,0	108	6,2
55 - 59	100,0	22,7	40,4	0,0	10,6	15,6	10,7	0,0	89	4,1
60 - 64	100,0	20,9	34,1	0,0	5,0	23,7	16,4	0,0	74	4,6
65 y más	100,0	36,3	46,8	0,0	3,1	8,2	5,5	0,0	158	2,1
Área de residencia										
Urbana	100,0	6,7	27,1	7,3	17,9	21,1	19,9	0,0	1.472	7,9
Rural	100,0	22,8	39,9	12,0	14,4	6,9	3,9	0,0	346	3,5
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	35,9	34,1	12,5	10,4	5,8	1,2	0,0	162	2,4
Segundo quintil	100,0	10,8	39,8	14,9	20,2	9,8	4,6	0,0	423	5,0
Quintil intermedio	100,0	9,1	31,5	8,6	18,9	19,7	12,2	0,0	519	6,2
Cuarto quintil	100,0	5,0	24,5	3,2	20,2	24,7	22,4	0,0	427	9,3
Quintil superior	100,0	1,9	16,1	2,4	9,3	26,4	43,9	0,0	288	10,8
Total 2012	100,0	9,8	29,6	8,2	17,2	18,4	16,9	0,0	1.818	6,6
Total 2009	100,0	7,4	27,6	5,5	24,3	23,7	11,1	0,3	1.686	8,0

Nota: El cuadro está basado en la población de facto, es decir, incluye residentes habituales y no habituales que pasaron la noche anterior en el hogar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012.

b) Asistencia escolar por edad (Cuadro 28)

- ✓ Durante el periodo de investigación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012, el 94,7 por ciento de la población de 6 a 15 años asistía a un centro de enseñanza regular 2, la misma que fue casi similar por sexo (94,6 por ciento en los hombres y 94,8 por ciento en las mujeres) y muestra una diferencia de 7,0 puntos porcentuales por área de residencia (96,4 por ciento en el área urbana y 89,4 por ciento en el área rural).
- ✓ La asistencia escolar disminuye considerablemente en el grupo de 16 a 20 años (48,2 por Ciento) y baja aún más entre la población de 21 a 24 años (25,6 por ciento).

Cuadro N° 28

LAMBAYEQUE: Asistencia Escolar, por Área de Residencia, según grupo de edad, 2012
(Porcentaje)

Grupo de edad	Total			Área Urbana			Área Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
6 - 10 años	96,6	96,4	96,8	97,5	97,3	97,7	93,5	93,1	93,9
11 - 15 años	93,0	93,0	92,9	95,3	95,0	95,5	85,9	86,1	85,8
6 - 15 años	94,7	94,6	94,8	96,4	96,1	96,6	89,4	89,4	89,5
16 - 20 años	48,2	49,1	47,3	50,1	50,8	49,5	38,6	42,0	33,7
21 - 24 años	25,6	25,7	25,4	27,4	26,8	28,1	10,9	15,5	6,8
6 - 24 años	69,7	68,5	70,9	69,7	68,4	71,0	69,8	68,7	70,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

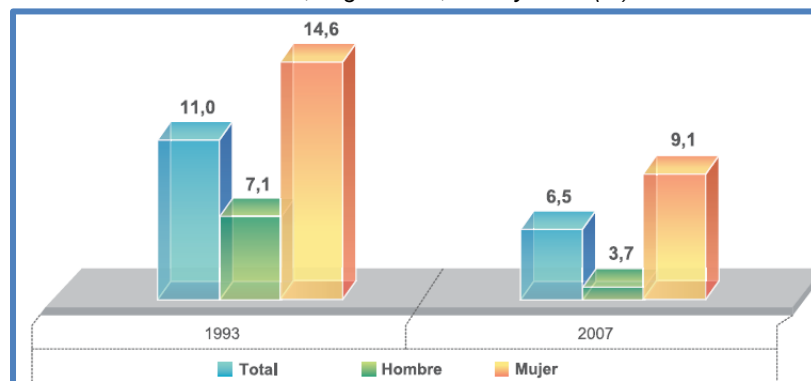
c) Analfabetismo

En el departamento de Lambayeque, la tasa de analfabetismo según el Censo 2007 afectó al 6,5% de la población de 15 y años de edad y en comparación con los niveles reportados en el censo 1993 (11,0%), disminuyó en 4,5 puntos porcentuales.

Según género, se observó en el 2007 que las mujeres presentaron tasas de analfabetismo más altas (9,1%) respecto a la de los hombres (3,7%).

Gráfico N° 45

LAMBAYEQUE: Tasa de analfabetismo de la población censada de 15 y más años de edad, según sexo, 1993 y 2007 (%)



Fuente: INEI – Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007

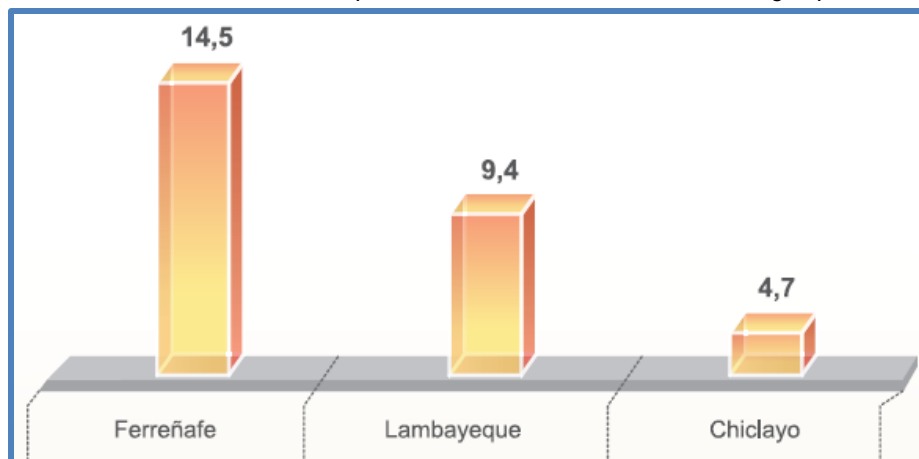
Analfabetismo Según Provincias

Según los resultados del Censo 2007, en el departamento de Lambayeque la provincia que tiene la tasa de analfabetismo más alta es Ferreñafe (14,5%); es decir, aproximadamente 14 de cada 100 personas mayores de 14 años de edad que viven en esta provincia no saben leer ni escribir.

De igual manera, la provincia de Lambayeque presenta una tasa de analfabetismo de 9,4%, mientras que la menor tasa se observa en la provincia de Chiclayo (4,7%).

Gráfico N° 46

LAMBAYEQUE: Tasa de analfabetismo de la población de 15 a 19 años de edad, según provincia, 2007 (%)



Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

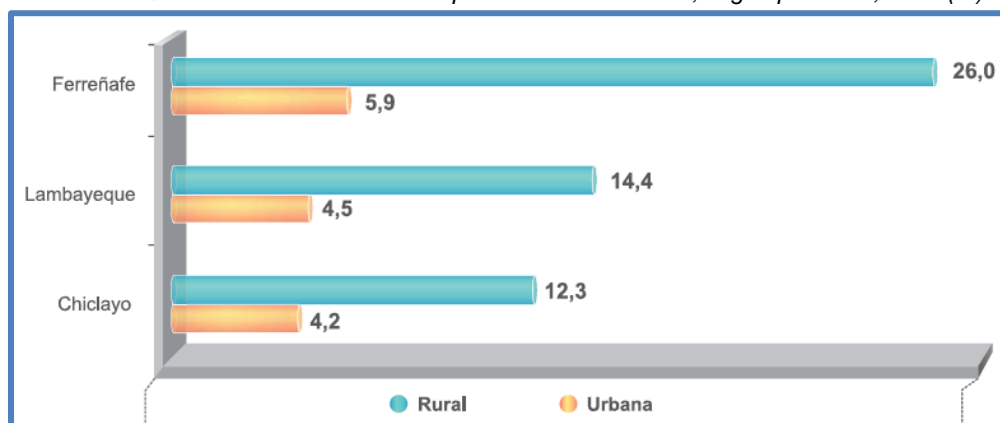
Analfabetismo por área de residencia, según provincia.

La tasa de analfabetismo por área de residencia, presenta resultados diferenciados, la provincia que tiene la tasa más alta de analfabetismo en el área rural es la provincia de Ferreñafe con 26 de cada 100 habitantes que no saben leer ni escribir, seguido de Lambayeque y Chiclayo con 14 y 12 habitantes por cada 100, que no saben leer ni escribir.

En tanto, en el área urbana la tasa más alta de analfabetismo se registra en las provincias de Ferreñafe (5,9%), Lambayeque (4,5%) y en la provincia de Chiclayo (4,2%).

Gráfico N° 47

LAMBAYEQUE: Tasa de analfabetismo por área de residencia, según provincia, 2007 (%)



Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

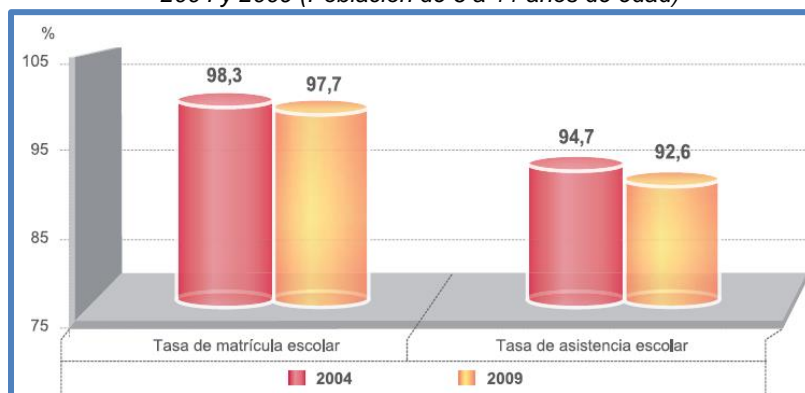
d) Asistencia escolar : Primaria y Secundaria

La tasa de asistencia escolar en educación primaria – 2009

En el año 2009, en el departamento de Lambayeque, la tasa de matrícula escolar primaria que comprende la población entre 6 y 11 años fue 97,7%. Para el mismo año, la tasa de asistencia escolar de este grupo fue de 92,6%. En ambos casos, tanto la tasa de matrícula y la asistencia escolar descendieron levemente con respecto al año 2004.

Gráfico N° 48

LAMBAYEQUE: Tasa de matrícula y asistencia escolar en educación primaria, 2004 y 2009 (Población de 6 a 11 años de edad)



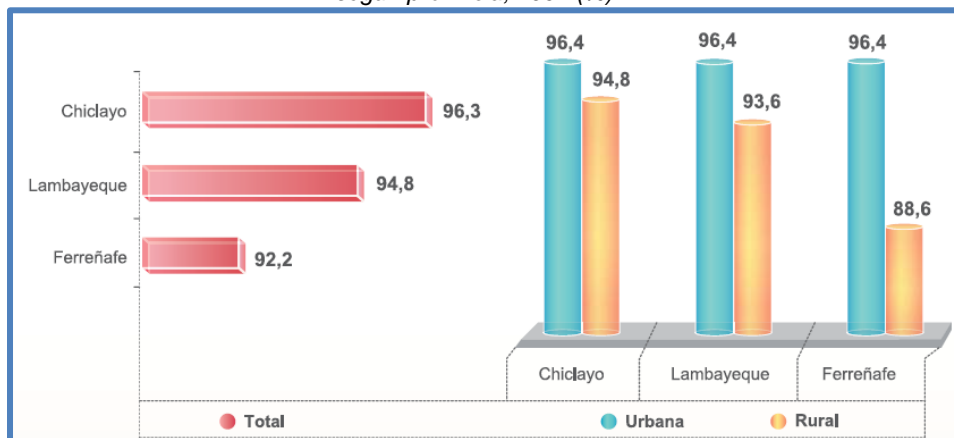
Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) Continua, 2004 y 2009

La tasa de asistencia en educación primaria, según provincia

En el departamento de Lambayeque, la tasa más alta de asistencia escolar en educación primaria se registró en la provincia de Chiclayo (96,3%), seguido de Lambayeque (94,8%) y Ferreñafe (92,2%). La asistencia en la zona urbana fue de 96,4% y 88,6% en el área rural de la provincia de Ferreñafe, que presenta la tasa más baja en asistencia escolar primaria.

Gráfico N° 49

LAMBAYEQUE: Tasa de asistencia escolar en educación primaria, por área de residencia, según provincia, 2007 (%)



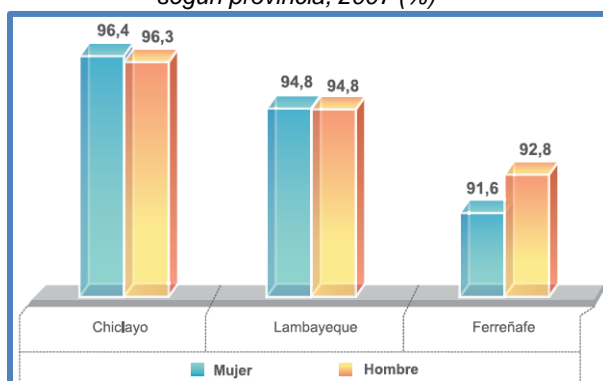
Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 – XI de Población y VI de Vivienda.

La tasa de asistencia escolar en educación primaria por sexo, según provincia

En el 2007, en el departamento de Lambayeque, la tasa más alta de asistencia de escolar en educación primaria se registró en la provincia de Chiclayo con 96,4% de asistencia femenina y 96,3% masculina. En la provincia de Ferreñafe se registraron las tasas más bajas de asistencia escolar con 91,6% de asistencia femenina y 92,8% de asistencia masculina.

Gráfico N° 50

LAMBAYEQUE: LAMBAYEQUE: Tasa de asistencia escolar en educación primaria, por sexo, según provincia, 2007 (%)



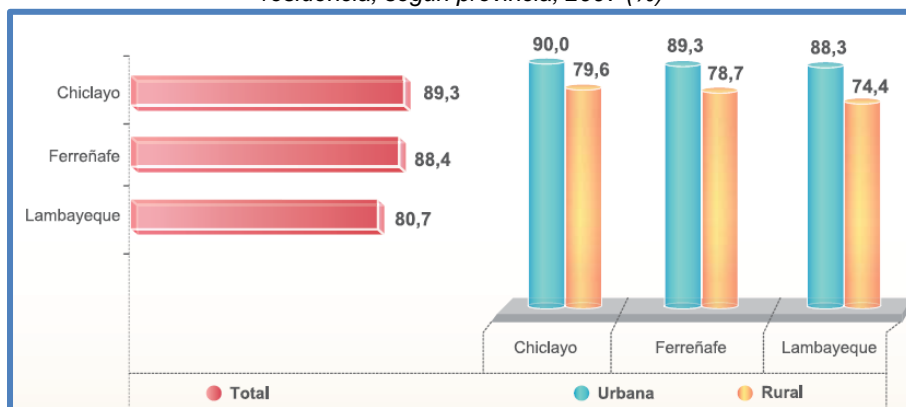
Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 – XI de Población y VI de Vivienda.

La tasa de asistencia escolar en educación secundaria por área de residencia, según provincia

En el 2007, la tasa más alta de asistencia escolar en educación secundaria se encuentra en la provincia de Chiclayo (89,3%), con 90,0% en el área urbana y 79,6% en el área rural; las tasas más bajas de asistencia escolar en educación secundaria se registraron en la provincia de Lambayeque, con una tasa de 88,3% en el área urbana y 74,4% en el área rural.

Gráfico N° 51

LAMBAYEQUE: Tasa de asistencia escolar en educación secundaria, por área de residencia, según provincia, 2007 (%)

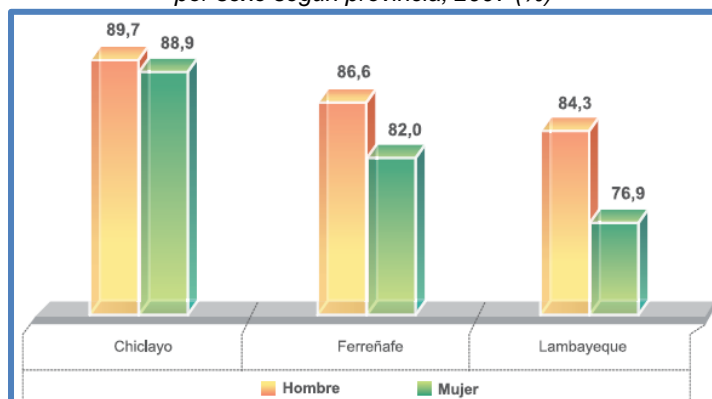


Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 – XI de Población y VI de Vivienda.

La tasa de asistencia escolar en educación secundaria por sexo, según provincia
 En el 2007, en el departamento de Lambayeque la tasa más alta de asistencia escolar en educación secundaria se encuentra en la provincia de Chiclayo con 89,7% de asistencia masculina y la femenina 88,9%, mientras que en la provincia de Lambayeque se observa la tasa más baja de asistencia masculina 84,3% y la femenina 76,9%.

Gráfico Nº 52

LAMBAYEQUE: Tasa de asistencia escolar en educación secundaria, por sexo según provincia, 2007 (%)



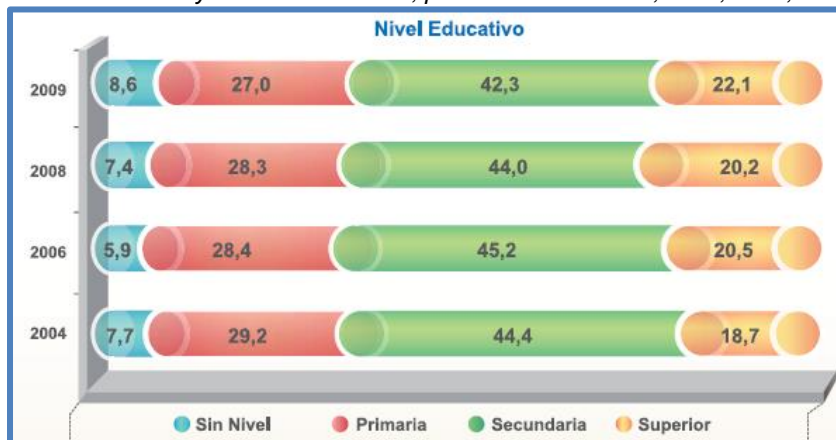
Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007 – XI de Población y VI de Vivienda.

La mayor parte de la población alcanzó el nivel secundario de instrucción
 En el departamento de Lambayeque, el año 2009, la población de 15 y más años de edad, 42,3% tenía instrucción secundaria, porcentaje levemente inferior al reflejado en el 2008 que fue 44,0%.

Cabe resaltar, que el nivel de educación alcanzado por la población ha mejorado ligeramente en el 2009 con respecto al 2004. En efecto, la población con algún año de educación superior aumentó en 3,4 puntos porcentuales, pero aquellos que no cuentan con estudios también aumentaron de 7,7% el 2004 a 8,6% en el 2009.

Gráfico Nº 53

LAMBAYEQUE: Población de 15 y más años de edad, por nivel de educación, 2004, 2006, 2008 y 2009 (%)



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2004, 2006, 2008 y 2009.

5.1.4 PROTECCIÓN

Este eje parte de la premisa de que todo niño, niña y adolescente perteneciente a cualquier grupo cultural y social, tiene derecho a una vida plena, con seguridad, afecto, protección y acceso a los recursos y servicios necesarios para su normal desarrollo. Además, sus necesidades integrales deben ser satisfechas a través de quienes son sus grupos protectores, esto es, la familia, la escuela, la comunidad y el Estado. A través de sus políticas de protección y promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes, así como vigilando que aquellos grupos asuman su responsabilidad protectora.

La problemática de la niñez y la adolescencia en riesgo psicosocial, recogida a través de los diagnósticos participativos, realizados en zonas urbano – marginales de la Región de Lambayeque, a través de consultas a los niños, niñas y adolescentes; padres y madres de familias; a docentes y personal directivo de las Instituciones Educativas, y a los equipos de los servicios de atención a niños, niñas y adolescentes, se recogieron como problemas principales los siguientes: violencia familiar, trabajo infantil, bullying escolar , trata de personas, de los cuales nuestros niños, niñas y adolescentes requieren la protección necesaria.

Las familias son los primeros cuidadores, educadores y protectores de la niñez y sus derechos. Los valores familiares son esenciales para la percepción que el niño tiene de sí mismo y del mundo que le rodea. Cuando, por cualquier razón, la familia no puede cumplir estas obligaciones y la confianza depositada en ella, empieza a quebrarse la primera línea de defensa del niño y la niña contra un mundo inseguro incomprensible.

a) Violencia Familiar

La Encuesta 2012 indagó sobre situaciones por las que pasan las mujeres alguna vez unidas (casadas, convivientes, divorciadas, separadas o viudas) como el hecho de que el esposo o compañero se ponía celoso o molesto, si ella conversaba con otro hombre, si él la acusaba frecuentemente de ser infiel, si le impedía que visite o la visiten sus amistades, si él trataba de limitar las visitas/contactos a su familia, si él insistía siempre en saber todos los lugares donde ella iba o desconfiaba de ella con el dinero.

También se preguntó sobre situaciones humillantes (si le había dicho o ha hecho cosas para humillarla delante de los demás) y si le había amenazado con hacerle daño a ella o a alguien cercano o con irse de la casa/quitarle a los hijos o la ayuda económica.

Cuadro N° 29

LAMBAYEQUE: Situaciones de control y Violencia Verbal por parte del esposo o compañero, según característica seleccionada, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Situación de control						Amenaza			Número de mujeres alguna vez unidas
	Es celoso o molesto	Acusa de ser infiel	Impide que visite o la visiten sus amistades	Insiste en saber donde va	Desconfía con el dinero	Algún control	Situaciones humillantes	Con irse de casa/quitarle hacerle daño o la ayuda económica	Con irse de casa/quitarle los hijos(as) o la ayuda económica	
Grupo de edad										
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
20-24	43,6	19,9	16,7	45,2	3,4	59,7	9,4	2,9	10,2	49
25-29	54,8	20,0	26,2	58,9	8,7	75,6	16,7	9,2	23,2	98
30-34	56,1	24,7	28,3	57,5	16,9	73,7	17,8	8,0	12,1	93
35-39	45,5	15,5	17,8	48,1	6,0	68,4	19,2	6,5	19,4	100
40-44	49,8	18,3	28,9	48,2	15,6	74,1	26,2	15,3	26,6	79
45-49	35,3	22,6	21,1	52,4	8,9	63,4	18,7	9,1	17,6	70
Estado conyugal										
Casada/Conviviente	47,0	17,7	20,5	50,8	8,2	69,1	16,9	6,3	15,2	433
Divorciada/Separada/Viuda	59,8	35,2	43,7	64,5	22,9	78,9	24,8	20,9	36,2	75
Área de residencia										
Urbana	51,0	21,2	25,5	53,8	11,1	72,1	19,3	9,9	19,2	414
Rural	39,1	16,1	17,2	48,2	7,3	63,7	12,9	2,0	14,3	93
Nivel de educación										
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	48,7	24,7	27,8	48,8	12,1	70,5	17,0	9,5	19,1	165
Secundaria	52,2	19,9	23,9	58,4	10,7	72,5	18,7	8,4	18,9	217
Superior	45,7	16,2	18,9	48,4	6,2	68,6	18,4	6,2	14,0	108
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	30,3	16,2	18,2	38,9	10,3	53,7	6,4	6,0	6,5	42
Segundo quintil	55,5	28,9	27,1	58,3	14,1	77,5	17,8	10,4	18,5	149
Quintil Intermedio	54,6	18,3	25,0	58,6	11,3	73,2	22,8	9,2	23,0	162
Cuarto quintil	43,4	18,6	25,9	51,1	7,3	67,8	19,1	8,8	22,2	99
Quintil superior	38,2	9,5	14,0	35,3	3,4	61,8	12,6	2,8	5,9	57
Total 2012	48,9	20,3	24,0	52,8	10,4	70,5	18,1	8,5	18,3	507

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Cuadro N° 30

LAMBAYEQUE: VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO O COMPAÑERO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Violencia física									Violencia sexual			Número de mujeres alguna vez unidas
	Alguna de las anteriores	Alguna de las anteriores	Empujó, sacudió o tiro algo	Abofeteo o retorcio el brazo	Golpeo con el puño o algo que pudo dañarla	Pateo o arrastro	Trató de estrangularla o quemarla	Ataco, agredió con cuchillo, pistola u otra arma	Amenazó con cuchillo, pistola u otra arma	Alguna de las anteriores	Obligó a tener relaciones sexuales aunque ella no quería	Obligó a realizar actos sexuales que ella no aprueba	
Grupo de edad													
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
20-24	32,3	32,3	23,3	15,6	8,9	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	49
25-29	36,1	33,2	29,2	23,5	13,1	12,3	4,2	0,0	2,1	10,3	8,4	4,7	98
30-34	35,6	35,6	28,1	22,9	20,3	15,7	3,4	0,7	1,6	1,8	1,8	0,0	93
35-39	36,6	36,6	32,7	26,2	23,0	9,8	4,8	1,9	3,2	7,3	7,3	4,6	100
40-44	48,1	46,2	41,9	28,7	26,4	11,4	1,8	3,0	1,1	10,5	8,6	3,5	79
45-49	30,1	30,1	23,1	25,3	11,4	9,4	0,0	0,0	0,0	9,6	9,6	2,2	70
Estado conyugal			1,5							3,8			
Casada/Conviviente	34,4	33,6	27,3	21,0	14,7	8,9	2,0	0,6	0,8	4,7	4,6	1,4	433
Divorciada/Separada/Viuda	47,0	46,1	41,1	40,4	35,0	22,1	6,5	3,4	5,7	18,2	14,8	9,7	75
Área de residencia													
Urbana	37,2	36,4	31,3	24,6	18,5	11,5	3,0	1,2	1,6	6,7	6,0	2,6	414
Rural	32,1	31,1	20,7	20,2	14,0	8,3	0,9	0,0	0,9	7,1	6,2	3,1	93
Nivel de educación													
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Primaria	37,6	35,9	27,5	23,6	20,1	13,4	2,1	2,6	1,6	9,3	9,3	2,6	165
Secundaria	36,7	36,3	29,9	24,0	17,1	10,3	3,1	0,3	2,3	6,3	5,1	2,2	217
Superior	31,3	30,7	28,8	22,1	13,0	8,6	3,0	0,0	0,0	4,1	3,4	4,1	108
Quintil de riqueza													
Quintil inferior	24,6	24,6	14,8	18,1	11,4	4,0	2,0	0,0	2,0	2,0	2,0	0,0	42
Segundo quintil	43,4	41,4	36,9	29,6	24,0	15,8	4,0	2,3	1,8	8,2	7,7	3,2	149
Quintil Intermedio	37,2	36,7	29,5	24,8	15,7	11,4	2,9	0,5	1,5	7,2	7,2	1,2	162
Cuarto quintil	34,9	34,9	30,0	24,7	19,8	10,3	1,4	0,7	0,7	7,4	5,4	5,4	99
Quintil superior	26,2	25,0	18,9	8,7	7,4	2,7	1,0	0,0	1,5	3,9	2,7	2,4	57
Total 2012	36,3	35,4	29,4	23,8	17,7	10,9	2,7	1,0	1,5	6,7	6,1	2,7	507

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Maltrato a hijas e hijos

La Encuesta 2012 indagó a las mujeres entrevistadas con hijas e hijos en el hogar sobre las formas de castigo ejercidas por el esposo o compañero o ella misma a sus hijas e hijos; asimismo, si los padres la castigaban a ella y en qué forma.

Formas de castigo ejercidas por el padre biológico (Cuadro N°31)

Según la declaración de las mujeres, las formas de castigo utilizadas con mayor frecuencia por el padre biológico para regañar o corregir a sus hijas e hijos fueron la reprimenda verbal y prohibiéndoles de algo que les guste (74,5 y 29,7 por ciento, respectivamente). La declaración de la reprimenda verbal fue proporcionada en mayor porcentaje por mujeres de 25 a 29 años y de 40 a 44 años de edad (85,0 y 81,1 por ciento, respectivamente), con educación superior (79,6 por ciento), del segundo quintil de riqueza (85,5 por ciento); mientras que la forma referida a la prohibición de algo que les guste fue reportada por mujeres de 45 a 49 años de

edad (40,6 por ciento), con educación superior (41,6 por ciento) y ubicadas en el quintil superior de riqueza (46,9 por ciento).

Cuadro N° 31

LAMBAYEQUE: Formas de castigo ejercidas por el padre biológico a sus hijas e hijos, según característica seleccionada, 2012 (porcentaje)

Característica seleccionada	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendoles algo que le gusta	Con golpes o castigos físicos	Ignorándolos	Con más trabajo	Quitándoles el apoyo económico	Número de mujeres
Grupo de edad								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	1
20-24	*	*	*	*	*	*	*	17
25-29	8,5	85,0	18,3	13,5	0,0	0,0	0,0	51
30-34	5,5	71,7	31,4	16,2	0,0	0,0	0,0	49
35-39	6,2	71,5	25,2	18,1	1,3	0,0	1,4	60
40-44	5,4	81,1	35,0	19,8	0,0	0,0	0,0	40
45-49	0,0	67,5	40,6	11,8	0,0	3,0	0,0	27
Área de residencia								
Urbana	3,5	72,6	36,2	11,9	0,4	0,4	0,5	184
Rural	10,6	80,3	10,0	28,6	0,0	0,0	0,0	60
Nivel de educación								
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	9
Primaria	4,5	75,7	21,6	20,9	0,0	0,0	0,0	80
Secundaria	5,1	69,9	31,1	15,4	0,8	0,0	0,0	98
Superior	5,9	79,6	41,6	5,2	0,0	1,4	1,5	57
Quintil de riqueza								
Quintil inferior	12,3	75,8	5,6	29,2	0,0	0,0	0,0	24
Segundo quintil	4,5	85,5	20,2	16,6	0,0	0,0	0,0	78
Quintil Intermedio	4,5	59,8	38,5	16,2	0,0	0,0	0,0	75
Cuarto quintil	5,0	80,5	35,6	7,6	1,9	1,9	0,0	42
Quintil superior	3,4	72,5	46,9	15,2	0,0	0,0	3,4	25
Total 2012	5,3	74,5	29,7	16,0	0,3	0,3	0,4	244

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Formas de castigo ejercidas por la madre biológica

La madre biológica utiliza con mayor frecuencia la reprimenda verbal (71,0 por ciento) y la prohibición de algo que les guste para castigar o regañar a sus hijas e hijos (42,8 por ciento). (Cuadro N° 32)

- ✓ La reprimenda verbal es utilizada en su mayoría por mujeres de 20 a 24 años de edad (80,0 por ciento, en promedio), casada o conviviente (72,8 por ciento), con educación superior y secundaria (76,6 y 68,8 por ciento),

residentes en el área rural (84,1 por ciento) y ubicadas en el quintil inferior y segundo quintil de riqueza (78,6 y 72,0 por ciento, respectivamente).

- ✓ La prohibición de algo que les guste fue utilizada generalmente por mujeres de 40 a 44 años de edad (58,4 por ciento), divorciadas, separadas o viudas (57,8 por ciento), con educación secundaria (49,5 por ciento), residentes en el área urbana (48,2 por ciento) y ubicadas en el cuarto quintil de riqueza (54,8 por ciento).
- ✓ Otras formas de castigo utilizadas por la madre biológica fueron los golpes o castigos físicos (22,9 por ciento) y las palmadas (13,2 por ciento).

Cuadro N° 32

LAMBAYEQUE: Formas de castigo ejercidas por el madre biológica a sus hijas e hijos, según característica seleccionada, 2012 (porcentaje)

Característica seleccionada	Palmadas	Reprimenda verbal	Prohibiendo algo que le gusta	Privando de la alimentación	Con golpes o castigos físicos	Dejando encañados	Ignorando	Con más trabajo	Echando agua	Quitando el apoyo económico	Número de mujeres
Grupo de edad											
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
20-24	24,7	80,0	32,3	1,8	20,5	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	36
25-29	25,6	72,9	30,6	0,0	27,4	0,8	1,5	0,0	0,0	0,0	88
30-34	8,5	64,5	49,7	2,7	30,4	0,0	2,4	0,0	0,0	3,1	88
35-39	10,3	77,8	36,2	0,0	22,2	0,0	0,8	0,5	0,0	0,9	95
40-44	7,6	65,9	58,4	2,9	19,3	0,0	1,0	2,3	1,0	0,0	67
45-49	0,0	67,2	53,9	3,6	13,5	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	54
Estado conyugal											
Soltera	(13,3)	(72,4)	(31,9)	(0,0)	(10,1)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	20
Casada/Conviviente	15,0	72,8	40,7	2,0	23,9	0,2	1,4	0,4	0,4	1,8	351
Divorciada/Separada/Viuda	3,1	60,3	57,8	0,0	21,7	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	63
Área de residencia											
Urbana	12,1	67,9	48,2	2,0	22,8	0,2	1,0	0,6	0,4	1,8	352
Rural	17,7	84,1	19,5	0,0	23,6	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	82
Nivel de educación											
Sin educación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	13
Primaria	10,8	68,1	36,2	2,5	27,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	147
Secundaria	12,4	68,8	49,5	1,8	20,9	0,4	2,3	0,4	0,7	2,5	182
Superior	17,6	76,6	44,1	0,0	19,7	0,0	0,8	0,5	0,0	1,8	92
Quintil de riqueza											
Quintil inferior	23,6	78,6	10,2	0,0	23,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	37
Segundo quintil	13,6	72,0	35,4	0,5	27,3	0,5	1,1	0,0	0,5	0,0	127
Quintil intermedio	16,3	68,0	48,1	2,7	25,3	0,0	0,0	1,1	0,5	1,9	144
Cuarto quintil	7,7	71,9	54,8	2,1	14,2	0,0	3,4	0,6	0,0	3,2	83
Quintil superior	3,5	69,7	50,8	1,5	19,2	0,0	1,6	0,0	0,0	1,9	44
Total 2012	13,2	71,0	42,8	1,6	22,9	0,2	1,1	0,5	0,3	1,4	435

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Formas de castigo ejercidas por los padres a la entrevistada (Cuadro N°33)

- ✓ El 55,0 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que sus padres las castigan o las castigaban a través de golpes. Esta forma de castigo fue manifestada en mayor porcentaje por mujeres que tenían de 25 a 29 años de edad (66,5 por ciento). Según estado conyugal esta declaración fue mayor en divorciadas, separadas o viudas (69,7 por ciento), con educación primaria

(63,3 por ciento) y ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (62,0 por ciento).

- ✓ Otras formas de castigo declaradas con frecuencia fueron la reprimenda verbal y prohibiéndoles de algo que les guste (37,8 y 20,8 por ciento, respectivamente). La primera forma se presenta en mayor porcentaje en mujeres con educación secundaria (41,0 por ciento), residentes en el área rural (43,5 por ciento) y perteneciente al quintil superior de riqueza (42,7 por ciento). Respecto al estado conyugal, la reprimenda verbal fue manifestada con mayor frecuencia por mujeres solteras (46,4 por ciento); mientras que la forma de castigo referida a prohibirles de algo que les guste fue expresada generalmente por mujeres solteras (39,3 por ciento).

Cuadro N° 33

LAMBAYEQUE: formas de castigos ejercidos por los padres a la entrevistada, según característica seleccionada, 2012 (Porcentaje)

Característica seleccionada	Palmas	Reprimenda verbal	Prohibiéndole algo que le gusta	Privándola de la alimentación	Golpeandola	Quemándola	Dejándola encerrada	Ignorándola	Con mas trabajo	Dejándola fuera de casa	Quitándole el apoyo económico	Numero de mujeres
Grupo de edad												
15-19	2,5	52,1	39,0	1,1	33,2	0,0	0,0	2,1	1,4	0,0	0,0	94
20-24	2,6	32,1	31,3	0,0	44,7	0,9	0,0	0,0	2,0	0,0	0,8	84
25-29	3,3	38,1	17,5	0,0	66,5	0,0	0,0	0,8	0,0	0,6	1,1	127
30-34	0,7	40,6	16,3	0,0	54,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,0	112
35-39	0,0	29,4	11,8	0,0	64,0	0,6	1,4	0,0	2,8	3,2	0,0	120
40-44	0,0	35,6	14,1	0,0	64,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	86
45-49	0,0	37,3	20,7	0,0	49,7	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	74
Estado conyugal												
Soltera	1,1	46,4	39,3	0,5	35,5	0,0	0,0	1,6	2,0	0,0	0,7	188
Casada/Conviviente	1,7	35,5	13,4	0,0	60,9	0,3	0,0	0,2	0,8	0,6	0,4	435
Divorciada/Seperada/Viuda	0,0	29,1	17,4	0,0	69,7	0,0	2,3	0,0	0,0	2,5	0,0	75
Área de residencia												
Urbana	1,7	36,5	24,0	0,0	55,6	0,3	0,3	0,5	0,9	0,8	0,4	574
Rural	0,0	43,5	5,9	0,8	52,5	0,0	0,0	0,8	1,8	0,0	0,9	124
Nivel de educación												
Sin educación	(0,0)	(41,5)	(0,0)	(0,0)	(52,4)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	19
Primaria	2,1	32,3	7,0	0,0	63,3	0,4	0,0	0,0	0,7	1,0	1,0	189
Secundaria	0,2	41,0	24,1	0,3	54,7	0,3	0,6	0,6	1,2	0,3	0,0	313
Superior	2,9	37,5	32,0	0,0	47,0	0,0	0,0	1,0	1,1	1,1	0,7	176
Quintil de riqueza												
Quintil inferior	0,0	35,6	12,3	0,0	61,2	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	52
Segundo quintil	2,3	36,2	9,0	0,6	60,9	0,0	0,0	0,6	0,7	1,4	0,0	164
Quintil Intermedio	0,8	35,9	14,4	0,0	62,0	0,4	0,8	0,0	1,2	0,9	1,2	208
Cuarto quintil	1,5	39,7	31,1	0,0	51,0	0,4	0,0	0,4	1,6	0,0	0,0	154
Quintil superior	1,4	42,7	44,3	0,0	32,4	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,6	100
Total 2012	1,4	37,8	20,8	0,1	55,0	0,2	0,2	0,5	1,0	0,7	0,5	698

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Creencia en la necesidad del castigo físico para educar a hijas e hijos

- ✓ El 12,6 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon que algunas veces era necesario el castigo físico para educar a las hijas e hijos.

- ✓ Según grupo de edad de las mujeres entrevistadas se observa que 19 de cada 100 mujeres de 30 a 34 años manifestaron la necesidad del castigo físico; mientras que el porcentaje restante (80 por ciento) opinó que no creía en la necesidad de castigar físicamente a las hijas e hijos. De acuerdo al nivel educativo, 13,6 de cada cien mujeres que alcanzaron nivel superior creían que algunas veces es necesario el castigo físico; en cambio, el porcentaje fue ligeramente mayor cuando las mujeres tenían educación primaria (13,8 por ciento).
- ✓ Según el estado conyugal, el 14,1 por ciento de las mujeres casadas o convivientes expresaron la creencia del castigo físico para educar a las hijas e hijos, observándose un comportamiento menor en las mujeres divorciadas, separadas o viudas con 10,0 por ciento. Según área de residencia se observa diferencias (área rural 15,2 por ciento y área urbana 12,0 por ciento).

Cuadro N° 34

LAMBAYEQUE: Creencia en la necesidad del Castigo Físico para educar a sus hijas e hijos, según característica seleccionada, 2012
(Distribución porcentual)

Característica seleccionada	Total	Frecuentemente	Algunas veces	No / nunca	Número de mujeres
Grupo de edad					
15-19	100,0	0,0	9,3	90,7	94
20-24	100,0	0,0	12,5	87,5	84
25-29	100,0	0,0	15,2	84,8	127
30-34	100,0	0,6	19,1	80,3	112
35-39	100,0	0,0	7,0	93,0	120
40-44	100,0	0,0	13,4	86,6	86
45-49	100,0	0,0	10,8	89,2	74
Estado conyugal					
Soltera	100,0	0,0	10,1	89,9	188
Casada/Conviviente	100,0	0,2	14,1	85,7	435
Divorciada/Separada/Viuda	100,0	0,0	10,0	90,0	75
Área de residencia					
Urbana	100,0	0,1	12,0	87,9	574
Rural	100,0	0,0	15,2	84,8	124
Nivel de educación					
Sin educación	100,0	(0,0)	(16,9)	(83,1)	19
Primaria	100,0	0,3	13,8	85,9	189
Secundaria	100,0	0,0	11,0	89,0	313
Superior	100,0	0,0	13,6	86,4	176
Quintil de riqueza					
Quintil inferior	100,0	0,0	13,4	86,6	52
Segundo quintil	100,0	0,0	15,8	84,2	184
Quintil Intermedio	100,0	0,0	11,0	89,0	208
Cuarto quintil	100,0	0,4	10,4	89,1	154
Quintil superior	100,0	0,0	12,9	87,1	100
Total 2012	100,0	0,1	12,6	87,3	698

Nota: Las distribuciones porcentuales basadas en menos de 20 casos sin ponderar, no se muestran (*) y las de 20-24 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

b) Trabajo Infantil

Se considera trabajo infantil a las actividades económicas en las cuales participan menores de 18 años, cuyas edades están por debajo de la mínima establecida por el país, y que se consideran formas de trabajo prohibidas. En Perú, la edad mínima para trabajar es de 14 años.

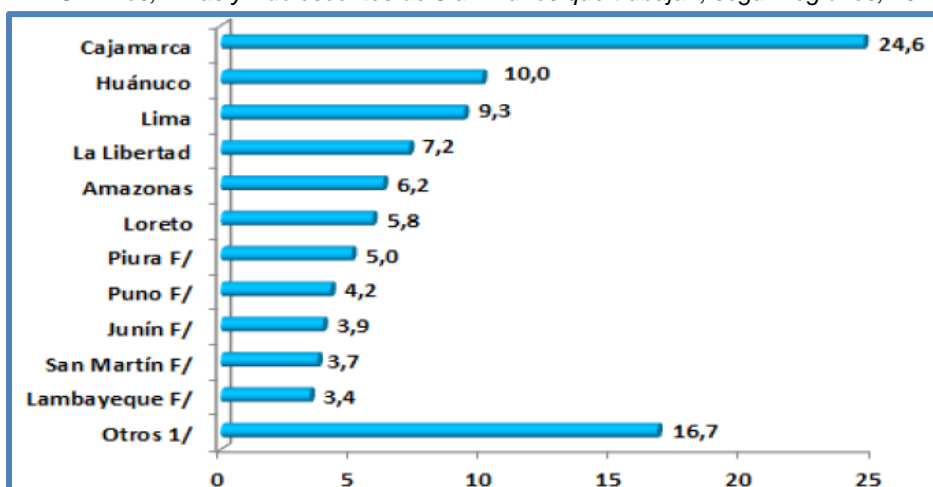
A nivel mundial, existen niños, niñas y adolescentes que son víctimas del trabajo infantil, llevándolos a desarrollar actividades que atentan contra su salud e integridad física, moral, social y psicológica, asimismo afecta su rendimiento escolar y muchos de ellos se ven obligados a abandonar la escuela.

El Perú no está exento de este problema, según la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO), para el año 2013, se estimó un total de 1 millón 5 mil niños, niñas y adolescentes que trabajaban, distribuidos en las diferentes regiones del país, incluida la región Lambayeque.

Según la ENAHO 2013, las regiones con mayor número de niños, niñas y adolescentes que trabajan son; Cajamarca (24,6%), Huánuco (10,0%) y Lima (9,3%). La región Lambayeque ocupa el onceavo lugar (3,4%).

Gráfico N° 54

PERÚ: Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 17 años que trabajan, según regiones, 2013



Nota: Comprende al resto de regiones del país.

F/ Cifras referenciales para las regiones de Piura, Puno, Junín, San Martín y Lambayeque.

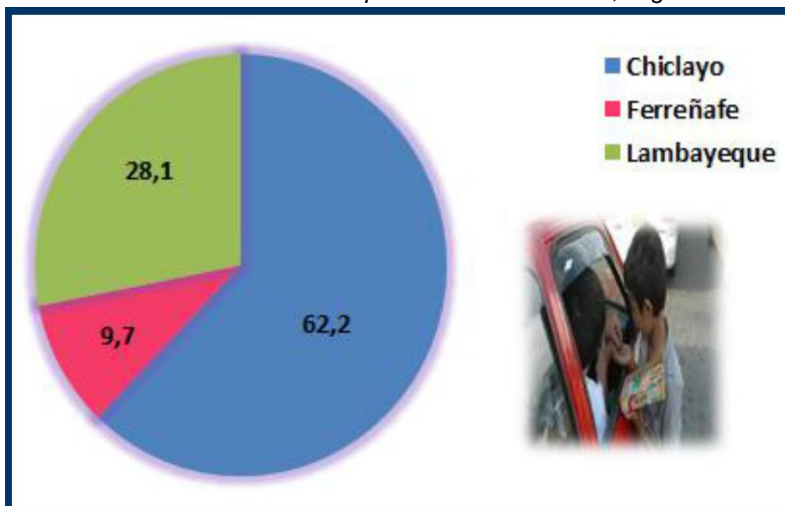
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO), continúa 2013.

Elaboración: GRTPE-Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

La región Lambayeque se divide en tres provincias, donde cada una de ellas presenta diferentes proporciones de niños, niñas y adolescentes que realizan alguna actividad económica, según el Censo Nacional 2007, del total de población ocupada de 6 a 17 años, el 62,2% se concentró en la provincia de Chiclayo, un 28,1% en la provincia de Lambayeque y el 9,7% restante en Ferreñafe.

Gráfico N° 55

REGIÓN LAMBAYEQUE: Población Ocupada entre 6 a 17 años, según Provincias, 2007



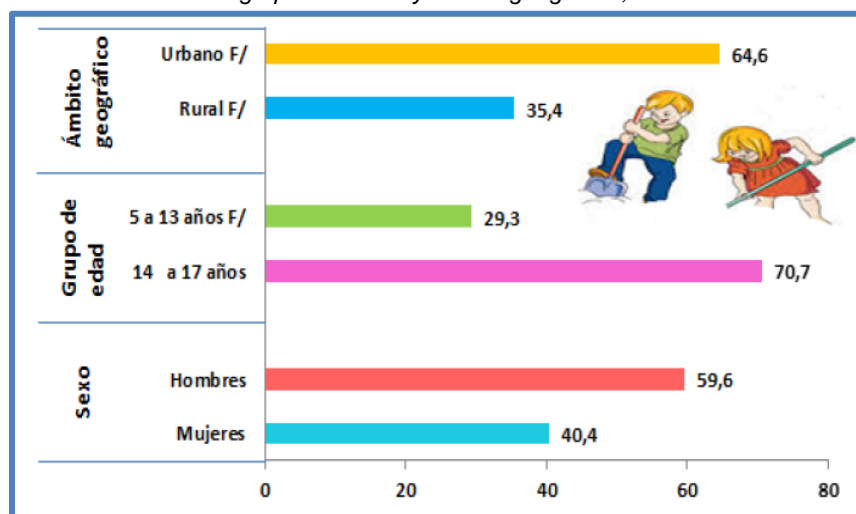
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007. Elaboración: GRTPE - Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

De los niños, niñas y adolescentes que trabajan en la región Lambayeque, el 64,6% radica en el ámbito urbano y el 35,4% en el área rural.

Por grupos de edad, el 70,7% posee entre 14 a 17 años y el 29,3% restante tiene entre 5 a 13 años. Asimismo, según sexo, el 59,6% son varones, mientras que el 40,4% son mujeres.

Gráfico N° 56

REGIÓN LAMBAYEQUE: Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 17 años que trabajan, según sexo, grupos de edad y ámbito geográfico, 2013



F/ Cifras referenciales para los niños y adolescentes de 5 a 13 años que trabajan y para aquellos que radican en el ámbito urbano y rural.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO), continúa 2013.

Elaboración: GRTPE - Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

Según el Censo 2007, los distritos de la región que presentaban una mayor cantidad de niños y adolescentes que trabajan son José Leonardo Ortiz, Chiclayo y Lambayeque, los dos primeros corresponden a la provincia de Chiclayo y el tercero a la provincia de Lambayeque. Otros distritos con mayor presencia de trabajo infantil y adolescente son La Victoria, Morrope, Olmos, Monsefu, Pimentel, Pítipo y Túcume.

Cuadro N° 35

REGIÓN LAMBAYEQUE: Distritos con mayor presencia de Trabajo Infantil y Adolescente, 2007

N°	Distrito	Niños y Adolescentes	Provincia
1	José Leonardo Ortiz	18,3	Chiclayo
2	Chiclayo	16,3	Chiclayo
3	Lambayeque	7,6	Lambayeque
4	La Victoria	6,7	Chiclayo
5	Morrope	5,1	Lambayeque
6	Olmos	4,5	Lambayeque
7	Monsefu	3,5	Chiclayo
8	Pimentel	3,0	Chiclayo
9	Pítipo	2,2	Ferreñafe
10	Túcume	2,1	Lambayeque
11	Resto de distritos 1/	30,6	

Comité Directivo Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil (CPETI). Informe País sobre Trabajo Infantil. Perú, julio 2009-junio2010, Comprende a los 28 distritos restantes de la región.

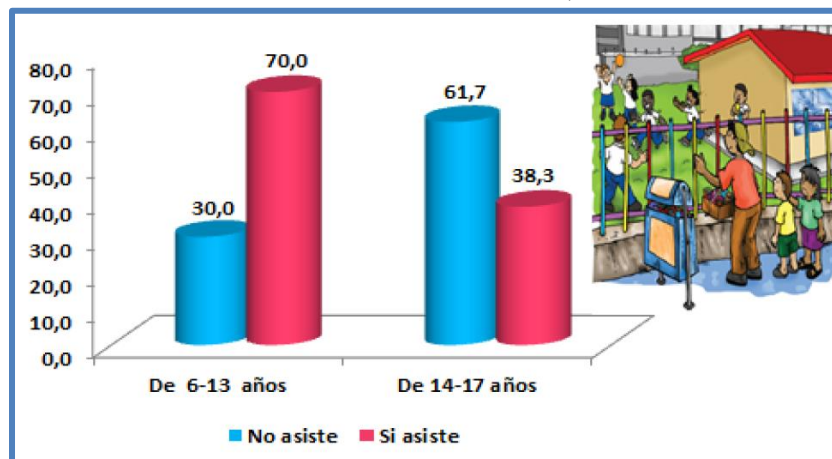
Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007.

Elaboración: GRTPE - Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

Muchos de los niños y jóvenes que trabajan dejan de asistir a la escuela y otros tienen que estudiar y trabajar de manera simultánea, afectando su aprendizaje y desenvolvimiento personal, los cuales constituyen factores importantes para su desarrollo.

Gráfico N° 57

REGIÓN LAMBAYEQUE: Población Ocupada entre 6 a 17 años, por grupos de edad y asistencia a un Centro Educativo, 2007



Fuente: INEI "Perú: Niños, Niñas y Adolescentes que Trabajan, 1993-2008".

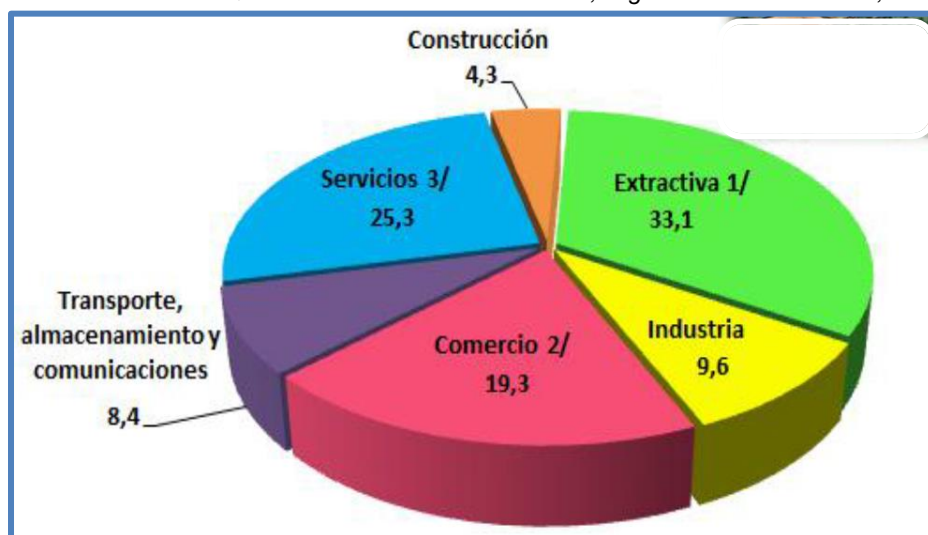
Elaboración: GRTPE - Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

De los niños de 6 a 13 años de edad que se encontraban trabajando en el año 2007, el 30,0% no asistía a un centro educativo y el 70,0% estudiaba y trabajaba a la vez. En el caso de los adolescentes de 14 a 17 años que laboraban, el 61,7% no asistían a la escuela y el 38,3% trabajan y estudiaban al mismo tiempo.

El 33,1% de los niños y adolescentes que laboran en la región Lambayeque se desempeñan en el área extractiva, desarrollando principalmente actividades agrícolas; asimismo el 25,3% trabaja en la rama servicios y un 19,3% en la rama comercio. En menor medida se encuentran los niños y adolescentes que laboran en las ramas; industria, transporte, almacenamiento y comunicaciones, así como construcción.

Gráfico N° 58

REGIÓN LAMBAYEQUE: Población entre 6 A 17 años, según Rama de Actividad, 2007



1/ Incluye agricultura, ganadería, caza, silvicultura y minería.

2/ Incluye a comercio al por mayor y por menor.

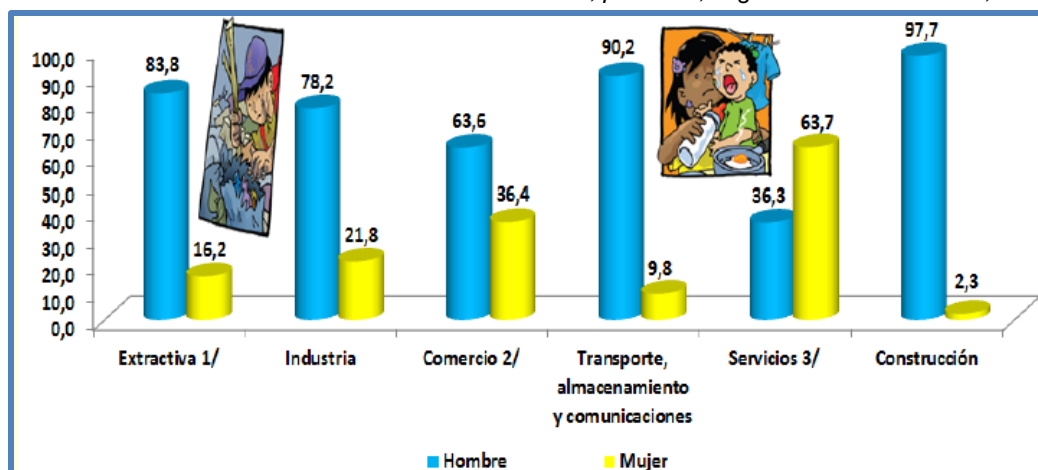
3/ Incluye a electricidad, gas y agua; restaurantes y hoteles; hogares privados y servicios domésticos; enseñanza, servicios sociales y de salud; administración pública y defensa; seguro social e intermediación financiera; otras actividades de servicios comunales, sociales y personales; actividades inmobiliarias, empresas y alquileres y actividades no especificadas.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007.

Elaboración: GRTPE-Observatorio Socio Económico Laboral Lambayeque.

Gráfico N° 59

REGIÓN LAMBAYEQUE: Población entre 6 A 17 años, por Sexo, según Rama de Actividad, 2007



1/ Incluye agricultura, ganadería, caza, silvicultura y minería.

2/ Incluye a comercio al por mayor y por menor.

3/ Incluye a electricidad, gas y agua; restaurantes y hoteles; hogares privados y servicios domésticos; enseñanza, servicios sociales y de salud; administración pública y defensa; seguro social e intermediación financiera; otras actividades de servicios comunales, sociales y personales; actividades inmobiliarias, empresas y alquileres y actividades no especificadas.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007.

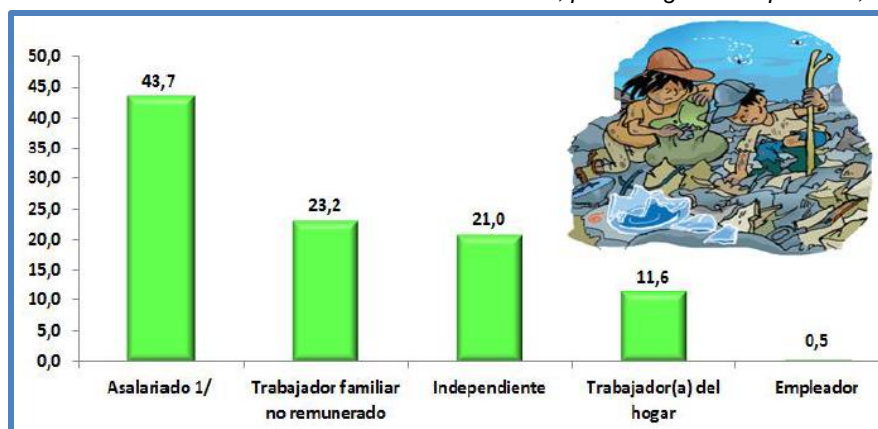
Elaboración: GRTPE-Observatorio Socio Económico Laboral Lambayeque.

Del gráfico 59, se observa que en las ramas de actividad extractiva, industria, comercio, construcción y transporte, almacenamiento y comunicaciones la proporción de niños y adolescentes varones que trabajan es mayor al de las mujeres. Solo en la rama servicios, la presencia de las mujeres es mayor frente a los varones, siendo estas cifras 63,7% y 36,3% respectivamente.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, el 43,7% de la población ocupada de 6 a 17 años labora como asalariado, 23,2% trabaja con sus padres o familiares y no recibe remuneración alguna por su labor, un 21,0% se desempeña en forma independiente; los niños, niñas y adolescentes que laboran como trabajador del hogar y empleador representan el 11,6% y 0,5% respectivamente.

Gráfico N° 60

REGIÓN LAMBAYEQUE: Población entre 6 A 17 años, por Categoría Ocupacional, 2007



1/ Comprende empleado y obrero.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 2007.

Elaboración: GRTPE - Observatorio Socio Económico Laboral (OSEL) Lambayeque.

5.1.4 PARTICIPACIÓN

En la Región de Lambayeque existen diversas instituciones y organizaciones insertas en diferentes espacios de participación; especialmente en su mayoría su accionar está centrado en la vida urbana de las provincias, salvo los clubes deportivos, que se encuentran en las tres provincias y en 32 distritos. Los asociativismos culturales se encuentran en dos provincias (16) y la asociatividad de los niños (04) en las tres provincias. Los gremios de menores trabajadores se encuentran en una provincia; aunque de ipso facto también están en las otras.

Una de las más antiguas organizaciones es aquella de los BOYS SCOUTTS que está presente en las tres provincias y las Chicas guías (01) se encuentran solo en Chiclayo. Ha logrado un crecimiento interesante la instalación de los consejos estudiantiles municipales (35) en las tres provincias de Lambayeque.

Formas de organización de niñas, niños y adolescentes.

Cuadro N° 36

LAMBAYEQUE: Formas de Organización de niñas, niños y adolescentes

Instituciones / organizaciones	Numero	Provincias	Distritos
Clubes deportivos estudiantiles	32	3	28
Clubes culturales	16	2	06
Asociaciones de niños CCONNAS	16	2	10
COMUDENAS	10	3	10
Asociaciones de lustrabotas	03	1	08
Asociaciones de niñas	01	1	04
Boys scoutts	01	1	18
Chicas Guías	01	1	13
Consejos municipales	35	3	25

Fuente: Talleres participativos descentralizados 2005 Y 2015

En el 2015 se realizaron la formación de Comisiones Multisectoriales en defensa de la niñez y adolescencia , realizado por la Gerencia de Programas sociales del Gobierno Regional de Lambayeque, en donde se obtuvo como resultado la formación de 13 Comisiones a nivel Regional (COMODENAS), los integrantes están formados por la sociedad civil y niños, niñas y adolescentes líderes de su comunidad, que tienen como único fin proteger, promocionar y fortalecer el cumplimiento de los derechos de nuestras niñas, niños y adolescentes.

Los distritos en donde se lograron formar estas comisiones son: Olmos, Pacora, Pítipo, Túcume, Chongoyape, Patapo, San Jose, Monsefú, Morrope, Cayalti, Salas.

También a nivel regional se logró la formación de los Consejos Consultivos de Niñas, niños y Adolescentes (CCONNAS), en un total de 16 como se observa en el Cuadro N°37

Cuadro N° 37

LAMBAYEQUE: Formas de Organización de niñas, niños y adolescentes CCONNAS

NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCION EDUCATIVA	DISTRITO	PROVINCIA
Huaman Marcelo Sarita Liset	Cristo Rey	Motupe	Lambayeque
Malca Neyra Samth	Juan Aurch Pastor	Pitipo	Ferreñafe
Arbulu Llontop Ernesto	Maria De La Paz	Lambayeque	Lambayeque
Bobadilla Espinoza María Beatriz	Manuel Mesones Muro	Ferreñafe	Ferreñafe
Vallejos Fernandez Daniela Elizabeth	10094 Manuel Mesones Muro -	Ferreñafe	Ferreñafe
Huancas Cotrina Angie Liliana	10224	San José	Lambayeque
Diaz De La Cruz July Anabella	10224	San José	Lambayeque
Llontop Reynosa Bertha Elizabeth	10161	Morrope	Lambayeque
Sanchez Tepe Rosmery Isabel	10785-	Olmos	Lambayeque
Fernandez Crisanto Willyr	10785	Olmos	Lambayeque
Calvay Reyes Johana Ysabel	Santa Lucia	Ferreñafe	Ferreñafe
Benites Ramos Angie	10187 El Virrey	Olmos	Lambayeque
Rivadeneira Tigre Katherine	San Pablo	Pacora	Lambayeque
Marco Pacaya Edgar Evaristo	Cesar Vallejo	Olmos	Lambayeque
Morales Curo Yomar	Nixa 10224 Ciudad De Dios	San José	Lambayeque
Carlos Rojas Helber Hernando	- 11239	Las Dunas	Lambayeque

Fuente: Talleres participativos descentralizados 2015

SEGUNDA PARTE

CAPITULO VI

PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA LAMBAYEQUE 2016 - 2021

6.1. VISION Y MISION

Introducción

El plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA al año 2021 tiene dos columnas: el diagnóstico que contiene la información básica y referencial para conocer la situación de la niñez y la adolescencia en la región de Lambayeque en base a los cinco ejes temáticos: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación. La segunda parte es el Plan propiamente mencionado, que está compuesto por la visión, misión, los objetivos, el Plan de Acción y los programas y proyectos.

6.1.1. Visión al Año 2021

Las Niñas, Niños y Adolescentes de la Región de Lambayeque contarán con una vida plena: en salud, nutrición saludable, educación, protección y acceso a los recursos y servicios necesarios para su normal desarrollo, desempeñando sus capacidades en forma participativa en la Familia, Comunidad y el Estado, para el ejercicio, promoción y defensa de sus derechos.

6.1.2. Misión al Año 2021

El Estado, la Sociedad Civil y las Familias, promueven, protegen y defienden los derechos de las niñas, los niños y adolescentes de la Región de Lambayeque

6.1.3. Ejes Estratégicos, Lineamientos Estratégicos y Objetivos Estratégicos.

6.1.3.1. Ejes Estratégicos:

Los 5 ejes estratégicos seleccionados: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación, derivan de las conclusiones de los talleres y del resumen del trabajo realizado por el grupo impulsor.

6.1.3.2. Lineamientos Estratégicos:

Los lineamientos estratégicos constituyen la orientación de los ejes estratégicos del Plan Regional de acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA; es decir, representan el camino de tránsito hacia la construcción de los objetivos estratégicos.

Por ello, la identificación de los ejes estratégicos de Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación ha permitido la elaboración de los siguientes lineamientos estratégicos:

- ✓ La salud de calidad para los niños, niñas y adolescentes.
- ✓ La nutrición saludable para los niños, niñas u adolescentes.
- ✓ La educación intensiva en calidad y extensiva hacia las zonas urbanas, urbano marginales y rurales.
- ✓ La protección de la vida de los niños, niñas y adolescentes.
- ✓ La participación social de los niños, niñas y adolescentes en el hogar, la escuela y la comunidad.

Cuadro N° 36

Los Lineamientos Estratégicos

EJES ESTRATÉGICOS	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS
Salud	La salud de calidad para los niños, niñas y adolescentes.
Nutrición	La nutrición saludable para los niños, niñas u adolescentes.
Educación	La educación intensiva en calidad y extensiva hacia las zonas urbanas, urbano marginales y rurales.
Protección	La protección de la vida de los niños, niñas y adolescentes.
Participación	La participación social de los niños, niñas y adolescentes en el hogar, la escuela y la comunidad.

Fuente: Talleres de participativos descentralizados 2015

6.1.3.3. Objetivos Estratégicos:

Representan la síntesis entre los ejes estratégicos o temas centrales del PRAIA y los lineamientos estratégicos o ideas motrices del PRAIA; los objetivos estratégicos señalan la dirección realizable de las visión de desarrollo del Plan Regional de acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA, a través de los objetivos específicos y las actividades derivadas de cada eje: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación.

Cuadro N° 37

Los Lineamientos Estratégicos

EJES ESTRATÉGICOS	LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Salud	La salud de calidad para los niños, niñas y adolescentes.	Promover estilos de vida saludables integrando la familia y escuela en la afirmación de la salud.

Nutrición	La nutrición saludable para los niños, niñas u adolescentes.	Promover una nutrición saludable fortalecida en el hogar y en la escuela.
Educación	La educación intensiva en calidad y extensiva hacia las zonas urbanas, urbano marginales y rurales.	Promover una propuesta educativa de inclusión social y formación sexual con el acompañamiento de la comunidad educativa.
Protección	La protección de la vida de los niños, niñas y adolescentes.	Garantizar los derechos contra el maltrato y la violencia mediante la formación integral.
Participación	La participación social de los niños, niñas y adolescentes en el hogar, la escuela y la comunidad.	Promover espacios de recreación, organizaciones y participación para niños, niñas y adolescentes en coordinación con la comunidad local.

Fuente: Talleres de participativos descentralizados 2015

CAPITULO VII

1.1. PLAN DE ACCIÓN: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, METAS Y ACTIVIDADES.

El plan Regional de Acción articula los objetivos estratégicos con los objetivos de mediano plazo y los objetivos específicos con la finalidad de mantener un orden lógico con la estructura del plan.

La estructura del Plan de Acción tienen como base los cinco ejes temáticos: Salud, Nutrición, Educación, Protección y Participación; agrupado en las tres etapas etáreas que está trabajando el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia: 0 - 5 años, 6 – 11 años y 12 – 17 años.

Este diseño del plan de acción facilita una lectura completa de los objetivos estratégicos, las edades, metas, actividades, y resultados esperados; a la vez que permite apreciar cómo se articulan los ejes estratégicos.

7.1. 1 Eje Temático: Salud

7.1. 2 Eje Temático: Nutrición

7.1. 3 Eje Temático: Educación

7.1. 4 Eje Temático: Protección

7.1. 5 Eje Temático: Participación

7.1. 1EJE TEMATICO: SALUD

OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 01					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura Priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.	Reducir la Tasa de Mortalidad Neonatal. 10X1000 Nacidos Vivos	Tasa de mortalidad neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniones de sensibilización y articulación con otros actores locales (educación, cuna mas, ONG otros.) con fin de mejorar el acceso de la gestante a los servicios de salud y garantizar la Captación de gestantes en el I trimestre de embarazo, Atención de parto institucional. ✓ Realizar Talleres descentralizado y participativo dirigido a representantes de delegaciones urbanas marginales y rurales en cuidados y signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio. ✓ Incentivar a las juntas vecinales y comunales para la búsqueda activa de la gestante, captación de gestantes en I trimestre del embarazo. . 	Estrategia de Salud Familia, ESRSS y R. , CRAIA
			Porcentaje de parto institucional en gestantes niñas y adolescentes .	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a través de medios de comunicación, las actividades de: Psicoprofilaxis y Estimulación Materna, lugares de atención de parto con personal calificado. Plan de parto ✓ Generar espacios de participación ciudadana en la importancia del cumplimiento de la Atención Integral de la gestante. ✓ Difundir la gratuidad de los servicios maternos infantiles y planificación familiar y afiliación gratuita al Seguro Integral de Salud. ✓ Coordinar con Instituciones (P.NP, FAP, BOMBEROS, para la ayuda de referencias oportunas de las emergencias obstétricas y neonatales. 	Estrategia de Salud Familia, ESRSS y R. , CRAIA

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestionar presupuesto con entidades públicas y privadas para el fortalecimiento de los Centros Maternos de la Región con equipos materiales e infraestructura. 	
			Incidencia de niños con bajo peso al nacer (<2,5 kg).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniones de sensibilización y articulación con otros actores locales (educación, cuna mas, ONG otros.) con fin de mejorar el acceso de la gestante a los servicios de salud, para la identificación de factores de riesgo. ✓ Promover espacios de participación ciudadana en la importancia del consumo de Sulfato ferroso con ácido fólico y alimentación saludable para la buena ganancia de peso durante el embarazo. 	Estrategia SSRR, Etapa d Vida Niño, Estrategia Salud Familiar.
	Niñas y niños menores de 3 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud	Disminuir al 10% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 03 años de edad.	Proporción de niños < 3años con .Desnutrición Crónica (Padrón OMS)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar el Plan Regional para la reducción de la DCI y Anemia en forma Interinstitucional ✓ Continuar con la ejecución de acciones comunicacionales del Programa Nutriwawa de responsabilidad de la GERESA Lambayeque a nivel Regional. 	Estrategia Sanitaria regional de Alimentación y Nutrición saludable (ESRANS), Etapa de Vida Niño, Estrategia SSRR, Estrategia de Salud Familiar.
			Proporción de niños menores de 36 meses con Lactancia Exclusiva hasta los 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar sobre la importancia de la Buena Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en las Instituciones de nuestra región. ✓ Fortalecer en todos los EE.SS desde el 1er nivel de atención la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. ✓ Garantizar la Lactancia materna exclusiva en los Centros Maternos y Hospitales de la Región. 	Estrategia Sanitaria regional de Alimentación y Nutrición saludable (ESRANS), Etapa de Vida Niño, Estrategia Salud Materno Perinatal.
		Mortalidad en niños y niñas menores de 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación precoz de signos de alarma frente a Enfermedades Prevalentes de la Infancia. ✓ Fortalecer el sistema de Referencia y Contra referencia desde el primer nivel de atención, para una oportuna atención del niño menor de 36 meses. 	Etapa de Vida Niño, Dirección de Epidemiología de la GERESA – Lambayeque, Sistema de atención Integral	

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suministro adecuado de medicamentos e insumos necesarios para la atención inmediata de las AIEPI en los EE.SS de la Región. 	(SIS), Servicios de Salud- GERESA.
			Prevalencia de Anemia en niños y niñas menores de 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suplementar con Multimicronutrientes (MMN) al 100% de los niños menores de 36 meses. ✓ Continuar con el desarrollo del Plan Comunicacional Nutriwawa. ✓ Continuar con la realización del dosaje de hemoglobina al 100% en los niños menores de 36 meses. 	Estrategia Sanitaria regional de Alimentación y Nutrición saludable (ESRANS), Etapa de Vida Niño, Estrategia SSRR, Estrategia de Salud Familiar.
	Niñas y niños menores de 3 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud	Disminuir al 10% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 03 años de edad.	Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas completas para su edad según calendario vigente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación Regular de acuerdo a edad ✓ Realizar visitas de seguimiento a los niños que no acuden a sus citas. ✓ Coordinación con las I.E. para la vacunación de la población cautiva. ✓ Implementar acciones de seguimiento y monitoreo desde captación de los niños y niñas. 	Estrategia de Inmunizaciones, Etapa de Vida Niño, Estrategia de Salud Familiar.
Niñas y niños de 0 a 3 años de edad cuentan con cuidado, atención integral	Las tres cuartas partes de niñas y niños menores de 36 meses de edad tienen controles de crecimiento y desarrollo	Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de niños menores de 36 meses en todos los servicios de los EE.SS ✓ Coordinación con las organizaciones MIDIS (cuna Mas, Vasos de leche, etc.) para la captación y realización del control de CRED de los niños menores de 36 meses. ✓ Fortalecer las coordinaciones con los Centros de Estimulación temprana (CET) en los distritos de riesgo, para la evaluación oportuna en CRED de los niños menores de 36 meses. 	Articulado Nutricional, Etapa de Vida Niño-ESRANS, Sistema de atención Integral (SIS), Servicios de Salud- GERESA, Estrategia de Salud Familiar.	

		completos para su edad			
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	Niñas y niños menores de 5 años de edad cuentan con atención integral	Niños menores de 5 años de edad cuentan con evaluación antropométricas y dosaje de Hemoglobina, examen odontológico matológico, tamizaje de salud mental en instituciones educativas de inicial.	Porcentaje de niños de 3 a 5 años evaluados en peso talla	Evaluación de los niños y niñas en las Instituciones educativas previa coordinación con directores y docentes.	Plan de Salud Escolar.
			Porcentaje de niños menores de 5 años con dosaje de Hemoglobina	Se realizará el dosaje de hemoglobina al 100% de niños cuyos padres acepten el procedimiento previa firma del consentimiento informado.	
			Porcentaje de niños de 3- 5 años con tamizaje salud mental	A partir del 2015 Evaluación Psicológica de los niños en las I.E	
			Porcentaje de niños de 3- 5 años con evaluación odontológico	A partir del 2015 Evaluación de los niños y niñas en las Instituciones educativas allí se hará examen odontológico Se hará fluorización, aplicación de sellantes y obturaciones.	
	Niñas, niños acceden a condiciones saludables y seguras de atención en los servicios de salud con	Reducir en un tercio la Tasa de Morbilidad Infantil	Tasa de morbilidad infantil en niños de 6 a 11 años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar factores de riesgo para enfermar durante las evaluaciones que realiza el Plan de Salud Escolar 2014-2016 en las Instituciones Educativas. ✓ Garantizar la ejecución del Plan de Atención Integral del Niño y Niña en los EE.SS ✓ Garantizar la afiliación al Seguro Integral de Salud al 100 de los niños y niñas de 6 a 11 años. 	Etapa de Vida Niño, Dirección de Epidemiología de la GERESA – Lambayeque, Sistema de atención Integral (SIS), Servicios de

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad	respeto de su cultura Priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer el sistema de referencia y Contra referencia en los EE.SS. 	Salud- GERESA, Estrategia de Salud Familiar
	Niñas y niños menores de 11 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.	Disminuir y Prevenir la Anemia en niñas y niños menores de 11 años de edad.	Número de muertes en niños, niñas menores de 11 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar factores de riesgo para enfermar, en las evaluaciones que realizar el Plan de Salud Escolar a los niños y niñas en las Instituciones Educativas de la Región. ✓ Garantizar la ejecución del Plan de Atención Integral del Niño y Niña en los EE.SS. ✓ Garantizar la afiliación al Seguro Integral de Salud al 100% de los niños y niñas de 6 a 11 años <p>Fortalecer el sistema de referencia y Contra referencia en los EE.SS.</p>	Etapa de Vida Niño, Dirección de Epidemiología de la GERESA – Lambayeque, Oficina de Seguros Públicos y Privados (SIS), Plan de Salud Escolar, Servicios de Salud-GERESA, Estrategia de Salud Familiar.
			Prevalencia de Anemia en niños y niñas menores de 11 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tamizaje de hemoglobina al 100% de los niños de 6 a 11 años, en las intervenciones del Plan de Salud Escolar en las Instituciones Educativas ✓ Sesiones Educativas con el tema de: Loncheras saludables en las I.E de la región. ✓ Trabajo con autoridades locales a fin de lograr prácticas saludables que generen cambios favorables en la alimentación y nutrición de los niños y niñas. 	Estrategia Sanitaria regional de Alimentación Nutrición saludable (ESRANS), Etapa de Vida Niño Escolar, Plan de Salud Escolar, Estrategia de Salud Familiar.
			Porcentaje de niñas y niños menores de	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar el cumplimiento del Esquema de Vacunación Regular de acuerdo a edad ✓ Realizar visitas de seguimiento a los niños que no acuden a sus citas. 	Etapa de Vida Niño, Estrategia de Inmunizaciones, Plan de Salud

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.			12 años que reciben las vacunas básicas completas para su edad. Porcentaje de niñas y niños menores de 12 años que reciben las vacunas básicas completas para su edad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordinación con las I.E. para la vacunación de la población cautiva .DToxoide Tetánico-DT, Influenza - Hepatitis B - VPH (Virus de Papiloma Humano) ✓ Garantizar la vacunación del VPH a las niñas de 10 años de la Región Lambayeque. ✓ Plan de Salud escolar tamiza vacunas en niños menores de 11 años y promueve el cumplimiento del esquema nacional de vacunación. 	Escolar, Estrategia de Salud Familiar.
	Niñas y niños de 6 a 11 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje.	Las tres cuartas partes de niñas y niños menores de 11 años de edad tienen controles de crecimiento y desarrollo completos para su edad.	Porcentaje de niñas y niños menores de 11 años que tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de niños de 6 a 11 años en I.E al momento de evaluaciones del Plan de Salud Escolar. ✓ Coordinación con la I.E. para la realización del control de CRED. 	Etapa de Vida Niño, Articulado Nutricional, Plan de Salud Escolar, Estrategia de Salud Familiar.
			Porcentaje de niños menores de 12 años con evaluación nutricional	Evaluación de los niños y niñas en las Instituciones educativas previa coordinación con directores y docentes.	Plan de Salud Escolar.

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.			Porcentaje de niños menores de 12 años con dosaje de Hemoglobina	Se realizará el Dosaje de hemoglobina al 100% de niños cuyos padres acepten el procedimiento previa firma del consentimiento informado.	
			Porcentaje de niños menores de 12 años con tamizaje de agudeza visual	Se Evalúa agudeza visual se identifica errores refractivos, evaluación por especialistas y se entregaran lentes para mejorar la visión de los niños y niñas.	
			Porcentaje de niños menores de 12 años con evaluación por especialista Oftalmólogo	Evaluación por oftalmólogo de niños con errores refractivos a fin de confirmar si el niño presenta un error refractivo.	
			Porcentaje de niños evaluados por Oftalmólogos que usan lentes	Se entregaran lentes a los niños con confirmación diagnóstica Coordinación con docentes para monitorear que los niños se adhieran al tratamiento mediante el uso de lentes correctores. Tomar acciones conjuntas con educación para evitar el bullying por usar lentes	
			Porcentaje de niños menores de 12 años con tamizaje salud mental	A partir del 2015 Evaluación Psicológica de los niños en las I.E.	
Niñas y niños de 6 a 11 años de edad cuentan con cuidado,	Las tres cuartas partes de niñas y niños menores de 11 años de edad tienen				Plan de Salud Escolar.

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.	atención integral y aprendizaje	controles de crecimiento y desarrollo completos para su edad	Porcentaje de niños menores de 12 años con evaluación odontostomatológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A partir del 2015 Evaluación de los niños y niñas en las Instituciones educativas, allí se hará examen odontostomatológico. ✓ Se hará fluorización, aplicación de sellantes y obturaciones.
			Porcentaje de docentes, APAFAS capacitados en Alimentación y Nutrición, lavado de manos y convivencia saludable	Se capacita docentes en temas de Alimentación y Nutrición, lavado de manos y convivencia saludable para que promuevan la práctica de comportamiento saludable.
			Porcentaje de Distritos que implementan ordenanzas municipales a fin de promover la alimentación y convivencia saludable de los niños de inicial y primaria.	Promover la emisión e implementación de ordenanzas municipales a fin de lograr prácticas y entornos que favorezcan alimentación y convivencia saludables.

OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 02

OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
<p>Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p>	<p>Población de Niños y Adolescentes cuentan con atención integral y con su respectivo tamizaje en salud mental.</p>	<p>Población total que asiste a los diferentes EE.SS. cuentan con tamizaje de salud mental</p>	<p>Porcentaje de Personas identificadas con tamizaje salud mental positivo.</p>	<p>Aplicación de la ficha de tamizaje a la población total. Consejería en salud mental. Atención psicológica.</p>	<p>Salud Mental, Etapa de Vida Adolescente, Gerencia de Educación, CRAIA.</p>
	<p>Las y los adolescentes acceden los servicios de salud para la prevención del embarazo.</p>	<p>Reducir en un 20% el embarazo en adolescent es.</p>	<p>Porcentaje de adolescentes (12- 17 años de edad) que ya son madres o están Embarazada s por primera vez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoreo conjunto para verificar que los servicios diferenciados para Adolescentes estén realizando Atención Integral con énfasis en Salud sexual y reproductiva. ✓ Coordinar con el Sector Educación para cumplimiento en su Currícula de las Instituciones Educativas de la Educación Sexual Integral ✓ Realización de talleres en Establecimientos de Salud con énfasis en salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos y madres adolescentes. 	<p>Etapa de Vida Adolescente, Salud Sexual y Reproductiva, CRAIA, Sector Educación.</p>
	<p>Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son</p>	<p>Atención a niñas, niños y adolescent es que son</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantizar la atención especializada de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar en EE.SS. Especializados y el MAMIS del HRDLM. 	<p>Salud Mental, Etapa de Vida Adolescente.</p>

Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	víctimas de violencia familiar y escolar.	víctimas de violencia familiar.	víctimas de violencia familiar.		
	Niños, Niñas y Adolescentes diagnosticadas con VIH /SIDA que acuden a los servicios y reciben atención integral.	100% de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento integral.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado que reciben atención integral.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación temprana de gestantes en el primer trimestre para descartar de VIH para lograr la transmisión de madre a hijo (transmisión vertical) ✓ Garantizar los medicamentos antirretrovirales pediátricos para la atención integral de los niños, niñas que viven con el virus del sida a través del programa de ITS-VIH/SIDA ✓ Promover talleres con enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y SIDA. 	Etapa de Vida Adolescente, Estrategia SSRR, CRAIA.
	Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes.	15% de los adolescentes reciben información sobre prevención de ITS- VIH /SIDA.	Porcentaje de adolescentes que reciben información sobre prevención de ITS /VIH SIDA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ferias educativas ✓ Animaciones socioculturales. ✓ Formadores de educadores pares. 	Etapa de Vida Adolescente, - Estrategia SSRR, CRAIA.
	Las y los adolescentes que acuden a los servicios de salud y culminan su Plan de	Incrementar en un 5% anual la atención integral de las y los	Porcentaje de adolescentes que reciben su Plan de Atención	Garantizar el paquete de atención integral del adolescente en los establecimientos de salud.	Etapa de Vida Adolescente, - Estrategia SSRR, CRAIA.

	Atención Integral en salud.	adolescent es.	Integral ejecutado.		
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 03					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados en educación y salud.	100% de niñas, niños y adolescentes con alguna discapacidad captados y atendidos por los Establecimientos de Salud.	Porcentaje de niñas y niños y adolescentes con discapacidad . Que reciben atención integral en los EE.SS.	Brindar atención integral a los adolescentes con discapacidad en los establecimientos.	Estrategia de Discapacidad.
	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad e Incapacidad acceden a servicios de salud.	Atención de niños(as) y adolescentes que padecen discapacidad o Incapacidad	Porcentaje de niños(as) y adolescentes con discapacidad , reciben atención integral en los EE.SS.	Brindar atención integral a los niños(as) y adolescentes con discapacidad en los establecimientos.	Estrategia de discapacidad, Gerencia de Educación, Salud Familiar.
	Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones	Niñas, niños y adolescentes en situaciones de	Número de niñas, niños y adolescentes que reciben atención	Brindar atención integral prioritaria a los niños(as) y adolescentes frente a un fenómeno o desastre	COER, GERESA, Poder Judicial, CRAIA.

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.	de emergencias y desastres.	emergencia y desastres son los primeros en ser atendidos.	prioritaria y diferenciada ante situaciones de emergencias y desastres ocasionados por fenómenos naturales o inducidos por el hombre		
	Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia: familiar, sexual y escolar.	Atención a Niñas, niña y adolescent e que son víctimas de violencia familiar. Sexual y escolar.	Porcentaje de Niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar, sexual y escolar.	Garantizar la atención especializada de Niñas, niña y adolescente que son víctimas de violencia: familiar, sexual y escolar en establecimientos de salud. Especializados y el MAMIS del HRDLM.	Salud Mental, Etapa de Vida Adolescente, Gerencia de Educación, CRAIA.
Garantizar la protección de	Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú	Ninguna niña, niño o adolescent e fallecerá de Tuberculosis en el Perú.	Letalidad por tuberculosis.	Garantizar el diagnóstico, tratamiento oportuno de TB y la adherencia en los niños y adolescentes.	ESRPCTB
			Tasa de incidencia de Tuberculosis Multi Drogo Resistente en menores de 18 años de edad.	Garantizar el diagnóstico, tratamiento oportuno de TBMDR y la adherencia en menores de 18 años.	

las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad	Las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro Integral de salud (SIS)	100% de niñas, niños y adolescentes cuentan con seguro Integral de salud.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con un seguro de salud	Afiliar al SIS a los niños, niñas y adolescentes	USPP
			Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con acceso a servicios de salud	Brindar la atención integral al 100% de niños, niñas y adolescentes afiliados	
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 04					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Identificar problemas de salud mental en la población de Niños y Adolescentes que asisten a EE.SS.	Población de Niños y Adolescentes cuentan con atención integral y con su respectivo tamizaje en salud mental.	Población total que asiste a los diferentes EE.SS. cuentan con tamizaje de salud mental	Porcentaje de Personas identificadas con tamizaje salud mental positivo.	Aplicación de la ficha de tamizaje a la población total. Consejería en salud mental. Atención psicológica	PPCPSM
Identificar a adolescentes de 12 a 17 años que consumen sustancias psicoactivas.	Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.	Tamizaje en habilidades sociales. Atención a adolescentes.	Porcentaje de personas atendidas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de fichas de tamizaje a población adolescente. ✓ Atención Psicológica. ✓ Ejecución de talleres y charlas de sensibilización a I.E. 	PPCPSM
	Se reduce el número de niñas, niños y	Atención a niños(as) y adolescent	Porcentaje de niños(as) y	Garantizar la atención especializada de niños(as) y adolescentes que son víctimas de violencia	PPCPSM

Garantizar la protección de las niños (as) y adolescentes hasta los 17 años de edad	adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.	es que son víctimas de violencia familiar.	adolescentes que son víctimas de violencia familiar.	familiar en EE.SS. Especializados y el MAMIS del HRDLM.	
	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad e Incapacidad acceden a servicios de salud.	Atención de niños(as) y adolescentes que padecen discapacidad o Incapacidad.	Porcentaje de niños(as) y adolescentes con discapacidad , reciben atención integral en los EE.SS	Brindar atención integral a los niños(as) y adolescentes con discapacidad en los establecimientos.	DISCAPACIDAD

7.1. 2 EJE TEMÁTICO: NUTRICIÓN					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 01					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños < 3 años.	Niñas y niños menores de 3 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.	Disminuir en 10% la desnutrición crónica y 20% la anemia en niñas y niños menores de 03 años de edad.	Proporción de niños < 3 años con. .Desnutrición Crónica (Padrón OMS).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar el Plan Regional para la reducción de la DCI y Anemia en forma Interinstitucional ✓ Continuar con la ejecución de acciones comunicacionales del Programa Nutriwawa de responsabilidad de la GERESA Lambayeque a nivel Regional. ✓ Realizar visitas domiciliarias a niños que presentan DC ✓ Monitoreo de niños que presentan DC. 	Gerencia Regional de Salud Lambayeque Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición saludable -ESRANS Consejo Regional para la Infancia y la Adolescencia-CRAIA.
			Proporción de niños menores de 36 meses con Lactancia Exclusiva hasta los 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar sobre la importancia de la Buena Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en las Instituciones de nuestra región. ✓ Fortalecer en todos los EE.SS desde el 1er nivel de atención la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. ✓ Garantizar la Lactancia materna exclusiva en los Centros Maternos y Hospitales de la Región. 	Gerencia Regional de Salud Lambayeque Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición saludable -ESRANS PROMSA Etapa de vida Niño Consejo Regional para la Infancia y la Adolescencia-CRAIA.

			<p>Prevalencia de Anemia en niños y niñas menores de 36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suplementar con Micronutrientes y sulfato ferroso al 100% de los niños menores de 36 meses. ✓ Continuar con el desarrollo del Plan Comunicacional Nutriwawa. ✓ Continuar con la realización del dosaje de hemoglobina al 100% en los niños menores de 36 meses. ✓ Realizar visitas domiciliarias a niños que presentan anemia ✓ Monitoreo de niños que presentan anemia 	<p>Gerencia Regional de Salud Lambayeque Estrategia Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición saludable -ESRANS. Consejo Regional para la Infancia y la Adolescencia-CRAIA.</p>
--	--	--	---	---	--

7.1. 3 EJE TEMÁTICO: EDUCACIÓN					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 01					
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	Niños y niñas de 0-3 años acceden a una educación temprana de calidad de los servicios escolarizado y no escolarizado. que atienden a niños de 0-2 años.	Mejora de la calidad de los servicios de la educación inicial-ciclo I: -Fortalecer los servicios orientados a la atención de niños de 0-2 años en términos de calidad y pertinencia. -Promover acción intersectorial de los diferentes involucrados en la atención integral a los niños de 0-2 años.	Atención oportuna a la primera infancia a través de acciones que permitan mejorar el desarrollo y los aprendizajes a los niños de 0-2 años a través de trabajo articulado e intersectorial.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar a las instituciones sectores y comunidad en general sobre una atención adecuada a los niños y niñas e importancia de la Educación temprana. ✓ Posicionamiento del enfoque de educación temprana en la región padres de familia, docentes, sectores como el MINSA, MIDIS, MIMP, Municipalidades, y otras instituciones de la sociedad civil. ✓ Realizar el mapeo de instituciones privada y otros ministerio, gobiernos locales y que brindan servicios educativos y si cuentan con autorización y convenios con educación ✓ Monitorear y acompañar la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo impulsor y equipo técnico regional y Acompañante técnico Regional. ✓ DRE-LAMB, UGELs.

Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.				<p>identificación y registro de los servicios de atención integral-ciclo I (0-2 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conformación de comités distritales en favor de la primera infancia. 	
	<p>Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</p>	<p>Universalizar el acceso de niñas y niños de 3 a 5 años de edad a la educación inicial a la edad correspondiente priorizando el ámbito rural.</p>	<p>Tasa neta de matrícula en educación inicial, del grupo de 3 a 5 años de edad, por área de residencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilización de la importancia del nivel inicial, dirigido a padres de familia y comunidad en general. ✓ Generar condiciones para la matrícula oportuna: vacantes, docentes, en función a la población infantil. ✓ Monitoreo y vigilancia de locales adecuados que garanticen la integridad de los niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerencia Regional de educación ✓ UGEL: Especialistas ✓ II.EE
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 02					
Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.	<p>Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y concluyen en la edad normativa una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con</p>	<p>El 70% de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos y matemática.</p>	<p>Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión lectora en segundo grado, por área de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilización a directores y docentes de segundo grado, con respecto a la evaluación ECE. ✓ Talleres dirigidos a docentes sobre estrategias didácticas en las áreas de comunicación 	<p>Equipo de Especialistas de UGEL.</p>

<p>Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.</p>	<p>cultura ambiental y libre de violencia.</p>		<p>residencia y departamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difusión con autoridades locales, sobre los resultados de la ECE a nivel regional y local, para lograr el compromiso de apoyo a las actividades planificadas en cada escuela. 	
			<p>Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias de comprensión de matemática en segundo grado, por área de residencia y departamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilización a directores y docentes de segundo grado, con respecto a la evaluación ECE. ✓ Talleres dirigidos a docentes sobre estrategias didácticas en las áreas de matemática ✓ Difusión con autoridades locales, sobre los resultados de la ECE a nivel regional y local, para lograr el compromiso de apoyo a las actividades planificadas en cada escuela. ✓ Difusión con autoridades locales, sobre los resultados de la ECE a nivel regional y local, para lograr el compromiso de apoyo a las actividades planificadas 	<p>Equipo de especialistas</p>

		El 50% de Centros Educativos en comunidades indígenas desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos de nivel.	Porcentaje de Centros Educativos en comunidades indígenas que desarrollan aprendizajes en la lengua materna de las y los alumnos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selección de Docentes con dominio de la lengua materna de las comunidades indígenas. ✓ Uso adecuado de los textos en lengua materna distribuidos por el MINEU ✓ Participación de los sabios de la comunidad, para fortalecer su identidad. ✓ Incorporación de los materiales de la zona para el trabajo pedagógico. 	Equipo de especialistas
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 03					
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	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.	La mitad de las y los estudiantes peruanos de 15 años de edad alcanza el nivel 3 (más de 481 puntos) en comprensión Lectora, matemáticas y ciencias evaluados en la prueba PISA.	Resultado promedio de las y los estudiantes peruanos de 15 años de edad obtenidos en la prueba PISA, por materia evaluada.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementación a través de talleres dirigidos a docentes del área de comunicación, matemáticas y ciencias, sobre estrategias adecuadas para mejorar el logro de los aprendizajes. ✓ Aplicación de pruebas de ensayo permanentemente para que el estudiante se familiarice con el tipo de prueba y fortalezca su rendimiento. 	Equipo de especialistas de las UGEL

OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 04					
Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.	Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios de atención especializados en educación y salud.	Se reduce la deserción escolar de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que asisten a los Centros de Educación Básica Especial.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que culminan el año lectivo en los Centros de Educación Básica Comisión de confección de programa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoreo del proceso de matrícula, verificando la inclusión de niños y niñas con discapacidad leve o moderada: 02 vacantes por aula. ✓ Directores que identifican a estudiantes con discapacidad e informan a la UGEL para solicitar la evaluación del equipo SAANNE. ✓ Monitoreo a II.EE que cuentan con niños y niñas inclusivas, para verificar el buen trato. ✓ Capacitación a docentes y directores sobre estrategias para el trabajo con niños y niñas inclusivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Especialistas de las UGEL, responsables de EBE. ✓ Equipo de especialistas de las UGEL
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los	Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencia y desastres.	✓ Niñas, niños y adolescentes en situaciones de emergencias y desastres son los primeros en ser atendidos.	✓ Número de niñas, niños y adolescentes que reciben atención prioritaria y diferenciada ante situaciones de	✓ Capacitaciones en fortalecimiento de capacidades en gestión de riesgos por desastres y respuestas ante las emergencias, dirigida a directores y	✓ Coordinadora local PREVAED, Comisión de Gestión de riesgos por desastres.

<p>adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p> <p>Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p>			<p>emergencias y desastres ocasionados por fenómenos naturales o inducidos por el hombre.</p>	<p>docentes de las II.EE focalizadas por PREVAED 2016., en caso de los no focalizadas se implementarán capacitaciones a nivel de UGEL, en la misma temática.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conformación de comisión de gestión de riesgos en las II.EE de la jurisdicción. ✓ Elaboración de paneles de Gestión de riesgos, de contingencia. En todas las II.EE. aprobados mediante resolución directoral. ✓ Monitoreo, acompañamiento y asesoramiento técnico. 	<p>Equipo de especialistas de las UGEL</p>
		<p>100% de Instituciones Educativas calificadas como seguras.</p>	<p>Niñas, niños y adolescentes acceden a servicios en Instituciones Educativas calificadas como seguras por el Ministerio de Educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitoreo para verificar el estado de la infraestructura antes del inicio del año escolar. ✓ Uso del dinero de mantenimiento para mejoramiento de la infraestructura. ✓ Coordinar con INDECI para que se tome las medidas inmediatas de solución frente a un riesgo. 	

<p>Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p>	<p>Se reduce el número de niñas, niños, y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.</p>	<p>Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar.</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitaciones y talleres dirigidos a directores sobre implementación de las estrategias por la paz y el uso de la plataforma virtual SISEVE implementada por el MINEDU, para reportar casos de violencia escolar. ✓ Campañas dirigidas a las II.EE. Para afiliación y actualización al SISEVE. ✓ Uso de medios de comunicación masiva para sensibilizar el buen trato en la comunidad. 	<p>Especialista responsable del SISEVE.</p>
		<p>Reducción del número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia escolar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alianzas estratégicas con II.EE locales que brindan soporte emocional a estudiantes víctima de violencia escolar. ✓ Monitoreo a II.EE para que consoliden el cartel de aliados estratégicos. ✓ Casos reportados en el SISEVE que son gestionados y atendidos. Con seguimiento y monitoreo. 	

7.1. 4 EJE TEMÁTICO: PROTECCIÓN

OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES.
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 01					
Garantizar la defensa de los derechos de los niños, niñas menores de 5 años con participación de autoridades y comunidad organizada.	Niños y niñas protegidos con derechos de primera infancia en la región.	Red regional de primera infancia operativa.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes protegidos por sus autoridades.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de actividades para el fortalecimiento de la red de primera infancia en la región. ✓ Sensibilización a autoridades de la región para la protección de la niñez y adolescencia. 	Gobierno Regional-CRAIA), PNP., ministerio público, universidades.
Reducir el índice de maltrato en gestantes y niños y niñas menores de 5 años.	Garantizar el buen trato en las gestantes y en niños y niñas menores de 5 años.	Reducir el maltrato en las gestantes y en niños, niñas por debajo de su edad mínima.	Porcentaje de reducción del maltrato en gestantes, niños, niñas menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar actividades de sensibilización que garanticen reducir el maltrato en gestantes, niños y niñas menores de 5 años. ✓ La identificación oportuna de familias de riesgo: familias disfuncionales, con indicio de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gobierno Regional-CRAIA, PNP, Ministerio Público, Universidades. ✓ Gobierno regional, gobierno local, centro de emergencia mujer CEM, comisaria de familia.
Garantizar que las niñas y niños de 6 a 11 años de edad sean protegidos	Las Niñas, niños se estarán protegidos	Erradicar el trabajo de niñas, niños con edades por debajo de	Índice de trabajo infantil y mendicidad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar operativos policiales en las calles de las provincias de Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe donde se observe el mayor índice 	Ministerio público, PNP, Gobierno Regional-CRAIA), programa nacional YACHAY, ministerio público.

frente al trabajo infantil.	frente al trabajo infantil.	la edad mínima.		<p>de trabajo infantil y mendicidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación de COMUDENAS Provinciales y Distritales que defiendan los derechos de los niños, niñas. ✓ Capacitación a autoridades para promover la erradicación del trabajo infantil. 	
Difundir la legislación para la protección del niño, niña de 6 a 11 años de edad.	Niños, niñas de 6 a 11 años de edad son protegidos con la legislación nacional e internacional.	Reducir la vulneración de los derechos de las niñas, niños y Adolescentes.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes son protegidos en sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Campañas y talleres para la difusión de las leyes nacionales e internacionales. ✓ Elaboración ordenanzas regionales en la protección de la niñez y adolescencia. 	Gobierno Regional-CRAIA, Gobiernos Locales, PNP, Ministerio Público.
Garantizar que los niños, niñas no sean víctimas de violencia familiar y escolar	Niños, niñas se encuentren protegidos contra la violencia familiar y escolar.	Reducir el número de niños, niñas que son víctimas de violencia familiar y de violencia escolar.	Porcentaje de niños y niñas que son víctimas de violencia familiar y violencia escolar.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación a Autoridades, Padres de familia, Directores y Tutores de las Instituciones Educativas, sobre temas de violencia familiar y bullying escolar. ✓ Garantizar la atención de los niños, niñas que son víctimas de violencia familiar y escolar. ✓ Realizar seguimiento y monitoreo de los casos 	Gobierno Regional-CRAIA, Gobiernos Locales, Programa Nacional YACHAY.

				identificados de violencia familiar y escolar.	
Garantizar que los niños, niñas no sean víctimas de violencia sexual.	Niños, niñas se encuentren protegidos contra la violencia sexual en la Región.	Se reduce el número de niños, niñas que son víctimas de violencia sexual.	Porcentaje de niños, niñas que son víctimas de violencia sexual.	Garantizar que los niños, niñas no sean víctimas de violencia sexual mediante charlas de sensibilización a Autoridades educativas Docentes y padres de Familia.	Gobierno Regional-CRAIA, Gobierno Locales, Salud, Medios de Comunicación, DEMUNAS, PNP.
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 02					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Garantizar que los adolescentes de 12 a 17 años de edad sean protegidos frente al trabajo peligroso.	Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.	Erradicar el trabajo peligroso realizado por adolescentes aún dentro de la edad laboral permitida.	Porcentaje de adolescentes dentro de la edad permitida que realizan trabajos peligrosos.	Garantizar el cumplimiento de la legislación nacional en la protección de los adolescentes.	Gobierno Locales, Ministerio Público, PNP., Programa nacional YACHAY, DEMUNAS, Gerencia Regional de Trabajo, CRAIA y COMUDENAS.
Disminución de la tasa de adolescentes infractores y que se encuentran en conflictos con la ley pena.	Las y los adolescentes infractores involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.	Reducir la tasa de adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley Penal.	Tasa de expedientes ingresados a la fiscalías de familia y/o mixtas por infracción de la Ley Penal por cada 100 mil habitantes entre 14 y 17 años de edad.	Campañas de prevención y sensibilización para erradicar adolescentes al margen de la ley penal.	Gobiernos locales, COMUDENAS, Gobierno Regional-CRAIA, Ministerio Publico, Poder Judicial, Policía Nacional.

OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 03					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
Garantizar la identificación nacional de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.	Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna	Se universaliza el uso del Documento Nacional de Identidad (DNI) para las niñas, niños y adolescentes.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 0 - 17 años de edad que cuentan con DNI por distrito.	Jornadas Gobierno Regional con RENIEC para facilitar la entrega de DNI a Niños, Niñas y Adolescentes y asegurar el derecho al nombre y la identidad.	Gobierno Regional, RENIEC.
Lograr la inserción de niñas, niños y adolescentes en estado de abandono a un seno familiar.	Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia	Un tercio de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se reintegran a su seno familiar o se integran a un grupo familiar de manera definitiva	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales que se integran a una familia.	Coordinaciones con los Centros de Atención Residencial CAR y Aldeas Infantiles para que los residentes se integren al seno familiar o grupo familiar en forma definitiva previo seguimiento.	Gobierno Regional CRAIA, Poder Judicial, Centros de Atención Residenciales y Aldeas Infantiles.
Garantizar que los niños, niñas y adolescentes no participen en conflictos internos en el país.	Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.	No hay niña, niño o adolescente participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en la	Número de niñas, niños y adolescentes participando voluntariamente o por la fuerza en conflictos internos en el país.	Sensibilización a adolescentes con talleres, charlas con el fin de no participar en conflictos internos en la Región y en el país.	Gobierno Regional CRAIA, Gobierno Locales, PNP, medio de comunicación.

		Región y el país.			
7.1. 5 EJE TEMÁTICO: PARTICIPACIÓN					
OBJETIVO ESTRATEGICO	RESULTADO	META	INDICADOR	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO N ° 01					
Promover la participación de la comunidad en la vigilancia de los servicios de salud, educación y recreación.	Comunidad en general participa en la vigilancia de los servicios de salud, educación y recreación.	38 campañas de sensibilización .	Porcentaje de campañas de sensibilización para la participación en la comunidad.	Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la educación, salud y recreación de calidad.	Gobierno Regional – CRAIA, Gobiernos Locales, GERESA, GRED, Medios de comunicación, Mesa de concertación de la Lucha contra la Pobreza.
Promover la salud mental de la madre gestante adolescente y del niño menor de 5 años a través de la Implementación de los Centros de Estimulación Temprana y Prenatal.	Madres gestantes adolescentes y niños, niñas menores de 5 años participan activamente con la familia en centros de Estimulación Temprana y Prenatal.	02 Centro de Estimulación Temprana y Prenatal implementados por Provincia.	Número de centros de Estimulación Temprana y Prenatal implementados.	Implementación y funcionamiento de los Centros de Estimulación Temprana y Prenatal a las madres gestantes adolescentes.	Gobierno Regional, Gobiernos Locales, CRAIA, GERESA, GRED, Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza.
Habilitar espacios deportivos y de recreación en	Instituciones Educativas implementadas para la	50% de Instituciones implementadas.	Porcentajes de Instituciones Educativas implementadas	Implementación de lozas deportivas, juegos mecánicos y educativos para niños, niñas y padres	Gobierno Regional, Gobiernos Locales, APAFAS, CCONNAS.

instituciones educativas	recreación y deporte.		para la recreación y el deporte.	de familia en las Instituciones Educativas.	
Promover espacios de proyección social y comunal en zonas urbanas y rurales.	Niños, niñas y adolescentes acceden a espacios deportivos y recreativos.	50 clubes rurales con equipamiento deportivo.	Número de niños, niñas inscritas en clubes deportivos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación de clubes deportivos rurales. ✓ Capacitación en organización recreativa en instituciones Educativas de la Región. ✓ Reactivación de Municipios escolares en las Instituciones Educativas de la Región. 	IPD., Gobiernos Locales, UGELS, CCONNAS.
Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.	Niños, niñas Y Adolescentes que participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 75% de los Gobiernos Locales, el año 2021.	Porcentaje de gobiernos locales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniones de Consejo Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, Consejos Consultivos de niños, niñas, Adolescente y representantes de las COMUDENAS Regional para sistematizar políticas Públicas en la Región. 	Gobierno Regional-CRAIA, CCONNAS, COMUDENAS, Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza.
Impulsa la organización escolar en zonas urbanas y rurales	Organización escolar organizada en zonas urbanas y rurales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 70 instituciones con comités de vigilancia escolar. ✓ 50 instituciones educativas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de estudiantes integrando comités. ✓ Número de escolares participando. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formación de Comités de vigilancia escolar ✓ Formación de comités escolares de seguridad escolar en zonas rurales. 	CRAIA, Gobiernos Locales, Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza.

		rurales con comités de seguridad escolar. ✓70 consejos municipales con capacitación en planificación participativa.	✓Número de jóvenes adolescentes organizados.	✓Capacitación a Consejos municipales escolares.	
Vigilar la seguridad de la salud participando en organizaciones de adolescentes.	Clubes de adolescentes culturales organizados.	38 clubes culturales con adolescentes líderes.	✓Número de adolescentes organizados en clubes. ✓Número de adolescentes residentes.	✓Formación de clubes contra la droga, pandillaje. ✓Talleres de Capacitación de Prevención de Consumo de Drogas y Pandillaje.	Gobierno Regional: CRAIA, Coordinación Regional de Prevención y Tratamiento del consumo de drogas de la Región de Lambayeque, Gobiernos Locales, Gerencia Regional de Salud, Redes y Micro Redes, UGELES, CCONNAS, Mesa de Concertación de lucha contra la Pobreza, Poder Judicial.
Desarrollar Encuentros sociales con los adolescentes.	Adolescentes motivados y sensibilizados para promover el respeto a sus derechos, deberes y obligaciones.	15 convocatorias de adolescentes a cargo de las Municipalidades Distritales y Provinciales.	Número de instituciones educativas convocadas.	Realizar una Feria Educativa en las Instituciones Educativas.	Gobierno Regional CRAIA, Gobierno Locales, DEMUNAS, CCONNAS, Mesa de Concertación de la Lucha contra la Pobreza, ONGs.

