



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**



**¡Construyendo  
Futuro!**

[www.regionlima.gob.pe](http://www.regionlima.gob.pe)



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**

# PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DEL GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

**2015 - 2021**



**Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia, 2015-2021**

**Gobernador Gobierno Regional de Lima**

Nelson Oswaldo Chui Mejía.

**Gerente General Gobierno Regional de Lima**

Luis Custodio Calderón

**Gerente Regional de Desarrollo Social Gobierno Regional de Lima**

Jorge Carlos Núñez Acevedo

**Elaborado por el Comité Técnico del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia, 2015-2021.**

Dirección Regional de Educación.

Dirección Regional de Salud

Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo.

Poder Judicial.

Ministerio Público.

Defensoría del Pueblo.

Policía Nacional del Perú.

Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza Región Lima.

Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

World Vision Perú.

ONG Chaska.

Coordemuna Huaral.

**Instituciones que participan:**

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

RENIEC

DEMUNA de Huaral.







## PROLOGO DEL GOBERNADOR

Uno de los principales logros de este gobierno es el trabajo articulado entre los diversos Ministerios y Gobiernos Regionales y Locales; a través de sectores estratégicos como Educación, Salud, Vivienda, MIDIS que ahora se complementa con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, bajo el liderazgo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. En esta oportunidad el objetivo es buscar el bienestar desde la primera infancia hasta la adolescencia.

Para aspirar a lograr este objetivo, era indispensable elaborar el Plan Regional de Acción por la infancia y la Adolescencia 2015-2021(PRAIA), compromiso asumido por la Mesa Multisectorial que surgió como respuesta al proceso de política institucional y de movilización social, generado a partir de la necesidad de dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la infancia y adolescencia en la Región Lima. En este sentido, el Plan es la expresión de nuestro compromiso, como gestión para aspirar el bienestar desde la primera infancia hasta la adolescencia.

El Plan Regional de Acción por la infancia y la Adolescencia 2015-2021 (PRAIA) está articulado al Plan Nacional Acción por la Infancia y la Adolescencia establecido en la Ley N° 27337 Código de los Niños y Adolescentes, a la Ley N° 26621 que establece y prioriza el sistema integral de acción; buscando promover derechos, fortalecer y priorizar acciones en favor de niños y Adolescentes, que esta gestión se ha propuesto como objetivo principal respetando los lineamientos nacionales e internacionales, en concordancia con los objetivos del milenio en materia de derechos y acciones con respecto a la niñez y adolescencia.

Por ello, como Gobierno Regional de Lima saludamos la edición del “**PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA PRAIA 2015-2021**” que constituye el primer instrumento de política pública destinado a la protección y bienestar de nuestros niños, niñas y adolescentes de la Región Lima.

Luego de un largo proceso de un trabajo concertado en esta edición se ve plasmada una herramienta que esperamos deben manejar todas las instituciones públicas, sociedad civil y organizaciones de base que estén inmersas en los objetivos de protección de la niñez y la adolescencia.

Por tanto asumimos el compromiso de iniciar este arduo trabajo para sensibilizar a todos los actores involucrados y para lograr la más amplia difusión de los derechos de todos los niños y adolescentes.

Expreso mi reconocimiento al Comité Impulsador y al equipo técnico que elaboró el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2015-2021, e invoco a todas las instituciones de la región a sumarse a esta gran tarea por los niños y adolescentes de nuestra Región Lima, para garantizar se cumplan sus derechos y alcanzar el bienestar.

**Ing. NELSON OSWALDO CHUI MEJÍA**  
Gobernador del Gobierno Regional de Lima

El Gobierno Regional de Lima, a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, tuvo como objetivo elaborar el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2015 – 2021 (PRAIA), compromiso asumido en la mesa multisectorial. Dicho plan constituye el primer instrumento de política pública destinado a la protección y bienestar de nuestros niños, niñas y adolescentes de la Región Lima.

Luego de un trabajo concertado con los diversos sectores estratégicos, como son el sector educación, salud, vivienda, Ministerio de Inclusión social (MIDIS), Ministerio de Trabajo, promoción del empleo, Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, se logró la elaboración del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2015 – 2021 (PRAIA). Por lo que hoy hago un llamado público y pido a todas las instituciones involucradas en la mesa multisectorial, su compromiso, cumplimiento y difusión para lograr las metas propuestas en dicho plan y que todos trabajemos por el bienestar de los niños y adolescentes de nuestra región.

#### AGRADECIMIENTO:

Expreso mi agradecimiento a los miembros de la mesa multisectorial de la región Lima, quienes en forma consensuada han elaborado este Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2015 – 2021 (PRAIA), comprometiéndonos a velar por su ejecución y así contribuir en la gran tarea de proteger a los niños, niñas y adolescentes de nuestra región.

**Dr. Jorge Carlos Nuñez Acevedo**  
Gerente Regional de Desarrollo Social

# Índice

---

	Presentación	4
	Introducción	6
<b>I</b>	<b>Marco Conceptual</b>	<b>7</b>
	1.1. Principios rectores	
	1.2. Enfoques	
	1.3. Metodología	
	1.4. Marco de políticas públicas	
<b>II</b>	<b>Situación de las niñas, niños y adolescentes en la región Lima al 2014</b>	<b>17</b>
	2.1. Primera infancia de 0 a 5 años: Primera Infancia	
	2.2. Niñez de 6 a 11 años	
	2.3. Adolescencia de 12 a 17 años	
<b>III</b>	<b>Visión y Misión</b>	<b>41</b>
<b>IV</b>	<b>Objetivos Estratégicos, Resultados Esperados, Metas e Indicadores</b>	<b>42</b>
	4.1. Objetivo Estratégico 1: Asegurar el crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 5 años de edad	
	4.2. Objetivo Estratégico 2: Fortalecer el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas de 6 a 11 años de edad.	
	4.3. Objetivo Estratégico 3: Generar condiciones para el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes	
	4.4. Objetivo Estratégico 4: Instituir un sistema de garantías para la protección de los derechos del niño, niña y adolescente.	
<b>V</b>	<b>Monitoreo y Evaluación</b>	<b>82</b>
<b>VI</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>83</b>
	<b>Anexos</b>	<b>84</b>

# Presentación

---

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia de Lima 2015 – 2021 (PRAIA Lima), es un instrumento de política pública, integrado al proceso de planeamiento estratégico del país, en ese sentido, sigue la lógica prevista en la Directiva 001-2014-CEPLAN referida a los planes estratégicos para territorios.

El PRAIA Lima, desprende sus objetivos de la siguiente cadena de planes estratégicos: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional. Perú 2021, Planes Sectoriales, Plan Regional de Desarrollo Concertado 2008-2021, así como el Plan Estratégico Institucional 2012-2015; para su concreción en el Plan Operativo Institucional y los programas presupuestales, en el marco de la estrategia de presupuesto por resultados que busca vincular la asignación de recursos al logro de resultados medibles a favor de la población y vinculante al Acuerdo de Gobernabilidad para el Desarrollo Humano Integral al Servicio de los ciudadanos y ciudadanas de la Región Lima.

Temáticamente es un Plan articulado al Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2015-2021, así como a los compromisos internacionales del sistema universal y regional de derechos humanos. Entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño, sus protocolos facultativos, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El PRAIA Lima, es parte de un proceso de planificación para una gestión eficaz y eficiente de las políticas públicas regionales, dirigidas a lograr el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes de la Región Lima.

El Gobierno Regional de Lima, a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social y con la asistencia técnica de la sociedad civil organizada, ha impulsado un proceso de planificación participativa, dirigida a construir un instrumento de gestión consensuado.

En ese sentido, dotar de mayores y mejores oportunidades para las niñas, niños y adolescentes ha sido un desafío permanente a lo largo del proceso de planificación y constituye el principal incentivo para alcanzar los objetivos y metas previstas, las cuales serán medidas y demostradas de forma fáctica.

El presente Plan, cuenta con cuatro objetivos estratégicos para cada una de las etapas del desarrollo de la niñez y desde un enfoque de derechos, género, interculturalidad y equidad. Incluye una estrategia de monitoreo, evaluación y financiamiento.

Esperamos que el presente documento de gestión se convierta en una piedra angular de la política pública regional, contribuyendo a resolver los principales problemas de la niñez de una forma integral.

# Introducción

---

El Plan de Desarrollo Concertado 2008-2021 de la Región Lima, prevé en su eje de desarrollo humano, cuatro objetivos dirigidos a lograr al pleno cumplimiento de los derechos de la niñez, como son el derecho a la salud, la educación, la igualdad de oportunidades y la lucha contra la desnutrición.

Para alcanzar objetivos previstos, es necesario que el Gobierno Regional de Lima, dirija sus políticas públicas de niñez y adolescencia, al logro de resultados objetivamente verificables de desarrollo y bienestar, alineados a la estrategia nacional de inclusión social y sus instrumentos técnicos, de tal forma que permitan su concreción en términos reales. De lo contrario ninguna iniciativa que se tome al respecto podrá ser sostenible. Vale decir, dirigida a lograr una gestión pública orientada a obtener resultados en beneficio del ciudadano.

El objetivo de bienestar de la niñez y adolescencia, nace de la convicción regional de garantizar condiciones mínimas y protección adecuada para la generación de oportunidades de desarrollo humano en este grupo de edad.

En ese sentido, el presente documento es fruto del consenso de los principales actores de la política pública regional, y tiene la aspiración de lograr que a fines del 2021 la niñez y adolescencia de la Región Lima, alcance el más alto grado de desarrollo en el país.

El Gobierno Regional de Lima, expresa su agradecimiento a todas y todos en el proceso de elaboración del presente Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2015-2021.

# I. Marco conceptual

---

Uno de los hitos que ha marcado el cambio de paradigma en relación con la Infancia es la **Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y sus Protocolos Facultativos**. Estos instrumentos internacionales inspiran las políticas nacionales en materia de infancia y adolescencia, las que van alineadas a un proceso de planificación nacional que busca concretar de forma efectiva los derechos señalados en dicho marco internacional.

La Convención sobre los Derechos del Niño, enfatiza y perfecciona derechos que la Declaración Universal de Derechos Humanos había reconocido en el año 1948, sin embargo lo hace por que hasta ese momento la doctrina imperante en el mundo, llamada de la “situación irregular”, consideraba al niño como un ser inferior, incompleto, en formación, incapaz y en permanente riesgo de abandono material y peligro moral.

La doctrina de la protección integral, reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho. Por otra parte, establece la obligación de tomar en cuenta su punto de vista en las decisiones que les afecten, la corresponsabilidad de la sociedad civil en el bienestar de la infancia, la posibilidad de organización y de actoría política, entre otros derechos.

Pone énfasis al derecho a la protección especial que se les debe brindar y el derecho a condiciones de vida que permitan su desarrollo integral, creándose así una nueva relación jurídica entre el Estado y la sociedad con la infancia.

El Perú luego de ratificar la Convención, inició un proceso de adecuación normativa siguiendo los estándares internacionales de la cultura contemporánea de los derechos de la niñez y la adolescencia. Producto de ello, aprobó la Ley 27337, Código de los Niños y Adolescentes y posteriormente una gama amplia de instrumentos jurídicos en diversos ámbitos del derecho.

Una de las principales herramientas de gestión de la política pública, la constituyen los planes nacionales y regionales por la infancia y la adolescencia, que recogen las aspiraciones y objetivos que el Estado, la sociedad civil y la propia infancia se ha trazado. De esta forma el derecho a la vida, a la atención del Estado, a la integridad, a vivir en un ambiente sano, a la libertad, al nombre, identidad y nacionalidad, a vivir en una familia, a la educación, a la salud, a la recreación, a la libertad de expresión y opinión, a libertad de tránsito y asociación, entre otros, se verán plasmados en el terreno de lo concreto, reconociendo la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad en su protección y promoción.

Estas son las aspiraciones del Gobierno Regional de Lima, para la niñez y la adolescencia y hacia ellos apunta el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.



## **1.1. Principios rectores.**

### **1° El interés superior de la niña, el niño y el adolescente.**

La niña, el niño y adolescentes, son sujetos plenos de derechos, que deben ser respetados por la familia, el Estado<sup>1</sup> y la sociedad y, en todas las decisiones de política pública el interés del niño debe primar al momento de resolver sobre cuestiones que le afecten. Se trata de un principio que obliga al Estado y a la sociedad a reconocer y garantizar los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes y otorga preeminencia al interés superior del niño por sobre otros intereses y consideraciones.

### **2° La niña, el niño y adolescentes como sujetos de derechos y deberes.**

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

### **3° Igualdad de oportunidades para las niñas, niños y adolescentes sin discriminación.**

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

### **4° Respeto a la Autodeterminación progresiva<sup>2</sup> de niñas, niños y adolescentes.**

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

---

<sup>1</sup>“En caso de conflicto de derechos de igual rango, el derecho de prioridad del interés superior del niño/niña prima sobre cualquier otro que pueda afectar sus derechos. Ni el interés del padre, ni el de la sociedad, ni el del Estado pueden ser considerados prioritarios en relación a los derechos del niño/niña”. (Gatica, Nora y Chavimovic, Claudia: “La justicia no entra en la escuela. Análisis de los principales principios contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño”. La Semana Jurídica 13/19 de Mayo de 2002).

<sup>2</sup>El artículo 5º de la CDN dispone que el ejercicio de los derechos del niño es progresivo en virtud de la evolución de sus facultades, y que a los padres, a la familia y demás responsables les corresponde impartir orientación y dirección apropiada para que el niño ejerza esos derechos. Este principio se fundamenta en que el niño tiene derecho a desarrollar progresivamente el ejercicio autónomo de sus derechos, superando el argumento tradicional que indica que los padres tienen poderes sobre los niños debido a que éstos carecen de autonomía.

## **5° Participación de las niñas, niños y adolescentes en todos los espacios**

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

## **6° La familia como institución fundamental para el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.**

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

## **1.2. Enfoques.**

### **El enfoque de derechos.**

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

### **El enfoque del ciclo de vida.**

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

### **El enfoque de equidad.**

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

### **El enfoque intercultural.**

Reconoce y respeta el derecho a la diversidad promueve la interacción entre culturas de una forma equitativa, donde se concibe que ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo

momento la interrelación de niñas, niños y adolescentes de diversas culturas, a partir del ejercicio del pleno sus derechos.

#### **El enfoque de género.**

Permite poner en evidencia desigualdades sociales y relaciones asimétricas de poder de varones en detrimento de las mujeres de cualquier edad, construidas sobre las bases de diferencias biológicas en el plano de lo sexual. Plantea desterrar cualquier relación jerárquica basada en estas diferencias. Admite implementar políticas orientadas al logro de igualdad de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, libre de discriminaciones basadas en características biológicas o de cualquier otra índole.

#### **El enfoque de inclusión.**

Permite diseñar intervenciones para lograr su desarrollo, poniendo énfasis en el pleno ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que afrontan condiciones de mayor desventaja y vulnerabilidad, eliminando todo tipo de discriminación.

#### **El enfoque de salud mental.**

La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida, un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>3</sup>.

#### **Enfoque de Territorialidad.**

Considera al territorio como una unidad geográfica compuesta por un tejido social propio, en donde se generan lazos, identidades, redes de intercambio y articulación. Implica asumir el entorno geográfico y el espacio social como factor de desarrollo de sus comunidades; este enfoque, representa una oportunidad para que los gobiernos debido a su magnitud de manejo integral, se pueda convertir en un instrumento de gestión que contribuya a cerrar las brechas en temas de infancia y adolescencia que existen entre el territorio rural y urbano.

### **1.3. Metodología.**

La metodología del PRAIALima, se basa en una construcción consensuada de prioridades regionales en función a sus necesidades de la niñez y adolescencia y de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, reconociéndolos como sujetos de derechos y colocándolos en la agenda como centro para el desarrollo regional.

---

<sup>3</sup> OMS. [En línea]. <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

La metodología del PRAIA Lima ha sido elaborado bajo el liderazgo de la gestión del Gobierno Regional de Lima a través de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, en coordinación conjunta con las instituciones públicas y privadas que trabajan en la Región, y el acompañamiento de Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

El proceso de elaboración del PRAIA Lima ha sido eminentemente participativo. Para estos fines se conformó mediante Resolución Regional 193-2012-PRES el Comité Técnico del Plan Regional de la Niñez, Infancia, Adolescencia y del Adulto Mayor del Gobierno Regional de Lima, que contó con la participación de representantes del sector público y sociedad civil de la región. El PRAIA Lima ha sido sometido a consulta y validación en talleres participativos realizados en las provincias de Cañete y Huaralcuyos resultados se integraron al documento final, para su aprobación mediante Ordenanza Regional.

#### **1.4. Marco de políticas públicas.**

El PRAIA es un instrumento de gestión alineado al marco de políticas nacionales de obligatorio cumplimiento (Decreto Supremo 027-2007-PCM)<sup>4</sup> y ha sido elaborado de acuerdo a lo previsto en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (Directiva 001-2014-CEPLAN)<sup>5</sup>.

El PRAIA Lima, cumple con las siguientes finalidades:

- Lograr que los instrumentos de política pública regional se articulen al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional.
- Mejorar la asignación de recursos públicos con eficiencia y eficacia, sobre la base de los objetivos estratégicos establecidos en el PRAIA
- Promover una mejor coordinación intergubernamental e intersectorial en el proceso de implementación del PRAIA.
- Mejorar las capacidades de la administración pública, para identificar, priorizar y aprovechar las oportunidades existentes para la implementación del PRAIA.
- Contribuir a mejorar los procesos de seguimiento y evaluación regional de las políticas de niñez y adolescencia.
- Promover la eficiencia y eficacia en la gestión pública para la obtención de resultados en beneficio de niñas, niños y adolescentes.

En cuanto a la tipología del PRAIA, le corresponde la referida a planes especiales, en este caso referida a la niñez y adolescencia. Encontrándose en el mismo nivel que el Plan Estratégico Institucional.

---

<sup>4</sup><http://www.pcm.gob.pe/InformacionGral/opp/2008/DS-027-2007-PCM.pdf>

<sup>5</sup>[http://www.ceplan.gob.pe/sites/default/files/Documentos/pdf/resoluciones/2014/RS\\_DE\\_0102014.pdf](http://www.ceplan.gob.pe/sites/default/files/Documentos/pdf/resoluciones/2014/RS_DE_0102014.pdf)

### 1.4.1. Alineamiento a compromisos internacionales del país.

El PRAIA es parte de un proceso de planificación de la política pública regional, que se enmarca dentro de lo previsto en instrumentos internacionales de derechos humanos como la Convención sobre los Derechos del Niño y sus mecanismos de informes periódicos ante el Comité de los Derechos del Niño, así como informes globales que forman parte del Examen Periódico Universal<sup>6</sup> del país ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Por otra parte el PRAIA se adscribe a los compromisos internacionales del país suscritos en la Cumbre del Milenio en el año 2000, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>7</sup>, específicamente en los siguientes aspectos:

**Cuadro 1/.**

**Alineamiento del PRAIA a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.**

Objetivo de Desarrollo del Milenio	PRAIA 2012-2021			
	O.E.1. Asegurar el crecimiento y desarrollo integral de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad con enfoque intercultural.	O.E.2. Asegurar la continuidad de las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque intercultural.	O.E.3. Consolidar las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	O.E.4. Garantizar la protección del ejercicio pleno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.
O.D.M. 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	X			
O.D.M. 2. Lograr la enseñanza primaria universal		X		
O.D.M. 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.	X	X	X	X
O.D.M. 4. Reducir la mortalidad infantil.	X			
O.D.M. 5. Mejorar la salud materna.	X		X	
O.D.M. 6. Combatir el VIH el paludismo y otras enfermedades.				X

<sup>6</sup> <http://acnudh.org/biblioteca-virtual/examen-periodico-universal/>

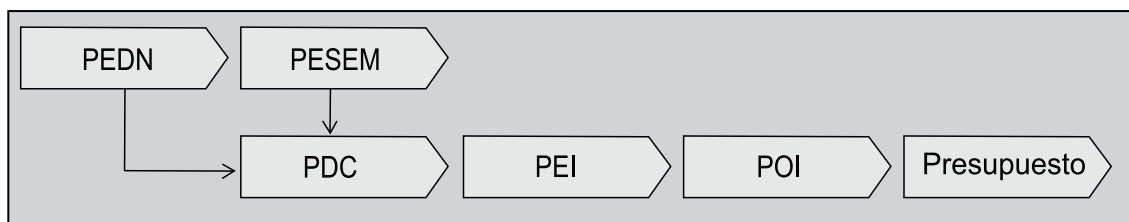
<sup>7</sup> <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

## Alineamiento a las políticas nacionales.

El PRAIA Lima, sigue el encadenamiento previsto para planes estratégicos de territorios:

Cuadro 2/.

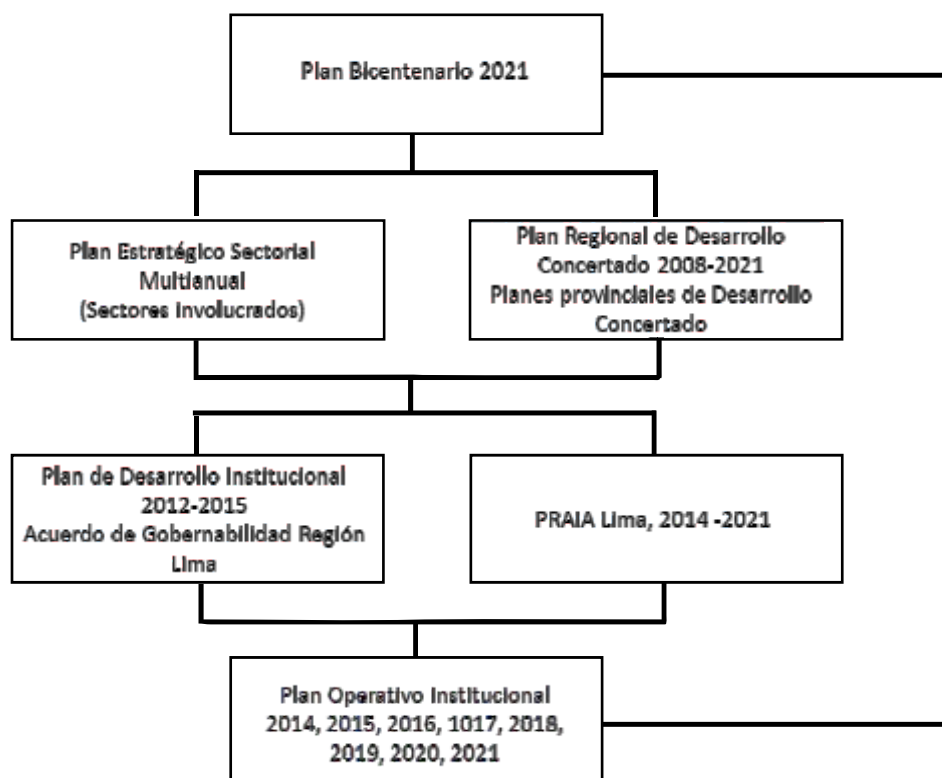
### Alineamiento del PRAIA ala Directiva 001-2014-CEPLAN



En ese sentido, se encuentra alineada a los principales instrumentos de gestión nacional, regional y provincial, con el objetivo de dotarla de la coherencia técnica y viabilidad necesaria para su implementación:

Cuadro 3/.

### Alineamiento del PRAIA a las políticas nacionales y regionales.



El PRAIA, se encuentra inserto en las Políticas de Estados<sup>8</sup>, aprobadas por el Acuerdo Nacional, las políticas nacionales y el acuerdo de gobernabilidad de Lima Región, específicamente en las que corresponden al componente de **equidad y justicia social (reducción de la pobreza, igualdad de oportunidades, acceso universal a la educación y salud, seguridad alimentaria y nutrición, fortalecimiento de la familia, promoción y protección de la niñez y la adolescencia).**

En ese marco, se aprobó el **Plan Bicentenario (Decreto Supremo 054-2011-PCM)** que establece los principales objetivos del país, para alcanzar el desarrollo y finalmente el bienestar de todos los ciudadanos. El PRAIA, se adscribe al objetivo estratégico 2, dirigido al incremento de las oportunidades y acceso a servicios.

En cuanto al **Plan Regional de Desarrollo Concertado**, el PRAIA Lima, se encuentra comprendido en los objetivos generales siguientes:

#### Cuadro 4/.

##### Alineamiento del PRAIA al Plan Regional de Desarrollo Concertado.

Objetivo General 1.	Objetivo General 2.	Objetivo General 4.	Objetivo General 5.
Promover la ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios de Salud y Saneamiento priorizando las áreas de menores recursos, con énfasis en la niñez y la madre gestante, y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.	Mejorar la calidad educativa ampliando la cobertura y acceso al servicio educativo, reduciendo sustancialmente los índices de inequidad y exclusión y promoviendo la ciencia, la tecnología y el Fomento de la Cultura y el Deporte.	Fortalecer y ampliar el desarrollo social y la igualdad de oportunidades en los grupos de población vulnerable o en situación de riesgo: niñez, madre, adulto mayor y personas con discapacidad.	Contribuir a la disminución de la tasa de desnutrición en la Región priorizando la población infantil en condición de pobreza y extrema pobreza.

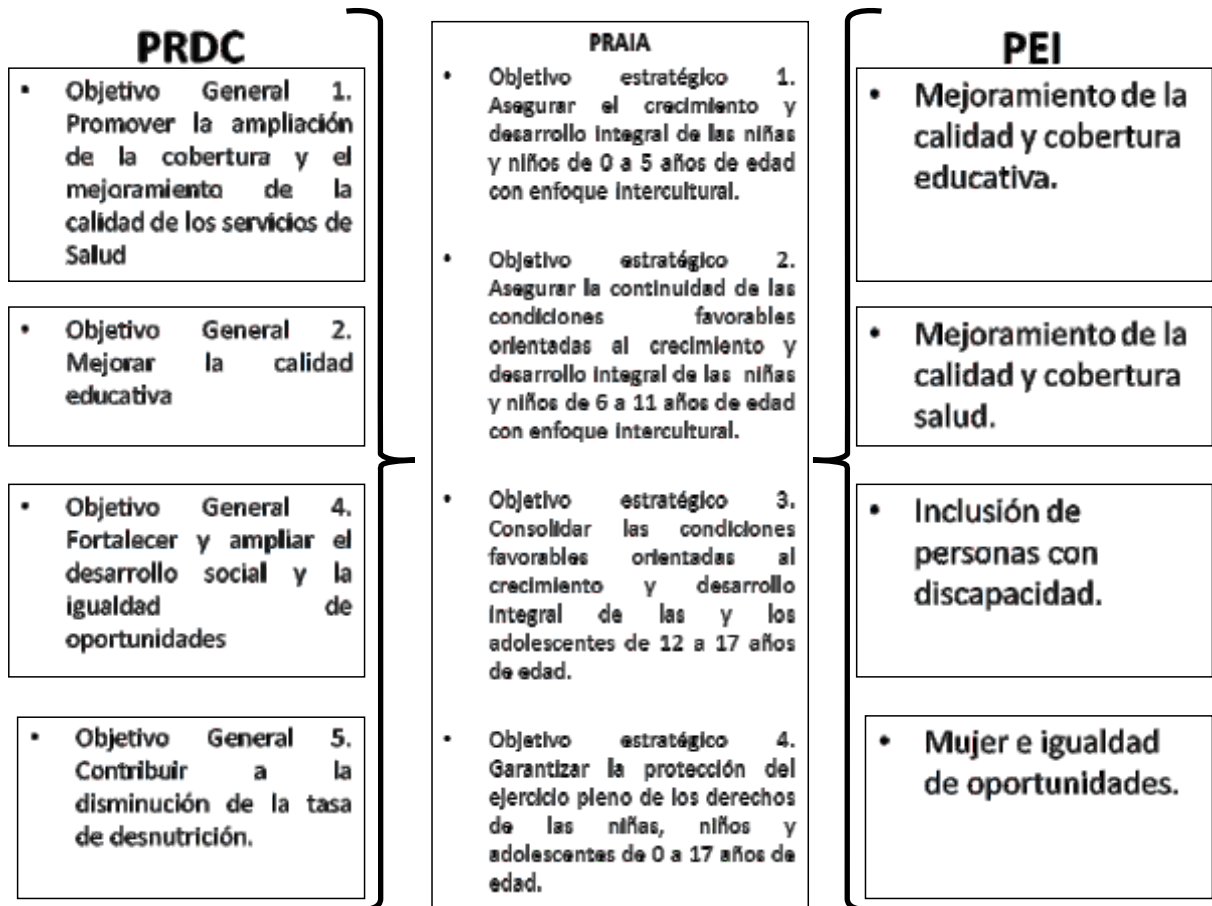
En lo que corresponde al Plan de Desarrollo Institucional, el PRAIA, es parte de las políticas priorizadas en el campo del desarrollo social y humano, específicamente las referidas a:

- Mejoramiento de la calidad y cobertura educativa.
- Mejoramiento de la calidad y cobertura de salud.
- Inclusión de personas con discapacidad.
- Mujer e igualdad de oportunidades.

<sup>8</sup><http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/>

Cuadro 5/.

Alineamiento del PRAIA a las políticas regionales





## II. Situación de las niñas, niños y adolescentes en la Región Lima al 2014

La Región Lima, está constituida por nueve provincias del departamento de Lima (Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Hura, Oyón y Yauyos) a excepción de la provincia de Lima. Está conformada por 128 distritos, con una superficie total de 32,126.46Km<sup>2</sup>.

Gráfico 1/.

Mapa de la Región Lima.



Superficie, región natural y número de distritos por provincia.

PROVINCIA	REGIÓN NATURAL	SUPERFICIE		N° DE DISTRITOS	CAPITAL	ALTITUD CAPITAL (msnm)
		(KM <sup>2</sup> )	%			
PAÍS	Costa-Sierra-Selva	1,285,215.85	100.00	1,831	Lima	
Región Lima	Costa - Sierra	32,126.44	2.50	128		
BARRANCA	COSTA	1,355.87	4.22	5	BARRANCA	49
CAJATAMBO	SIERRA	1,515.21	4.72	5	CAJATAMBO	3,376
CANTA	SIERRA	1,687.27	5.25	7	CANTA	2,819
CAÑETE	COSTA- SIERRA	4,574.91	14.24	16	SAN VICENTE	30
HUARAL	COSTA- SIERRA	3,655.70	11.38	12	HUARAL	188
HUAROCHIRÍ	SIERRA	5,657.93	17.61	32	MATUCANA	2,378
HUAURA	COSTA- SIERRA	4,891.92	15.23	12	HUACHO	30
OYÓN	SIERRA	1,886.05	5.87	6	OYÓN	3,620
YAUYOS	SIERRA	6,901.58	21.48	33	YAUYOS	2,874
<b>Total Región Lima</b>		<b>32,126.44</b>	<b>100.00</b>	<b>128</b>		

Fuente: "Perú; características de Infraestructura Social y Económica Distrital 1999 - Lima - Callao" - INEI

La región Lima, tiene una población proyectada de 923.7 mil habitantes<sup>9</sup>, equivalente al 3% de la población total del país<sup>10</sup>, siendo 325,047 las niñas y niños de 0 a 17 años. Las provincias de Cañete, Huaura y Barranca son las que concentran el mayor número de población<sup>11</sup>. Respecto a su distribución, 81% vive en la zona urbana y 19% en la rural<sup>12</sup>, con una tendencia creciente al incremento de la primera.

### Cuadro 7/.

#### Población proyectada al 2014 por grupos de edad.

LIMA	Total	De 0 a 5 años	De 6 a 11 años	De 12 a 17 años	Total Población de 0-17 años	% 0-17 años respecto de Población Total
LIMA DEPARTAMENTO	9,689,011	985,376	978,427	1,050,125	3013928	31.11
LIMA METROPOLITANA	8,755,262	880,586	872,092	935,503	2688181	30.70
LIMA REGIÓN	933,749	104,790	106,335	114,622	325,747	35

Fuente: DAIS - DIRESA / Junio 2015

## 2.1. Primera infancia de 0 a 5 años.

### 2.1.1. Control de la madre gestante.

Un condicionante de la supervivencia y salud del niño al nacer lo constituye el control de la madre gestante a lo largo del embarazo. En los últimos cuatro años la Región Lima, registra un incremento porcentual **permanente** en la atención a nivel de todas las redes de salud de la región, especialmente en Canta y Huaral – Chancay, tal como se puede ver en el cuadro siguiente:

### Cuadro 8/.

#### Madres gestantes, atendidas y controladas según red de salud, años 2010-2013<sup>13</sup>

##### INDICADOR DEL PPR Y ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

##### PORCENTAJE DE GESTANTES CONTROLADAS

##### NUMERO DE GESTANTES ATENDIDAS X 100/ TOTAL DE GESTANTES CONTROLADAS

	2010			2011			2012			2013			2014		
	GESTANTES ATENDIDAS	GESTANTES CONTROLADAS	%	GESTANTES ATENDIDAS	GESTANTES CONTROLADAS	%	GESTANTES ATENDIDAS	GESTANTES CONTROLADAS	%	GESTANTES ATENDIDAS	GESTANTES CONTROLADAS	%	GESTANTES ATENDIDAS	GESTANTES CONTROLADAS	%
DIRESA	15979	11729	73.4	16175	14299	88.4	15292	11285	73.8	15647	11892	76	15446	11476	74.3
Red Bca - Cajatambo	2352	1665	70.8	2385	1677	70.3	2432	1853	76.2	2554	1979	77.5	2376	1815	76.4
Red Huaura – Oyon	2549	2151	84.4	3655	2829	77.4	3322	2418	72.8	3664	2774	75.7	3759	2725	72.5
Red Huaral	2538	2096	82.6	2883	2139	74.2	2812	2137	76	2950	2354	79.8	2988	2250	75.3
Micro Red Canta	215	166	77.1	218	154	70.8	231	165	71.4	226	182	80.5	218	192	88.1
Red Huarochiri	1275	1051	82.4	1292	487	37.7	1367	1141	83.5	1542	1352	87.7	1587	1124	70.8
Red Chilca - Mala	1332	500	37.5	1295	839	64.8	1396	1161	83.2	1396	998	71.5	1344	1146	85.3
Red Cañete - Yauyos	4085	4171	102.1	4447	5359	120.5	3673	2799	76.2	3315	2559	77.2	3058	2431	79.5

<sup>12</sup> Plan de Desarrollo Regional Concertado 2008-2021.

<sup>13</sup> Dirección Regional de Salud.

## 2.1.2. Parto institucional.

El parto institucional, con las medidas de control y cuidado para preservar la salud de la madre y el niño, se ha incrementado en los últimos cuatro años. Esto ha permitido un incremento progresivo de la atención especializada a nivel ginecobstétrica, reduciéndose la atención prestada por médicos generales, que atendieron de 525 casos en el 2010 a 211 en el año 2013; así otras especialidades médicas, tal como puede verse en el cuadro siguiente, como otras especialidades medicas que puede verse en el siguiente cuadro

En cuanto a cifras nacionales al 2013, el 95,9% de las mujeres, en el último embarazo, tuvo algún control prenatal por profesional de salud calificado (médico, obstetrix o enfermera)<sup>14</sup>.

**Cuadro 9/.**

**Partos atendidos por profesionales de salud según provincia, años 2010-2014<sup>15</sup>**

AÑO	INDICADOR	PROVINCIAS									
		CANTA	BARRANCA	HUAURA	HUARAL	CAÑETE	CAJATAMBO	OYON	YAUYOS	HUAROCHIRI	DIRESA LIMA
2010	GINECOLOGO	4	513	890	679	924	1	0	0	11	3022
	MEDICO GENERAL	3	232	3	27	170	13	4	24	49	525
	OBSTETRA	47	1414	1986	1788	2114	39	142	134	251	7915
	OTRO PROFESIONAL	0	0	0	0	0	0	1	22	3	26
2011	GINECOLOGO	0	608	824	683	1014	1	0	0	14	3144
	MEDICO GENERAL	6	183	9	13	30	19	1	19	30	310
	OBSTETRA	41	1393	1930	1877	2154	44	150	99	195	7883
	OTRO PROFESIONAL	0	0	0	0	154	1	0	28	4	187
2012	GINECOLOGO	0	715	857	704	1025	0	0	2	10	3313
	MEDICO GENERAL	1	0	14	8	106	4	9	14	30	186
	OBSTETRA	36	1443	1679	1849	1925	57	133	85	225	7432
	OTRO PROFESIONAL	0	0	2	0	0	2	1	19	1	25
2013	GINECOLOGO	0	737	1032	744	970	0	0	1	40	3524
	MEDICO GENERAL	2	65	6	75	13	2	2	11	35	211
	OBSTETRA	40	1399	1950	1789	2473	72	113	88	259	8183
	OTRO PROFESIONAL	0	0	1	0	0	1	0	15	2	19
2014	GINECOLOGO	0	728	1085	742	1037	0	0	1	21	3614
	MEDICO GENERAL	2	67	1	1	11	4	4	3	6	99
	OBSTETRA	33	1371	1945	2001	2065	116	116	25	338	8010
	OTRO PROFESIONAL	0	1	2	0	1	0	0	1	14	19

Fuente: DAIS - DIRESA / Junio 2015

<sup>14</sup> ENDES 2013.

<sup>15</sup> Dirección Regional de Salud.

### 2.1.3. Salud nutricional de la madre.

En cuanto a la salud nutricional de la madre, específicamente de anemia, encontramos que en el periodo 2010-2014 el número de casos se ha incrementado en cerca de un tercio, pasando de 3005 a 3237 casos detectados. Situación que condiciona la salud del neonato y pone en riesgo su desarrollo.

Para el año 2014, el mejor número de casos se registra la Red Huaral Chancay, segundo la Red de Huaral- Chancay.

**Cuadro 10/.**

**Casos de anemia en mujeres de edad fértil, años 2010-2014<sup>16</sup>**

REDES DE SALUD	2010	2011	2012	2013	2014
	NºCASOS DE ANEMIA EN GESTANTES	NºCASOS DE ANEMIA EN GESTANTES	NºCASOS DE ANEMIA EN GESTANTES	NºCASOS DE ANEMIA EN GESTANTES	NºCASOS DE ANEMIA EN GESTANTES
<b>DIRESA</b>	<b>1564</b>	<b>1476</b>	<b>2157</b>	<b>2342</b>	<b>2280</b>
RED BARRANCA - CAJATAMBO	161	100	283	310	294
RED HUAURA - OYON	432	399	341	441	550
RED HUARAL - CHANCAY	182	465	472	446	561
MICRO RED CANTA	6	0	25	50	38
RED HUAROCHIRI	201	118	309	438	303
RED CHILCA - MALA	185	159	281	230	195
RED CAÑETE - YAUYOS	397	235	446	427	339

Fuente: DAIS - DIRESA / Junio 2015

<sup>16</sup> Dirección Regional de Salud.

## 2.1.4. Niños con bajo peso al nacer.

Dos de las provincias más pobladas de la región como son Barranca y Huaura, ha visto incrementarse la proporción de nacidos con bajo peso al nacer en el periodo 2012-2013. La primera ha pasado de un 2.6% a un 3.2%, mientras que la segunda de 4.8% a 4.9%, tal como se puede ver en el cuadro. Por su parte Huarochirí prácticamente dobló el número de casos en el mismo periodo, pasando de 102% a 204%. Siendo la red Chilca – Mala la que mayor reducción experimentó (1.8% a 1.2%).

Gráfico 2/.

Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, años 2010-2013<sup>17</sup>

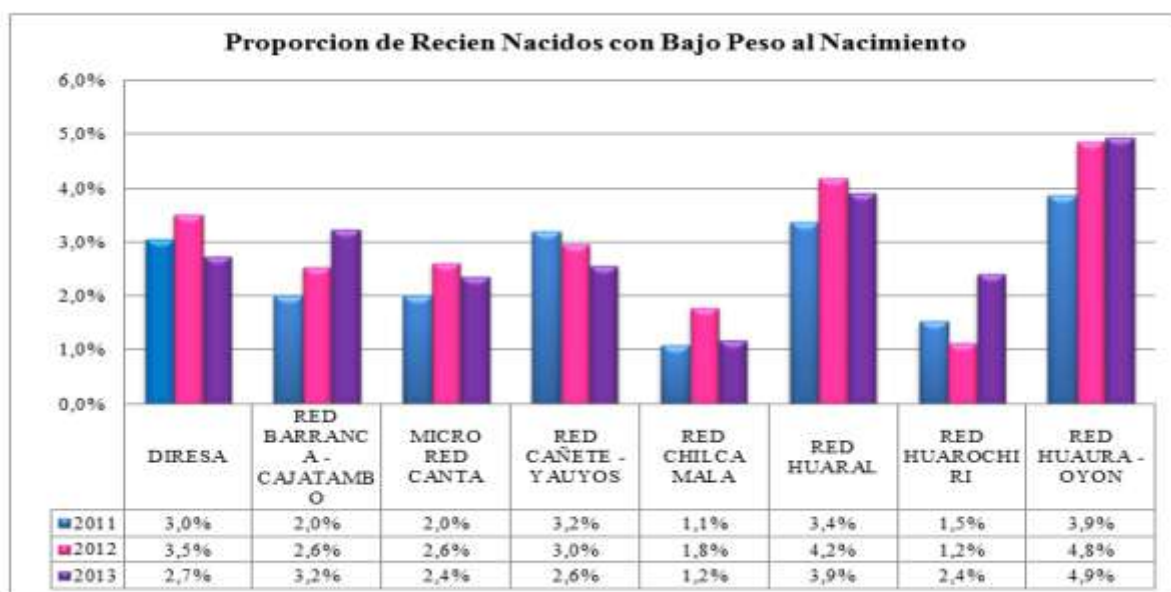
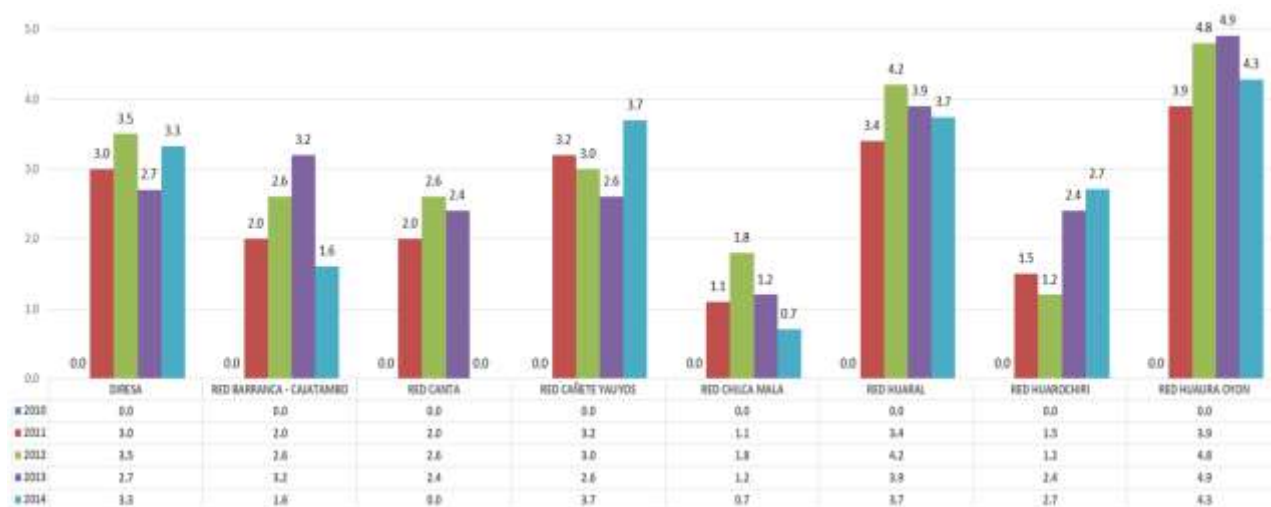


Gráfico 3/.

Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, años 2012-2014<sup>18</sup>.



Fuente: DAIS- DIRESA / Junio 2015

<sup>17</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>18</sup> Dirección Regional de Salud.

## 2.1.5. Desnutrición.

## 2.1.6. Desnutrición Crónica Infantil (DCI)

De acuerdo con el patrón de referencia de la OMS, la desnutrición crónica afectó en el año 2014, al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad del país<sup>19</sup>.

Por otro lado en la Región Lima, según datos proporcionados por la Dirección Regional de Salud durante los años 2013 la DCI fue de 10.8% y en el año 2014 alcanzó el 10.4%, no registrando variación significativa.

En el año 2014 para la Región Lima, las provincias que presentan la mayor proporción de DCI son de Cajatambo(29.1%), Yauyos (24.7%), Oyon (20.3%) y Canta(14.5%).

### Cuadro 13/.

Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica infantil según provincias, Años 2012-2014<sup>20</sup>

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	EVALUADOS	CASOS DNC	%	EVALUADOS	CASOS DNC	%	EVALUADOS	CASOS DNC	%
BARRANCA	13151	850	6.5	12647	1077	8.5	13385	1163	8.7
CAJATAMBO	859	254	29.6	838	243	29.0	815	237	29.1
CANTA	1597	190	11.9	1619	244	15.1	1542	223	14.5
CAÑETE	16219	1338	8.2	17206	1671	9.7	18833	1829	9.7
HUARAL	17510	1166	6.7	17408	1598	9.2	16906	1520	9.0
HUAROCHIRI	9046	1266	14.0	9812	1276	13.0	9438	1149	12.2
HUAURA	15516	1227	7.9	16374	1618	9.9	16735	1521	9.1
OYON	1926	336	17.4	1583	345	21.8	1642	333	20.3
YAUYOS	2254	399	17.7	2145	530	24.7	2131	526	24.7
DIRESA LIMA	78078	7026	9.0	79632	8602	10.8	81427	8501	10.4

FUENTE: SIENDEIT-DIRESA LIMA

## 2.1.7. Control De Crecimiento y Desarrollo En Menores De 3 Años.

Desde el nacimiento hasta los doce años se debe supervisar la salud y el desarrollo de niñas y niños a fin de detectar oportunamente eventuales alteraciones y enfermedades. Durante este control se observa y previene enfermedades a través de la detección de alteraciones en su desarrollo, y a la vez se orienta a la familia, a través de la madre, para que aplique hábitos sanos de higiene y alimentación. Pero debe considerarse que la finalidad del Control de Crecimiento y Desarrollo es que la madre o cuidador adopte prácticas saludables en el cuidado del niño.

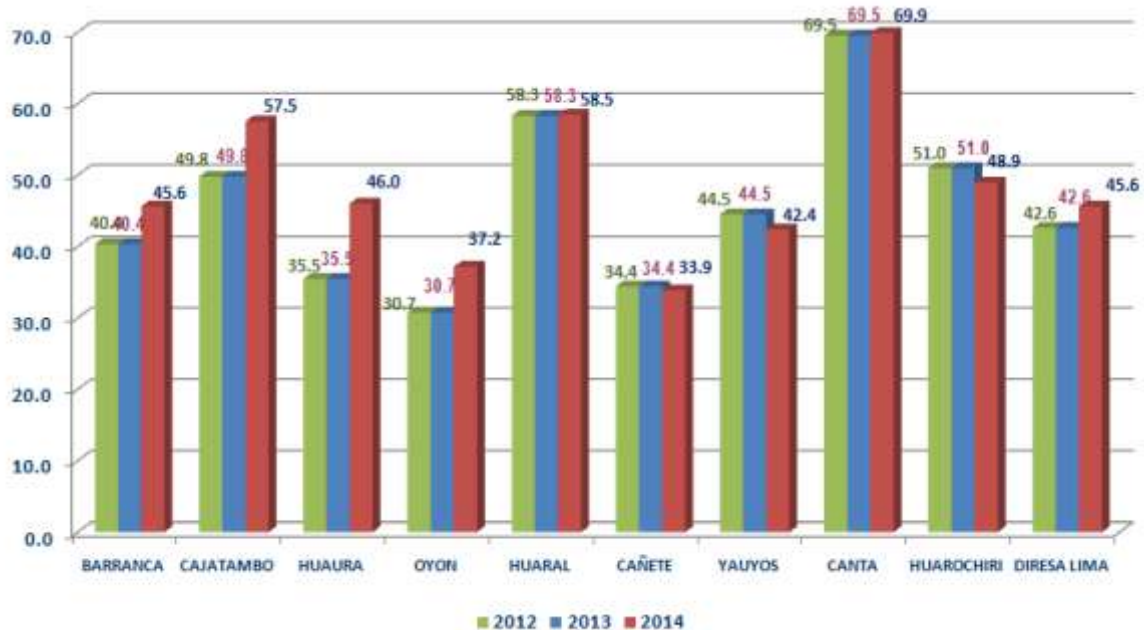
<sup>19</sup> ENDES 2014.

<sup>20</sup> Dirección Regional de Salud.

En la Región Lima, el año 2014 se alcanzó el 45.6% de niñas, niños menores de 3 años con control CRED completo para su edad, existiendo un incremento comparado con el año 2013 (42.6%) siendo la provincia Canta (69.9%) quien alcanza los valores más elevados, mientras que la provincia de Cañete sólo alcanzó el 33.9%.

Gráfico14/.

Proporción de niños menores de 3 años con Control de Crecimiento y Desarrollo completo para su edad. Por provincias, Región Lima, 2012-2014<sup>21</sup>.



FUENTE: SIENDEIT-DIRESA LIMA

## 2.1.8. Mortalidad neonatal e infantil.

### Mortalidad neonatal:

La tasa de **mortalidad neonatal**<sup>22</sup> para el año 2013 es de 7 por cada 1000 nacidos vivos<sup>23</sup>, (mayor en dos puntos al año 2012), donde la tasa fue de 5. La provincia de Oyón, presenta la mayor tasa en ambos años, 12 (2012) y 23 (2013) por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

Por otro lado, es preciso señalar que según ENDES la tasa de mortalidad neonatal fue de 13 por 1000 nacidos vivos.

<sup>21</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>22</sup> La mortalidad neonatal (TMN) es formulada como el cociente entre el número de muertes menores o iguales a 28 días de nacidos y el número de nacidos vivos en un determinado año, expresado por 1000 nacidos vivos. [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad\\_neonatal11\\_12.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf)

<sup>23</sup> La tasa departamental para los años 2011-2012 es de 8.2 por cada 1000 nacidos vivos. [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad\\_neonatal11\\_12.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf)



**Cuadro 13/.**  
**Tasa de mortalidad neonatal por provincia, años 2012-2013<sup>24</sup>.**

Provincia	2012			2013		
	Total RN	Casos	Tasa	Total RN	Casos	Tasa
Barranca	2158	7	9	2215	20	9
Cajatambo	71	0	0	94	1	11
Canta	37	0	0	42	0	0
Cañete	3094	27	9	3504	17	5
Huaral	2570	5	2	2628	17	6
Huarocharí	345	2	6	376	1	3
Huaura	2615	13	5	3054	24	8
Oyón	161	2	12	129	3	23
Yauyos	210	2	10	183	2	11
DIRESA Lima	11261	58	5	12225	85	7

**Mortalidad infantil:**

La **tasa de mortalidad infantil<sup>25</sup>** para el año 2014 es de 2 por mil nacidos vivos, mayor al año 2013 donde la tasa fue de 1.6. En números absolutos pasó de 19 a 25 casos. En la provincia de Cañete se registra el mayor número de casos de mortalidad infantil (14) a una tasa de 4 por 1000 nacidos vivos mejorando en la región.

**Cuadro 16/.**  
**Tasa de mortalidad infantil por provincia, años 2012-2014<sup>26</sup>.**

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	TOTAL RN	CASOS	TASA	TOTAL RN	CASOS	TASA	TOTAL RN	CASOS	TASA
BARRANCA	2158	10	4.6	2215	4	1.8	2183	4	1.8
CAJATAMBO	71	0	0	94	0	0	58	0	0
CANTA	37	0	0	42	0	0	38	0	0
CAÑETE	3094	4	1.3	3504	14	4.0	3494	14	4.0
HUARAL	2570	9	3.5	2628	0	0.0	2757	0	0.0
HUAROCHIRI	345	1	2.9	376	0	0.0	407	0	0.0
HUAURA	2615	28	10.7	3054	1	0.3	3079	7	2.3
OYON	161	4	24.8	129	0	0	125	0	0
YAUYOS	210	5	23.8	183	0	0.0	149	0	0.0
REGIÓN LIMA	11261	43	3.8	12225	19	1.6	12290	25	2.0

FUENTE: HECHOS VITALES -DEIT-DIRESA LIMA

<sup>24</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>25</sup> Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida  
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap07.pdf>

<sup>26</sup> Dirección Regional de Salud.



## 2.1.9. Infecciones respiratorias agudas.

La incidencia acumulada de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en la Región Lima, por 1000 niños menores de 5 años alcanzó en el año 2014 la cifra de 1202.2 siendo la provincia de Canta quien presenta el valor más alto (2976.4) y Oyón la de menor valor (913.2).

En comparación al año 2013, existe un descenso en la tasa de incidencia acumulada a nivel regional, sin embargo en la provincia de Canta éste se ha incrementado de 2685.9 a 2976.4.

**Cuadro 17/.**

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	POB. < 5 AÑOS	CASOS	x 1000	POB. < 5 AÑOS	CASOS	x 1000	POB. < 5 AÑOS	CASOS	x 1000
BARRANCA	13069	18045	1,380.7	12958	16622	1282.8	12860	13820	1074.7
CAJATAMBO	866	1057	1,220.6	843	993	1177.9	818	948	1158.9
HUAJURA	18284	23246	1,271.4	18167	22335	1229.4	18056	18904	1047.0
OYON	2372	2382	1,004.2	2360	2181	924.2	2349	2145	913.2
HUARAL	16572	26076	1,573.5	16672	24278	1456.2	16675	15983	958.5
CAÑETE	22613	35705	1,579.0	22612	34564	1528.6	22636	32345	1428.9
YAUYOS	2498	2846	1,139.3	2439	2835	1162.4	2695	2795	1037.1
CANTA	1404	3829	2,727.2	1401	3763	2685.9	1396	4155	2976.4
HUAROCHIRI	7448	13150	1,765.6	7401	13864	1873.3	7370	10915	1481.0
<b>REGIÓN LIMA</b>	<b>85126</b>	<b>126336</b>	<b>1,484.1</b>	<b>84853</b>	<b>121435</b>	<b>1431.1</b>	<b>84855</b>	<b>102010</b>	<b>1202.2</b>

**Incidencia Acumulada de casos de Infección Respiratoria Aguda, años 2012-2014<sup>27</sup>.**

FUENTE: HISDEIT.DIRESA LIMA

## 2.1.10. Enfermedades Diarreicas Agudas.

La tasa de incidencia acumulada de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en niños menores de 5 años del año 2014 en la Región Lima es de 167.7 por mil cada 1000 niños menores de 5 años, siendo la provincia de Canta quien presenta la incidencia más elevada (323.1)

Entre los años 2013 y 2014 la tasa de incidencia regional ha disminuido de 177.6 a 167.7 x cada 1000 niños menores de 5 años.

<sup>27</sup> Dirección Regional de Salud.

Cuadro 18/.

Incidencia Acumulada de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas, años 2012-2014<sup>28</sup>.

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	POB. < 5 AÑOS	CASOS	TASA	POB. < 5 AÑOS	CASOS	TASA	POB. < 5 AÑOS	CASOS	TASA
BARRANCA	13069	2547	194.9	12958	1803	139.1	12860	1742	135.5
CAJATAMBO	866	288	332.6	843	198	234.9	818	157	191.9
HUAURA	18284	2128	116.4	18167	2292	126.2	18056	2785	154.2
OYON	2372	410	172.8	2360	346	146.6	2349	315	134.1
HUARAL	16572	3673	221.6	16672	3180	190.7	16675	2594	155.6
CAÑETE	22613	3727	164.8	22612	4093	181.0	22636	3793	167.6
YAUYOS	2498	629	251.8	2439	630	258.3	2695	534	198.1
CANTA	1404	621	442.3	1401	519	370.4	1396	451	323.1
HUAROCHIRI	7448	1435	192.7	7401	2006	271.0	7370	1858	252.1
<b>REGION LIMA</b>	<b>76274</b>	<b>13402</b>	<b>175.7</b>	<b>84853</b>	<b>15067</b>	<b>177.6</b>	<b>84855</b>	<b>14229</b>	<b>167.7</b>

FUENTE: HISDEIT-DIRESA LIMA

**2.1.11. Inmunización.**

El año 2014 la Región Lima alcanzó solo el 80.6% de niñas y niños menores de 5 años con vacuna completa, 1.2 puntos porcentuales menos al año 2013, siendo el mismo comportamiento en 6 de las 9 provincias que constituyen la región. Entiéndase por niño < 5 años con vacuna completa a todo niños que ha logrado completar el esquema de vacunación correspondiente.

En los grupos de menor de 1 año, 1 año y 4 años implica haber logrado completar todo el esquema de vacunas que les corresponde, es decir haber recibido un total 20 dosis entre 8 vacunas.

Cuadro 18/.

Porcentaje de niños menores de cinco años con vacunas completas, años 2012-2014<sup>29</sup>.

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	META < 5 AÑOS	VACUNADOS	%	META < 5 AÑOS	VACUNADOS	%	META < 5 AÑOS	VACUNADOS	%
BARRANCA	10678	9448	88.5	8164	6697	82.0	8106	6007	74.1
CAJATAMBO	701	663	94.6	524	385	73.5	508	268	52.8
CANTA	1148	1153	100.4	884	827	93.6	882	696	78.9
CAÑETE	18306	15376	84.0	14044	12408	88.4	14026	11858	84.5
HUARAL	13482	12393	91.9	10421	8249	79.2	10429	8740	83.8
HUAROCHIRI	6075	4675	77.0	4647	3343	71.9	4631	2969	64.1
HUAURA	14913	13238	88.8	11420	9608	84.1	11358	10236	90.1
OYON	1933	1774	91.8	1483	941	63.5	1476	1178	79.8
YAUYOS	1995	1633	81.9	1484	932	62.8	1648	840	51.0
<b>DIRESA LIMA</b>	<b>69231</b>	<b>60353</b>	<b>87.2</b>	<b>53071</b>	<b>43390</b>	<b>81.8</b>	<b>53064</b>	<b>42792</b>	<b>80.6</b>

FUENTE: HIS-DEIT-DIRESA LIMA

<sup>28</sup> Dirección Regional de Salud.<sup>29</sup> Dirección Regional de Salud.

### 2.1.12. Anemia.

La anemia, actualmente en el Perú está considerada como problema de salud pública. Por ello se hace necesario impulsar el desarrollo de intervenciones sanitarias efectivas.

La proporción de niñas y niños menores de 5 años con anemia es de 43.2% para el año 2014, 5.6 puntos porcentuales más que el año 2013. Siendo la provincia de Canta quien reporta la proporción más elevada (66.7%).

El incremento responde a que existe mayor número de Establecimiento de Salud (EESS) que pueden realizar el tamizaje de anemia, a mayor búsqueda mayor reporte de casos.

**Cuadro 19/.**

#### **Proporción de niños menores de 5 años con diagnóstico de Anemia, años 2012-2014<sup>30</sup>.**

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	EVALUADOS	CASOS	%	EVALUADOS	CASOS	%	EVALUADOS	CASOS	%
BARRANCA	1233	647	52.5	2038	953	46.8	3258	1297	39.8
CAJATAMBO	47	31	66.0	274	80	29.2	231	149	64.5
HUAURA	814	320	39.3	1388	496	35.7	2179	813	37.3
OYON	140	29	20.7	125	20	16.0	392	244	62.2
HUARAL	1185	463	39.1	1709	666	39.0	3589	1428	39.8
CAÑETE	812	396	48.8	788	299	37.9	5049	2279	45.1
YAUYOS	77	52	67.5	365	84	23.0	868	492	56.7
CANTA	147	26	17.7	186	44	23.7	186	124	66.7
HUAROCHIRI	280	32	11.4	1066	344	32.3	1143	475	41.6
<b>REGION LIMA</b>	<b>4735</b>	<b>1996</b>	<b>42.2</b>	<b>7939</b>	<b>2986</b>	<b>37.6</b>	<b>16895</b>	<b>7301</b>	<b>43.2</b>

**FUENTE: SIENDEIT-DIRES LIMA**

### 2.1.13. Lactancia materna exclusiva.

La leche humana (LME), durante los 6 primeros meses de vida del niño menor de un año, debe ser exclusiva, es decir no debe recibir ningún otro tipo de alimento o bebidas.

Para el año 2014, sólo el 58,7% de menores recibieron leche materna de manera exclusiva, siendo la provincia de Barranca que presenta la proporción más elevada (70,3%) y la provincia de Oyón con la menor proporción (38,3%).

<sup>30</sup> Dirección Regional de Salud.

Una de las principales prácticas saludables para evitar la desnutrición crónica y prevenir la anemia es la lactancia materna, por ello se debe reorientar las acciones de promoción, protección y apoyo a ésta práctica más allá de lo realizado en cada EESS de manera **intramural**.

**Cuadro 20/.**

**Proporción de niños menores de 1 año con lactancia materna exclusiva, años 2012-2014<sup>31</sup>.**

PROVINCIAS	2012			2013			2014		
	POB. < 1 AÑO	LME	%	POB. < 1 AÑO	LME	%	POB. < 1 AÑO	LME	%
BARRANCA	2813	1732	61.6	2792	1822	65.3	2776	1952	70.3
CAJATAMBO	171	112	65.5	167	117	70.1	162	74	45.7
HUAURA	3882	2006	51.7	3863	1854	48.0	3848	2198	57.1
OYON	502	309	61.6	502	222	44.2	499	191	38.3
HUARAL	3442	2843	82.6	3459	2490	72.0	3467	2254	65.0
CAÑETE	4499	2219	49.3	4501	2541	56.5	4515	2201	48.7
YAUYOS	448	217	48.4	436	229	52.5	494	235	47.6
CANTA	305	210	68.9	305	228	74.8	305	186	61.0
HUAROCHIRI	1577	1079	68.4	1572	1121	71.3	1572	1069	68.0
<b>REGIÓN LIMA</b>	<b>17639</b>	<b>10727</b>	<b>60.8</b>	<b>17597</b>	<b>10624</b>	<b>60.4</b>	<b>17638</b>	<b>10360</b>	<b>58.7</b>

FUENTE: HIS. DEITDIRESA LIMA

### 2.1.14. Identidad.

A nivel nacional, 89.1% de niñas y niños de 0 a 3 años, 94.3% de 4 a 5 años y 92.5% de 6 a 14 años<sup>32</sup> tiene documento de identidad. En el departamento de Lima, 36.69% del total de la población carecía de dicho documento, especialmente en el área rural<sup>33</sup>.

Al mes de diciembre del 2013, 291, 916 menores de edad contaban con documento nacional de identidad, siendo las provincias costeras, como Cañete, Huaral, Huaura y Barranca, las que mayor número de menores de edad documentados cuenta en contraposición con las provincias de sierra como Cajatambo.

<sup>31</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>32</sup> [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/talleres/present2\\_reniec\\_092012.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/talleres/present2_reniec_092012.pdf)

<sup>33</sup> [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/9CB85613535A717905257C050060EC79/\\$FILE/plan-nacional-2011-2015.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9CB85613535A717905257C050060EC79/$FILE/plan-nacional-2011-2015.pdf)

Cuadro 20/.

**Población menos de edad con documento nacional de identidad, año 2015<sup>34</sup>.**

POBLACIÓN IDENTIFICADA CON DNI POR GRANDES GRUPOS DE EDAD Y SEXO, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA			
Lugar de Residencia	MENORES DE EDAD (DE 0 a 17 años)		
	Masculino	Femenino	Total
Barranca	23,563	23,086	46,649
Cajatambo	1,389	1,292	2,681
Canta	1,864	1,812	3,676
Cañete	39,562	38,186	77,748
Huara	29,543	28,070	57,613
Huarocharí	13,870	13,597	27,467
Huaura	34,105	32,635	66,740
Oyón	3,428	3,373	6,801
Yauyos	3,471	3,375	6,846

Fuente: Reniec / Junio 2015

**2.1.15. Menores de 2 años matriculados en instituciones educativas.**

En el periodo 2015, se encontraban matriculados 3.282 menores de 2 años. De ellos, 1,003 en instituciones educativa de Huara, mientras que 599 en Huarocharí. Siendo la tasa de matrícula para este grupo de edad de 7.01%. En cuanto a niños de 3 a 5 años, 42.954 se encontraban matriculados, especialmente en las provincias de Cañete y Huaura. Para este caso la tasa de matrícula asciende al 16.86%.

Cuadro 21/.

**Niños de 0 a 2 años matriculados (ciclo I), año 2015<sup>35</sup>.**

UGELs	Total	Gestión		Area		Sexo	
		Publico	Privada	Urbana	Rural	Masculino	Femenino
CAÑETE	167	151	16	153	14	91	76
HUAURA	965	706	259	895	70	519	446
HUARAL	1113	1062	51	757	356	539	574
CAJATAMBO	15	15	0	15	0	9	6
CANTA	221	221	0	75	146	105	116
YAUYOS	86	86	0	82	4	41	45
OYON	124	124	0	13	111	60	64
HUAROCHIRI	527	527	0	485	42	268	259
BARRANCA	64	64	0	36	28	41	23
<b>TOTAL</b>	<b>3282</b>	<b>2956</b>	<b>326</b>	<b>2511</b>	<b>771</b>	<b>1673</b>	<b>1609</b>

Fuente: DRELPE - Área de Estadística / Junio 2015

<sup>34</sup> Registro Nacional de Identidad e Identificación.<sup>35</sup> Dirección Regional de Educación

## 2.2. Niñez de 6 a 11 años.

### 2.2.1. Sobrepeso en niñas y niños de 6 a 11 años

Durante el año 2014, el 44.6% de los niños de 6 a 11 años acudió al menos 1 vez al año al Establecimiento de Salud (EES), de ellos el 9,7% presentó diagnóstico de sobrepeso. (ver cuadroXX)

**Cuadro**  
**Proporción de niños de 6 a 11 años atendidos en el EES por Redes de Salud.**  
**2013-2014. I Semestre 2015.**

RED DE SALUD	2013			2014			I SEM 2015		
	POBLACIÓN	ATENDIDOS	%	POBLACIÓN	ATENDIDOS	%	POBLACIÓN	ATENDIDOS	%
BARRANCA CAJATAMBO	16,872	9,183	54.4	16,738	7459	44.6	16,597	1145	6.9
HUAURA OYON	22,089	8,558	38.7	26,036	8654	33.2	25,891	5573	21.5
HUARAL	20,566	9,618	46.8	20,602	10250	49.8	20,618	5379	26.1
CANTA	1,652	1,238	74.9	1,648	936	56.8	1,640	1145	69.8
CHILCA MALA	8,749	4,323	49.4	8,792	4930	56.1	8,834	2730	30.9
CAÑETE YAUYOS	22,154	10,624	48.0	22,121	7316	33.1	22,069	3798	17.2
HUAROCHIRI	8,391	5,698	67.9	8,344	6981	83.7	7,026	3376	48.1
<b>DIRESA LIMA</b>	<b>100,473</b>	<b>49242</b>	<b>49.0</b>	<b>104,281</b>	<b>46526</b>	<b>44.6</b>	<b>102,675</b>	<b>23146</b>	<b>22.5</b>

FUENTE: HIS. DIRESA LIMA.

**Cuadro**  
**Proporción de niños de 6 a 11 años evaluados con diagnóstico de sobrepeso,**  
**Años 2013-2014**

RED DE SALUD	2013			2014		
	ATENDIDOS	CASOS	%	ATENDIDOS	CASOS	%
BARRANCA CAJATAMBO	9,183	973	10.6	7459	413	5.5
HUAURA OYON	8,558	1042	12.2	8654	667	7.7
HUARAL	9,618	2035	21.2	10250	1681	16.4
CANTA	1,238	213	17.2	936	181	19.3
CHILCA MALA	4,323	269	6.2	4930	184	3.7
CAÑETE YAUYOS	10,624	672	6.3	7316	301	4.1
HUAROCHIRI	5,698	1172	20.6	6981	1082	15.5
<b>DIRESA LIMA</b>	<b>49,242</b>	<b>6376</b>	<b>12.9</b>	<b>46526</b>	<b>4509</b>	<b>9.7</b>

FUENTE: HIS-DEIT.DIRESA LIMA

En relación al año 2013, durante al año 2014 se ha disminuido la proporción de niños con diagnóstico de sobrepeso de 12.9 a 9.7%. Sin embargo la proporción se mantiene elevada en la provincia de Canta y Huaral.

La Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Niño y la Niña, establece 1 control de crecimiento y desarrollo anual y dependiendo de su diagnóstico este es citado nuevamente.

En el marco del convenio entre el sector salud y sector educación, es necesario establecer que la población estudiantil debe recibir evaluación del estado nutricional, y se debe velar porque éste cumpla con acceder a los EES para recibir el paquete de atención integral establecido.



## 2.2.2. Acceso a la educación primaria.

Para el período 2013, 95,390 niñas y niños de 6 a 11 fueron matriculados, de los cuales 73.159 niñas y niños (77%) pertenecen a las escuelas públicas. Siendo las provincias de Cañete y Huaura las de mayor número de alumnos. Si bien las estadística de alumnos que repiten algún grado en la primara han disminuido, el segundo grado de primaria sigue siendo el que presenta el mayor número de repitentes (5.2%), seguido del tercer grado (3.7%).

Este indicador es muy importante porque nos permite determinar la brecha de acceso a la educación en el nivel primaria, en ese sentido Cajatambo tiene 630 niños matriculados entre 6 y 11 años de una población de 1196 según el censo de población del 2007, siendo la brecha de 566 niñas y niños no matriculados en este nivel educativo.

**Cuadro 22/.**

**Niños de 6 a 11 años matriculados en la educación primaria, año 2013<sup>36</sup>.**

PRIMARIA	ALUMNOS	
	Público	Privado
CAÑETE - 08	18,152	6,113
HUAURA - 09	13,952	7,191
HUARAL 10	14,417	4,524
CAJATAMBO 11	630	0
CANTA12	1,333	0
YAUYS 13	3,064	0
OYON 14	2,718	56
HUARACHIRI 15	7,604	1,675
BARRANCA 16	11,289	2,672
<b>TOTAL</b>	<b>73,159</b>	<b>22,231</b>

**Cuadro 23/.**

**Porcentaje de repitencia en el nivel primario, año 2000 - 2014<sup>37</sup>.**

Lima Provincias	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Primaria 1°	4.3	2.7	2.8	...	2.6	3.1	2.5	2.3	1.9	2.0	2.1	1.7	1.4	1.0	0.0
Primaria 2°	12.7	12.0	11.1	...	10.5	9.1	9.0	9.2	7.9	7.3	6.7	6.3	5.1	5.2	4.8
Primaria 3°	8.5	8.1	8.4	...	8.0	6.5	7.0	7.1	6.2	6.0	4.8	4.5	3.6	3.7	3.2
Primaria 4°	7.3	6.3	6.3	...	6.4	5.0	6.1	6.0	5.2	4.9	4.3	4.0	2.7	2.7	2.2
Primaria 5°	6.5	5.5	4.3	...	4.5	3.9	4.7	4.8	4.6	4.5	3.4	3.3	2.3	2.3	1.8
Primaria 6°	2.8	2.8	2.6	...	2.4	2.4	2.5	2.9	2.7	2.6	2.4	1.9	1.0	1.2	1.0

Fuente: ESCALE- MINEDU (2000- 2013) / DRELP(2014)

<sup>36</sup> Dirección Regional de Educación

<sup>37</sup> Dirección Regional de Educación / MINEDU- ESCALE

### 2.2.3. Logros en comprensión lectora y matemática.

Al 2014, en cuanto a comprensión lectora el promedio de la región, asciende a 45.9%<sup>38</sup>, sin embargo muestra una brecha entre el sector rural y urbano. Respecto al razonamiento matemático, tenemos un promedio de 24,6%<sup>39</sup>.

**Cuadro 24/.**

**Logros en comprensión lectora en el nivel primario, año 2014<sup>40</sup>.**

RESULTADOS POR UGEL EN EL ÁREA DE COMPENSIÓN LECTORA	
UGEL	NIVEL 2
	%
UGEL 08 Cañete	42,5
UGEL 09 Huaura	19,3
UGEL 10 Huaral	44,0
UGEL 11 Cajatambo	42,6
UGEL 12 Canta	62,1
UGEL 13 Yauyos	28,9
UGEL 14 Oyón	44,9
UGEL 15 Huarochirí	24,2
UGEL 16 Barranca	47,3

Fuente: DRELP- Área de Estadística / Junio 2015

**Cuadro 25/.**

**Logros en comprensión matemática en el nivel primario, año 2014<sup>41</sup>.**

RESULTADOS POR UGEL EN EL ÁREA DE MATEMÁTICAS	
UGEL	NIVEL 2
	%
UGEL 08 Cañete	25,3
UGEL 09 Huaura	46,4
UGEL 10 Huaral	26,0
UGEL 11 Cajatambo	32,4
UGEL 12 Canta	66,5
UGEL 13 Yauyos	18,6
UGEL 14 Oyón	38,0
UGEL 15 Huarochirí	40,3
UGEL 16 Barranca	28,3

Fuente: DRELP- Área de Estadística / Junio 2015

<sup>38</sup> <http://umc.minedu.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/LIMA-PROVINCIAS.pdf>

<sup>39</sup> <http://umc.minedu.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/LIMA-PROVINCIAS.pdf>

<sup>40</sup> Dirección Regional de Educación

<sup>41</sup> Dirección Regional de Educación



## 2.2.4. Tasa de deserción acumulada.

La tasa de deserción acumulada para el nivel primaria en el rango de edad de siete a catorce años, asciende a 2.7% para el año 2011.

**Cuadro 26/.**

### **Deserción escolar acumulada de alumnos de primaria 7 a 14 años, año 2013<sup>42</sup>.**

<b>Tasa de deserción acumulada, primaria (% edades 7 - 14 con primaria incompleta)</b>				
Número de personas de un grupo de edades que no han terminado un nivel o etapa educativa y no se encuentran matriculados en ninguna institución educativa, expresado como porcentaje del número total de personas del grupo de edades que no han terminado ese nivel o etapa educativa.				
<b>Región Lima</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012*</b>	<b>2013</b>
<b>Provincias</b>	1.5	2.7	...	0.8
*No se encontraron datos				

Fuente: ESCALE / MINEDU Última actualización 25/06/2014

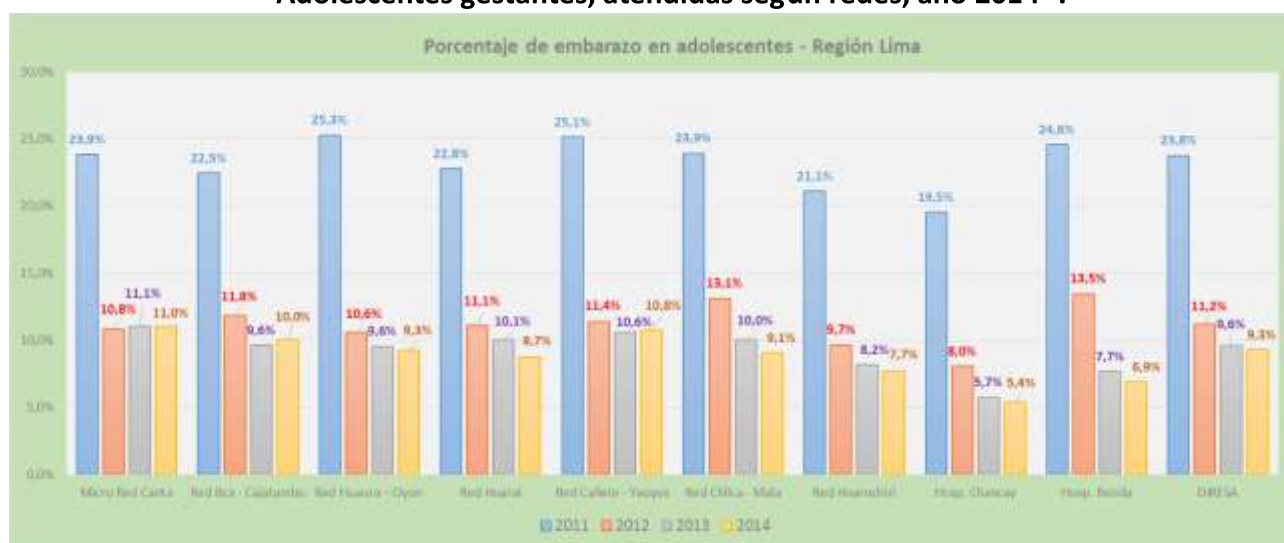
## 2.3. Adolescencia de 12 a 17 años.

### 2.3.1. Embarazo Adolescente.

En el Perú la prevalencia de embarazos en adolescentes es del 14.6% anual<sup>43</sup>, mientras que en Lima provincias es de 17.2%, en los últimos cuatro años se observa una disminución sostenida. Al 2014, se atendieron 1434 adolescentes embarazadas en las diversas provincias de la región, lo que representa el 9.3% del total de atenciones a gestantes y del total de atenciones a adolescentes en los establecimientos de salud el 7.2% fue por embarazo. En la Región Lima las redes de salud que reportan mayor cantidad de atenciones a gestantes adolescentes son la red Canta, Cañete Yauyos, Barranca Cajatambo, Huaura y Oyón.

**Grafico 5/.**

### **Adolescentes gestantes, atendidas según redes, año 2014<sup>44</sup>.**



Fuente: DAIS- DIRESA / Junio 2015

<sup>42</sup> Dirección Regional de Educación

<sup>43</sup> ENDES 2014

<sup>44</sup> Dirección Regional de Salud.

Cuadro 27/.

Adolescentes gestantes, atendidas según redes, año 2014<sup>45</sup>.

AÑO	INDICADOR	REDES/HOSPITALES									
		Micro Red Canta	Red Bca - Cajatambo	Red Huaura - Oyón	Red Huaral	Red Cañete - Yauyos	Red Chilca - Mala	Red Huarochiri	Hosp. Chancay	Hosp. Rezola	DIRESA
2011	Nº Gestantes Adolescentes	52	536	924	538	726	310	273	102	383	3844
	Nº Gestantes atendidas	218	2385	3655	2361	2888	1295	1292	522	1559	16175
	% de embarazo en adolescentes	23,9%	22,5%	25,3%	22,8%	25,1%	23,9%	21,1%	19,5%	24,6%	23,8%
2012	Nº Gestantes Adolescentes	25	287	352	247	334	191	132	47	99	1714
	Nº Gestantes atendidas	231	2432	3322	2228	2938	1455	1367	584	735	15292
	% de embarazo en adolescentes	10,8%	11,8%	10,6%	11,1%	11,4%	13,1%	9,7%	8,0%	13,5%	11,2%
2013	Nº Gestantes Adolescentes	25	246	350	237	324	140	126	34	20	1502
	Nº Gestantes atendidas	226	2554	3664	2358	3054	1396	1542	592	261	15647
	% de embarazo en adolescentes	11,1%	9,6%	9,6%	10,1%	10,6%	10,0%	8,2%	5,7%	7,7%	9,6%
2014	Nº Gestantes Adolescentes	24	238	348	214	329	122	122	29	8	1434
	Nº Gestantes atendidas	218	2376	3759	2449	3058	1344	1587	539	116	15446
	% de embarazo en adolescentes	11,0%	10,0%	9,3%	8,7%	10,8%	9,1%	7,7%	5,4%	6,9%	9,3%

## 2.3.2. Acceso a la educación secundaria.

Para el período 2013, 71,765 adolescentes varones y mujeres de 12 a 17 años de edad fueron matriculados, de los cuales 56.520 (79%) pertenecen a las escuelas públicas. Siendo las provincias de Cañete y Huaura las de mayor número de alumnos matriculados. Evidenciándose también que los grados con mayor número de alumnos que repiten son primero (5.4%) y segundo de secundaria (4.7%).

Cuadro 29/.

Adolescentes de 12-17 años con acceso a la educación secundaria, año 2013<sup>46</sup>.

SECUNDARIA	ALUMNOS	
	Público	Privado
CAÑETE - 08	15,472	3,533
HUAURA - 09	12,250	5,168
HUARAL 10	8,233	3,300
CAJATAMBO 11	816	0
CANTA 12	993	0
YAUYOS 13	2,236	0
OYON 14	1,909	32
HUAROCHIRI 15	4,817	1,295
BARRANCA 16	9,794	1,917
<b>TOTAL</b>	<b>56,520</b>	<b>15,245</b>

<sup>45</sup> Dirección Regional de Educación<sup>46</sup> Dirección Regional de Educación

Cuadro 30/.

Porcentaje de repitencia en la educación secundaria, año 2013<sup>47</sup>.

Lima Provincias	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Secundaria 1°	3.9	5.7	4.0	.....	3.0	4.8	4.5	3.2	3.1	4.4	6.5	5.6	4.5	5.4	4.9
Secundaria 2°	6.2	5.3	5.9	...	5.8	5.4	6.4	6.5	6.5	6.1	7.6	6.1	4.6	4.7	4.4
Secundaria 3°	4.8	4.4	4.4	.....	4.9	5.6	5.2	5.9	5.6	4.8	6.4	5.0	3.6	3.5	3.4
Secundaria 4°	2.8	2.8	3.1	...	2.9	4.3	4.5	5.0	4.7	4.0	5.2	4.1	2.9	2.6	2.5
Secundaria 5°	2.0	1.8	2.5	...	1.7	2.8	3.2	3.7	2.8	2.5	3.0	2.2	1.1	1.2	1.1

Fuente: ESCALE- MINEDU (2000- 2013 ) / DREL P (2014)

## 2.3.3. Consumo de drogas legales e ilegales.

El 46.4% de adolescentes han consumido una droga legal o ilegal, según la información de la DIRESA en el periodo 2013. Siendo la Red Chilca – Mala la que reporta el mayor número de casos (60.4%) y la Red Huara – Oyon (20%) la de menor número.

Cuadro 31/.

Consumo de drogas legales e ilegales, años 2011-2014<sup>48</sup>.

Fuente: DAIS- DIRESA / Junio 2015

AÑO	INDICADOR	REDES/HOSPITALES									
		Micro Red Canta	Red Bca - Caiat	Red Huaura - Oyon	Red Huaral	Red Cañete - Yauyos	Red Chilca - Mala	Red Huarochiri	Hosp. Chancay	Hosp. Rezoña	DIRESA
2011	N° de Adolescentes Positivos	2	15	18	7	1	4	5	6	2	60
	N° de Adolescentes tamizados para el consumo de drogas	9	31	23	13	4	12	11	12	7	122
	% Adolescentes con consumo de drogas	22.2%	48.4%	78.3%	53.8%	25.0%	33.3%	45.5%	50.0%	28.6%	49.2%
2012	N° de Adolescentes Positivos	4	93	23	52	42	9	8	61	20	312
	N° de Adolescentes tamizados para el consumo de drogas	5	97	44	74	58	24	29	130	79	540
	% Adolescentes con consumo de drogas	80.0%	95.9%	52.3%	70.3%	72.4%	37.5%	27.6%	46.9%	25.3%	57.8%
2013	N° de Adolescentes Positivos	10	17	2	44	14	64	13	25	6	195
	N° de Adolescentes tamizados para el consumo de drogas	19	42	10	89	28	106	38	68	20	420
	% Adolescentes con consumo de drogas	52.6%	40.5%	20.0%	49.4%	50.0%	60.4%	34.2%	36.8%	30.0%	46.4%

AÑO	INDICADOR	REDES/HOSPITALES							
		Micro Red Canta	Red Bca - Caiat	Red Huaura - Oyon	Red Huaral	Red Cañete - Yauyos	Red Chilca - Mala	Hosp. Chancay	DIRESA
2014	N° de Adolescentes Positivos	0	6420	13640	0	0	15680	0	35740
	N° de Adolescentes tamizados para el consumo de drogas	0	2396	1443	0	0	5056	0	8395
	% de Adolescentes con consumo de drogas	0	37.32%	10.57%	0	0	32.24%	0	24.89%

<sup>47</sup> Dirección Regional de Educación / MINEDU- ESCALE<sup>48</sup> Dirección Regional de Salud.

### 2.3.4. Violencia familiar y sexual.

Al mes de noviembre del 2013, el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual reportó 575 casos de violencia familiar y 122 de violencia sexual, en ambos casos mayoritariamente en perjuicio de mujeres. Respecto a las provincias, Huaral (278) y Cañete (202) son las que reportan el mayor número de casos.

**Cuadro 32/.**

**Personas afectadas por violencia familiar y sexual atendidas por el PNCVFS, tipo de violencia, grupo de edad, sexo de la víctima y Centro de Emergencia Mujer, año 2014<sup>49</sup>.**

N°	DPTO	CEM	Violencia Familiar		Violencia Sexual		Total
			0 - 17 años		0 - 17 años		
			Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
1	Lima	Barranca	17	16	5	2	40
2	Lima	Canta	1	1	5	0	7
3	Lima	Huacho	56	37	19	3	115
4	Lima	Huaral	173	135	19	0	327
5	Lima	Huachirí	22	27	19	9	77
6	Lima	Imperial	96	71	35	3	205
7	Lima	Oyón	11	7	3	0	21
8	Lima	Yauyos	14	10	9	0	33

**Fuente:** Ministerio de Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Base estadística 2014.

### 2.3.5. ITS, VIH/SIDA.

De acuerdo a información de la DIRESA, en el 2014, se atendieron a 35.258 adolescentes, resultando con diagnóstico de ITS un total de 965 adolescentes.

En cuanto al VIH del periodo 1,991 – 2014, se han acumulado 45 casos de VIH y 3 casos de Sida. Siendo los lugares con mayor prevalencia:

Provincia de Huaura: Distrito de Huacho, Carquín, Hualmay, Santa María.

Provincia de Cañete: Imperial, Nuevo Imperial, Mala, Quilmaná, San Vicente.

Provincia de Huaral: Huaral, Chancay, Aucallama.

Provincia de Barranca: Barranca, Pativilca, Paramonga.

<sup>49</sup> Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual.

**Cuadro 33/.**

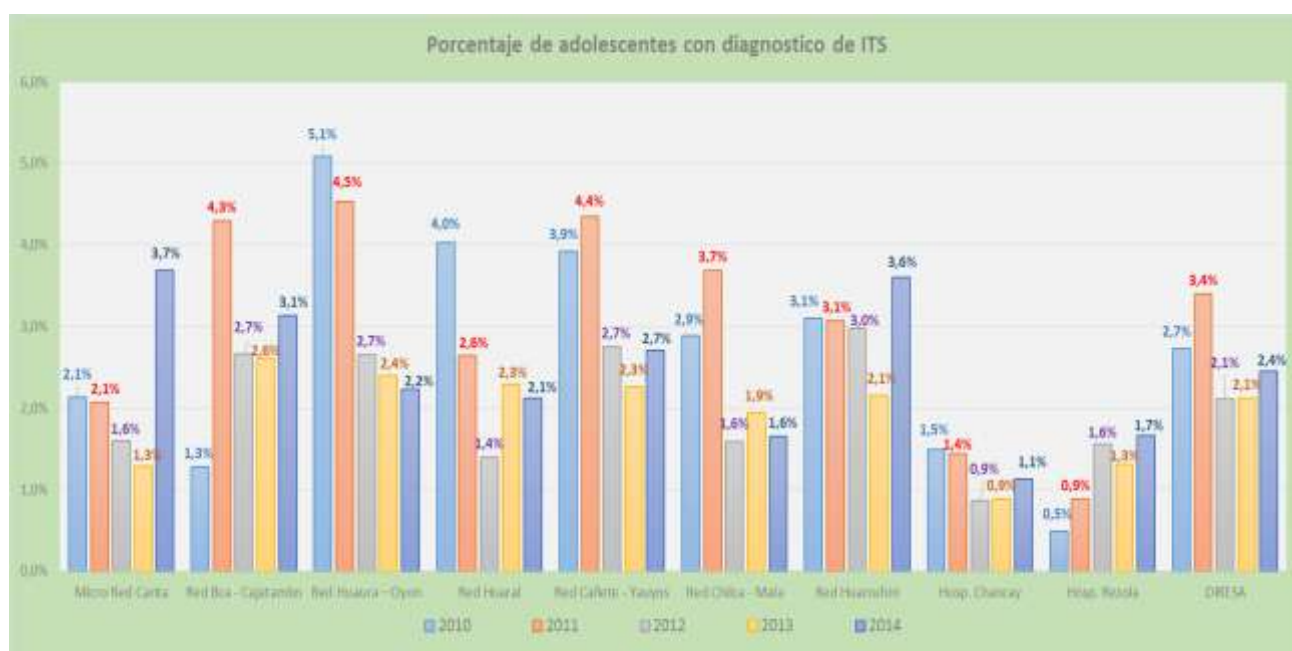
**Adolescentes con diagnóstico de ITS según redes, años 2010- 2014<sup>50</sup>.**

AÑO	INDICADOR	REDES/HOSPITALES									
		Micro Red Canta	Red Bca - Cajatambo	Red Huaura - Oyon	Red Huaral	Red Cañete - Yauyos	Red Chilca - Mala	Red Huachirí	Hosp. Chancay	Hosp. Rezola	DIRESA
2010	Nº de adolescentes con diagnóstico de ITS	11	108	186	133	111	55	57	19	7	687
	Nº de adolescentes atendidos	516	8441	3662	3304	2832	1902	1840	1272	1445	25214
	% Adolescentes con ITS	2,1%	1,3%	5,1%	4,0%	3,9%	2,9%	3,1%	1,5%	0,5%	2,7%
2011	Nº de adolescentes con diagnóstico de ITS	20	178	241	168	208	96	90	28	14	1043
	Nº de adolescentes atendidos	966	4141	5317	6370	4781	2601	2932	1954	1593	30655
	% Adolescentes con ITS	2,1%	4,3%	4,5%	2,6%	4,4%	3,7%	3,1%	1,4%	0,9%	3,4%
2012	Nº de adolescentes con diagnóstico de ITS	34	184	239	138	188	98	136	30	38	1085
	Nº de adolescentes atendidos	2129	6916	8999	9895	6851	6157	4567	3482	2442	51438
	% Adolescentes con ITS	1,6%	2,7%	2,7%	1,4%	2,7%	1,6%	3,0%	0,9%	1,6%	2,1%
2013	Nº de adolescentes con diagnóstico de ITS	25	200	260	171	161	66	106	36	30	1055
	Nº de adolescentes atendidos	1946	7674	10825	7475	7128	3413	4936	4067	2284	49748
	% Adolescentes con ITS	1,3%	2,6%	2,4%	2,3%	2,3%	1,9%	2,1%	0,9%	1,3%	2,1%
2014	Nº de adolescentes con diagnóstico de ITS	25	210	255	122	142	53	114	21	23	965
	Nº de adolescentes atendidos	679	6693	11442	5766	5253	3213	3163	1863	1382	39454
	% Adolescentes con ITS	3,7%	3,1%	2,2%	2,1%	2,7%	1,6%	3,6%	1,1%	1,7%	2,4%

Fuente: DAIS - DIRESA / Junio 2015

**Gráfico 6/.**

**Adolescentes con diagnóstico de ITS según redes, años 2010- 2014**

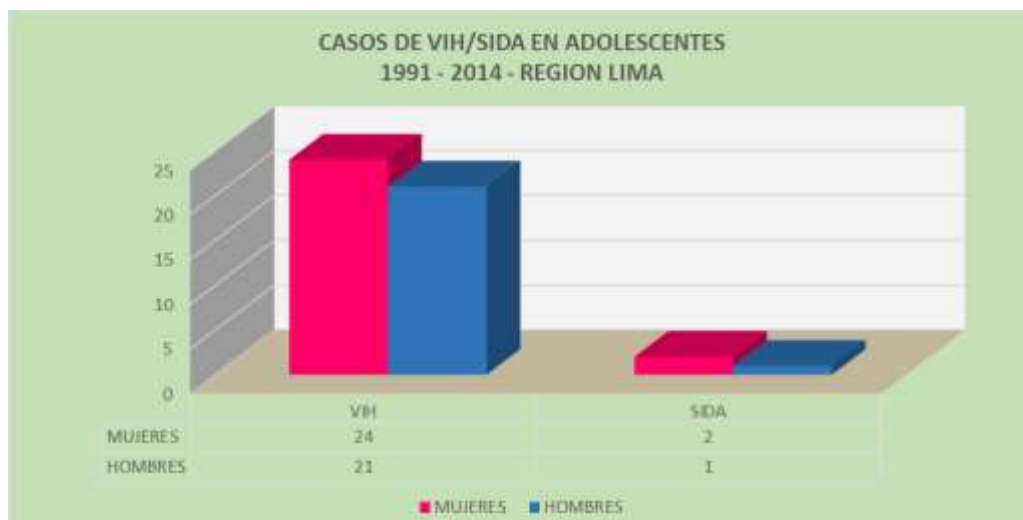


Fuente: DAIS - DIRESA / Junio 2015

<sup>50</sup> Dirección Regional de Salud.

Gráfico 7/.

Casos de adolescentes con infección VIH/SIDA, según sexo, periodo 1991- 2013<sup>51</sup>.

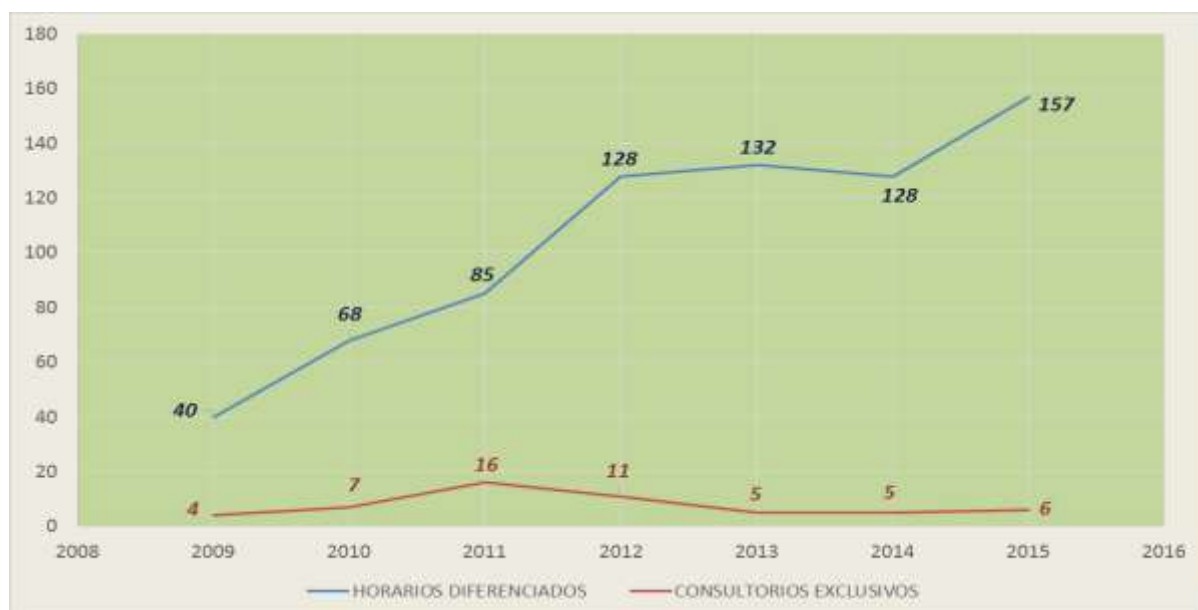


Fuente: DAIS- DIRESA / Junio 2015

En la Región Lima desde el año 2009 se viene impulsando la implementación de servicios diferenciados para brindar atención integral al adolescente, se inició con 40 Establecimientos de Salud con horario diferenciado y 4 consultorios exclusivos y en el marco de la normatividad vigente se cuenta al I trimestre del 2015 con 157 Establecimientos de Salud con horario diferenciado y 6 consultorios exclusivos.

Gráfico 34/.

Implementación de servicios para la Atención Integral a adolescentes en Establecimientos de Salud - Región Lima 2009 al 2015



<sup>51</sup> Dirección Regional de Salud.



**Cuadro 34/.**  
**Servicios para la atención integral del adolescente**  
**por Red/Hospital - 2015**

TIPO DE SERVICIO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	RED / HOSPITAL									TOTAL
	BARRANCA CAJATAMBO	HUAURA OYON	HUARAL CHANCAY	CHANCAY	CANTA	HUAROCHIRI	CHILCA MALA	CAÑETE YAUYOS	REZOLA	
HORARIOS DIFERENCIADOS	6	15	51	1	18	36	17	12	1	157
CONSULTORIOS EXCLUSIVOS	1	3	0	0	0	1	1	0	0	6
SERVICIOS ESPECIALIZADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE DESARROLLO JUVENIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL DE SERVICIOS POR RED</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>163</b>

Fuente: DAIS- DIRESA / Junio 2015

### 2.3.6. Infracciones a la ley penal.

Al año 2013, se recibieron 596 denuncias en fiscalía provinciales de familia y mixtas de Cañete (234) y Huara (362), respecto a infracciones penales por parte de adolescentes. 43 adolescentes fueron atendidos en los servicios de orientación como alternativa de trabajo en medio abierto con infractores a la ley penal.

En el año 2013 se recibieron un total de 596 denuncias en la fiscalía provinciales de familia y mixtas, en el distrito de Cañete (234) y Huara (362); por otra lado en respecto a infracciones penales por parte de adolescentes son 43 atendidos en los servicios de orientación como alternativa de trabajo en medio abierto con infractores a la ley penal.

**Gráfico 34/.**  
**Denuncias por infracciones a la ley penal, distritos fiscales 2013<sup>52</sup>.**

DENUNCIAS POR INFRACCIÓN A LA LEY PENAL INGRESADAS EN FISCALÍAS PROVINCIALES DE FAMILIA Y MIXTAS SEGÚN DISTRITO FISCAL 2013		
DISTRITO FISCAL	TOTAL	%
CAÑETE	234	39.26%
HUAURA	362	60.74%
<b>TOTAL</b>	<b>596</b>	<b>100.00%</b>

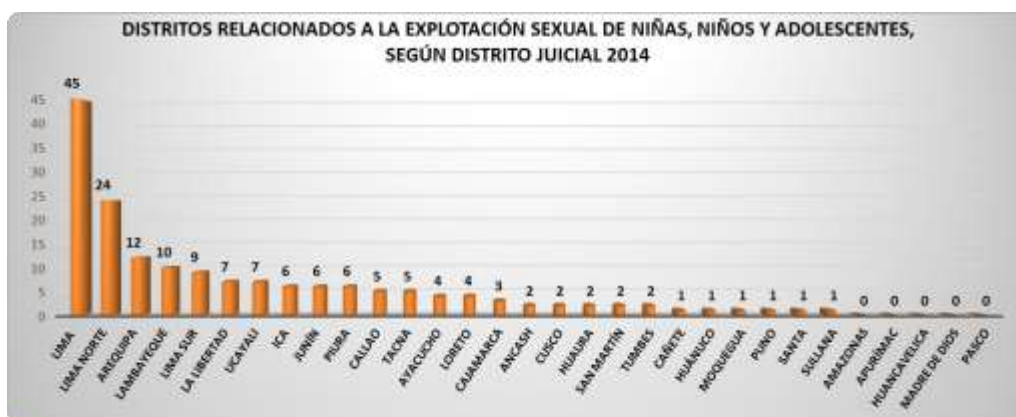
<sup>52</sup> Ministerio Público.

Gráfico 35/.

Adolescentes atendidos por el Servicio de Orientación al Adolescente, según provincia 2013-2014<sup>53</sup>.

PROVINCIAS	Nº de Adolescentes Atendidos	%
Barranca	8	18.60%
Huaura	22	51.16%
Huaral	12	27.91%
Cajatambo	1	2.33%
TOTAL	43	100.00%

### 2.3.7. EXPLOTACION SEXUAL EN LAS Y LOS ADOLESCENTES



En el año 2014, el Ministerio Público registró 169 denuncias de delitos conexos a la explotación sexual, de los cuales 82 son delitos de favorecimiento a la prostitución de menores de edad; 10 de proxenetismo de menores de 18 años y 77 denuncias por pornografía infantil. Lima es el distrito fiscal que tiene el mayor número de denuncias (45), seguido de Lima Norte (24) y Arequipa (12).

El distrito fiscal Huaura, registró 2 denuncias y Cañete una denuncia.

### 2.3.8. NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTE VICTIMAS DE TRATA DE PERSONAS



Fuente: Registro de denuncia en el Sistema de Registro y Estadística del Delito de Trata de Personas y Afine – RETA. MININTER

<sup>53</sup> Ministerio Público.



Según el Informe del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, en la provincia de Huaura en el año 2014, se registraron 20 casos de trata de personas, mientras que en la provincia de Cañete 7 casos.

<b>CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL - CAR REGIÓN LIMA</b>			
<b>N°</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CAR</b>
1	<b>CAÑETE</b>	<b>CHILCA</b>	CASA VERÓNICA
2			ESPERANZA DE ANA
3			VILLA INFANTIL FEDERICO OZANAM
4		<b>SAN VICENTE DE CAÑETE</b>	CASA HOGAR NUESTROS PEQUEÑOS HERMANOS (ASOCIACIÓN NUESTROS PEQUEÑOS HERMANOS - NPH)
5			CASA HOGAR SANTA ANA
6	<b>HUAROCHIRÍ</b>	<b>RICARDO PALMA</b>	ALDEA INFANTIL SOS RIO HONDO
7			ALDEAS INFANTILES SOSEPERANZA
8		<b>SAN ANTONIO DE JICAMARCA</b>	HOPE HOUSE PROGRAMA GIRASOLES
9	<b>HUAURA</b>	<b>HUACHO</b>	CAR VIRGEN DEL CARMEN CASA NIÑAS – SOC. BENEF. PÚBLICA DE HUACHO
10			CAR DE NIÑOS VIRGEN DEL CARMEN – SOC. BENEF. PÚBLICA DE HUACHO
11		<b>SAYÁN</b>	HOGAR GRANJA DE SAN ANDRÉS - FUNDACIÓN ACHALAY

Fuente: Base Datos-DPNN/MIMP

## Visión y Misión.

### **VISIÓN**

“Al 2021 las niñas, niños y adolescentes de la Región Lima acceden a mejores oportunidades y servicios de salud, educación y protección integral, con calidad, creciendo en un ambiente familiar, escolar y comunal saludable, seguro y libre de violencia con la participación de la familia, Estado y comunidad, que les permita mejorar su calidad de vida”.

### **MISIÓN**

El Gobierno Regional de Lima, trabaja articuladamente con los gobiernos provinciales y locales, las instituciones públicas y privadas, familias y sociedad civil, garantizando el crecimiento y desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes permitiéndoles ejercer plenamente sus derechos.

# III. Objetivos Estratégicos, Resultados Esperados, Metas e Indicadores

## 3.1. Objetivos estratégicos y resultados.

<p><b><u>VISIÓN</u></b></p> <p>“Al 2021 las niñas, niños y adolescentes de la Región Lima acceden a mejores oportunidades y servicios de salud, educación y protección integral, con calidad, creciendo en un ambiente familiar, escolar y comunal saludable, seguro y libre de violencia con la participación de la familia, Estado y comunidad, que les permita mejorar su calidad de vida”.</p>	<p><b><u>MISIÓN</u></b></p> <p>El Gobierno Regional de Lima, trabaja articuladamente con los gobiernos provinciales y locales, las instituciones públicas y privadas, familias y sociedad civil, garantizando el crecimiento y desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes permitiéndoles ejercer plenamente sus derechos.</p>
--	---

<p><b><u>OBJETIVOS ESTRATEGICOS</u></b></p>
---

<p><b>1</b></p> <p>Asegurar el crecimiento y desarrollo integral de las niñas y niños de 0 a 5 años de edad con enfoque intercultural.</p>
--

<p><b><u>RESULTADOS ESPERADOS 2021</u></b></p>
--

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral de calidad durante la gestación, el parto y puerperio, con respeto de su cultura.</li> <li>2. Niñas y niños de 0 a 5 años con un estado adecuado de salud y acceso oportuno a una atención integral de calidad, priorizando poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.</li> <li>3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad acceden oportunamente a programas de cuidado infantil temprano.</li> <li>4. Niñas y niños de 3 a 5 años con acceso universal a una Educación Inicial de calidad, oportuna, intercultural e inclusiva.</li> </ol>
---

<p><b>2</b></p> <p>Asegurar la continuidad de las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque intercultural.</p>
---

<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Niñas y niños acceden y concluyen en edad oportuna la educación primaria, inclusiva, intercultural y de calidad.</li> <li>6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con estado nutricional adecuado.</li> <li>7. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad logran competencias de comprensión lectora y razonamiento matemático.</li> <li>8. Niñas y niños se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.</li> </ol>
---

## 3

Consolidar las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

9. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.
10. Las y los adolescentes con menor incidencia de ITS, VIH y SIDA.
11. Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad oportuna la educación secundaria, intercultural, inclusiva, de calidad, con cultura ambiental y libre de violencia.
12. Las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.
13. Las y los adolescentes disminuyen el consumo drogas legales e ilegales.
14. Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.
15. Las y los adolescentes no son objetos de la Explotación Sexual.

## 4

Garantizar la protección del ejercicio pleno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

16. Niñas y niños con acceso universal a su derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.
17. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad cuentan con una atención oportuna en salud y educación.
18. Niñas, niñas y adolescentes protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral y mendicidad).
19. Niñas, niños y adolescentes con menor incidencia de casos de violencia sexual.
20. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.
21. Niñas, niños y adolescentes con participación protagónica en espacios de concertación y en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas, regionales y locales.

#### 4.2. Metas e indicadores.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR
<p>1</p> <p>Asegurar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad con enfoque intercultural.</p>	<p>1. Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral de calidad durante la gestación, el parto y puerperio, con respeto de su cultura.</p>	<p>Reducir a 32,9 el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.</p>	<p>Número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos según provincias</p> <p>Tasa de mortalidad neonatal según provincias</p>
	<p>2. Niñas y niños de 0 a 5 años con un estado adecuado de salud y acceso oportuno a una atención integral de calidad, priorizando poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.</p>	<p>Disminuir a 3% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años</p>	<p>Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad según provincia y distritos.</p> <p>% de niñas y niños menores de 5 años con anemia según provincia y distritos.</p> <p>% de niñas y niños menores de 5 años con vacunas completas según provincia y distritos.</p>
	<p>3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad acceden oportunamente a programas de cuidado infantil temprano.</p>	<p>20% de acceso de niños de 0 a 2 años a programas de cuidado infantil temprano</p>	<p>Tasa de cobertura de niños y niñas de 0 a 2 años que asisten a programas de cuidado infantil según provincia</p>
	<p>4. Niñas y niños de 3 a 5 años con acceso universal a una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural e inclusiva.</p>	<p>100% de niñas y niños de 3 a 5 años acceden a la educación inicial</p>	<p>Tasa de cobertura total por grupo de edades 3 a 5 años de edad, según provincia y distritos.</p>
	<p>5. Niñas y niños acceden y concluyen en edad oportuna la educación primaria, inclusiva, intercultural y de calidad.</p>	<p>100% de niñas y niños concluyen la educación primaria en edad normativa</p>	<p>Tasa de conclusión en educación primaria por grado, según provincia y distritos</p>
	<p>6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con estado nutricional adecuado.</p>	<p>Reducir en un 60% el sobre peso en niñas y niños.</p>	<p>Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños, según provincia.</p>
<p>2</p> <p>Asegurar la continuidad de las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las niñas y</p>			

niños de 6 a 11 años de edad con enfoque intercultural.	7. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad logran competencias de comprensión lectora y razonamiento matemático.	El 80 % de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos. El 41 % niñas y niños que cursan el segundo grado alcanzan nivel suficiente en razonamiento matemático.	Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Comprensión Lectora provincia y distrito por grupo de edad y sexo.  Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Matemáticas provincia y distrito.
8	Niñas y niños se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.	Erradicar el trabajo de niñas y niños y adolescentes por debajo de la edad mínima.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima
9	Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.	Reducir a 5 % el embarazo adolescente.	Porcentaje de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, según provincia
Consolidar las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	10 Las y los adolescentes con menor incidencia de ITS, VIH y SIDA.	Reducir en 35% la incidencia de ITS, VIH SIDA en adolescentes.	N° de adolescentes con diagnóstico de ITS  N° casos identificados de VIH en adolescentes, según provincia.  N° adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita oportuna y continua.
	11 Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad oportuna la educación secundaria, intercultural, inclusiva, de calidad, con cultura ambiental y libre de violencia.	100 % de adolescente matriculados en edad normativa concluyen la educación secundaria	Tasa de conclusión en educación secundaria, según provincia y distrito.

	<p>12. Las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.</p>	<p>Erradicar el trabajo peligroso dentro de la edad mínima permitida</p>	<p>Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años retirados del trabajo peligroso.</p>
	<p>13. Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.</p>	<p>Disminuir en 5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar de secundaria</p>	<p>Prevalencia anual de consumo de drogas legales, ilegales y médicas según edad y año de estudio en estudiantes de educación secundaria.</p>
	<p>14. Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.</p>	<p>Reducir la tasa de adolescentes infractores a la ley penal.</p>	<p>Número de denuncias a adolescentes por infracción a la ley penal.  Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio cerrado.  Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio abierto.  Número de reincidencias de adolescentes en conflicto con la ley penal (diferenciado por programa de egreso: en medio cerrado y medio abierto).</p>
	<p>15. Las y los adolescentes no son objetos de la explotación sexual.</p>	<p>Reducir el número de adolescentes que son objetos de explotación sexual.</p>	<p>Número de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual.</p>
<p>4. Garantizar la protección del ejercicio pleno de los derechos de las niñas, niños y</p>	<p>16. Niñas y niños con acceso universal a su derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.</p>	<p>100% de niñas y niños que cuentan con documento nacional de identidad</p>	<p>Porcentaje de menores de edad que cuentan con DNI por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.</p>

adolescentes de 0 a 17 años de edad.	<p>17. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad cuentan con una atención oportuna en salud y educación.</p> <p>18. Niñas, niños y adolescentes protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral y mendicidad).</p> <p>19. Niñas, niños y adolescentes con menor incidencia de casos de violencia sexual.</p> <p>20. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.</p> <p>21. Niñas, niños y adolescentes con participación protagónica en espacios de concertación y en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas, regionales y locales.</p>	<p>Se incrementa en un 30 % las atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad, en relación a la línea de base</p> <p>Se incrementa en un 50% las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a educación de calidad.</p> <p>Disminuir el 75% el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata.</p> <p>Disminuye el 50% de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.</p> <p>Disminución en 50% los casos de violencia familiar de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>Disminución en 90% los casos de violencia escolar de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>En 100% de gobiernos locales y provinciales promueven la participación de niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>Número de atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad,</p> <p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a la educación formal.</p> <p>Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas por provincia por grupo de edad y sexo.</p> <p>Porcentaje de casos niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.</p> <p>Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de violencia familiar por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.</p> <p>Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de la violencia escolar por provincia, grupo de edad y sexo.</p> <p>Porcentaje de menores de edad con diagnóstico de depresión por provincia por grupo de edad y sexo.</p> <p>Número de gobiernos provinciales y locales que cuentan con consejos consultivos de niños que niñas, niños y adolescentes.</p> <p>Número de organizaciones de niñas, niños y adolescentes que participan en el espacio regional, provincial y local.</p>
--------------------------------------	--	--	---



### 4.3. Objetivos estratégicos, resultados, indicadores y estrategia.

#### OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 1

#### ASEGURAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

RESULTADOS ESPERADOS AL 2021
1. Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral de calidad durante la gestación, el parto y puerperio, con respeto de su cultura.
2. Niñas y niños de 0 a 5 años con un estado adecuado de salud y acceso oportuno a una atención integral de calidad, priorizando poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.
3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad acceden oportunamente a programas de cuidado infantil temprano.
4. Niñas y niños de 3 a 5 años con acceso universal a una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural e inclusiva.

#### Resultado Esperado 1

Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral de calidad durante la gestación, el parto y puerperio, con respeto de su cultura

#### **Justificación**

Para lograr que las madres gestantes tengan condiciones saludables y seguras de forma atención integral en un establecimiento de salud durante el embarazo, parto y puerperio es necesario tener una captación precoz del embarazo para la prevención de complicaciones obstétricas y perinatales, detección precoz de VIH – Sífilis, tener una atención integral con enfoque multidisciplinario.

A través del Control Prenatal y la participación activa de la familia se logrará que la gestante adolescente cumpla con sus atenciones prenatales, un parto institucional con adecuación cultural y un puerperio en prevención de complicaciones obstétricas, recibiendo una adecuada orientación y consejería en salud sexual y reproductiva para la prevención de la mortalidad materna y neonatal.

## **Meta**

Reducir a 32,9 el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.

### **Indicador 1.1**

Número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos según provincias

#### **Línea de base año 2013<sup>54</sup>**

49 muertes maternas por cien mil nacidos vivos  
82.10% de parto institucional.

### **Indicador 1.2**

Tasa de mortalidad neonatal según provincias.

#### **Línea de base año 2013<sup>55</sup>**

5.6 muertes neonatales por cien mil nacidos vivos  
4% de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programa Presupuestal: Salud materno neonatal.
- Incluir los temas de Salud Sexual y Reproductiva en el Plan Curricular de los Centros Educativos de Primaria y Secundaria, con enfoque preventivo dirigido a docentes y alumnos de la Región Lima.
- Fortalecer e implementar los programas de nutrición y alimentación para mujeres en edad fértil y madres gestantes, promoviendo la participación familiar y la comunidad priorizando el uso de productos originarios de la zona.
- Sensibilizar y comprometer a los actores sociales en acciones de información, educación y comunicación orientadas a la creación de conciencia ciudadana sobre la importancia de las etapas de gestación, parto, puerperio y período neonatal, a fin de que la población participe en el logro de la prevención del embarazo en adolescente.
- Promover la atención y prevención de todo tipo de violencia ejercida contra las mujeres adolescentes embarazadas, mejorando la atención y trabajo de calidad de esta formaincrementando la cobertura de los servicios e instituciones creadas para ello.
- Implementar y fomentar la participación multidisciplinaria de la captación oportuna en la comunidad o el colegio de gestante adolescente, para una atención prenatal precoz y la prevención de la transmisión vertical de VIH - Sífilis.
- Crear, Fortalecer e Implementar casas de espera con adecuación cultural cercana a los Establecimientos de Salud de mayor capacidad resolutive para las gestantes adolescentes que viven en poblaciones dispersas.

---

<sup>54</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>55</sup> Dirección Regional de Salud.

- Promover y Garantizar la suplementación con hierro y ácido fólico en las madres adolescentes gestantes realizando una vigilancia nutricional integral.
- Fortalecer y priorizar el Plan de Parto a través de las actividades preventivas extramurales, para la sensibilización de la madre adolescente, la pareja, la familia y la comunidad en la importancia del parto institucional.

### **Responsables**

Dirección Regional de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Salud,  
Gobiernos Locales, MCLCP

### **Resultado Esperado 2**

Niñas y niños de 0 a 5 años con un estado adecuado de salud y acceso oportuno a una atención integral de calidad, priorizando poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.

### **Justificación**

El desarrollo saludable de la niñez, es fundamental para asegurar el bienestar futuro de toda sociedad. La niñez, es considerada como un periodo del ciclo de vida del ser humano, esencial para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades.

Este período de la vida, está conformado por varias etapas secuenciales, cada una base para la siguiente, con las cuales se van logrando niveles de complejidad crecientes en los planos afectivo, comunicativo y cognitivo. Durante la gestación y los primeros 1000 días de vida el desarrollo cerebral es acelerado, por tanto uno de los órganos que más se afecta durante el proceso de la desnutrición es el cerebro.

En consecuencia la salud de la niñez es un tema fundamental. Por lo tanto los esfuerzos están destinados a disminuir la mortalidad infantil así como cualquier situación que ponga en riesgo el potencial humano en el desarrollo sostenible de todo país, como por ejemplo la desnutrición crónica y la anemia.

La desnutrición crónica y la anemia por deficiencia de hierro, cobra relevancia porque su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños.

Para ello es importante asegurar coberturas de vacunación masiva, coberturas de control de niño sano, aumento de cobertura de servicios básicos, promover la lactancia materna, lograr niños suplementados con multimicronutriente.

### **Meta**

Disminuir a 3% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años.

### **Indicador**

Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad según provincia y distritos.

% de niñas y niños menores de 5 años con anemia según provincia y distritos.

%de niñas y niños menores de 5 años con vacunas completas según provincia y distritos.

#### **Línea de base año 2014<sup>56</sup>**

10.4% niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica

43.2% de niñas y niños menores de 5 años con anemia

80.6 %de niñas y niños menores de 5 años con vacunas completas

### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programa Presupuestal: Programa articulado nutricional.
- Fortalecer las competencias del personal de salud sobre las intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- Implementar paquetes educativos sobre prevención de la desnutrición crónica y anemia (Nutriwawa) en organizaciones de base y todo escenario que reúna madres con niños < 3 años.
- Implementar plan educativo comunicacional regional sobre prevención desnutrición crónica y anemia dirigida a la población en general.
- Promover en los gobiernos locales, un sistema de control o seguimiento que permita que los niños menores de 5 años, beneficiarios del Programa Vaso de Leche presenten esquema completo de las intervenciones sanitarias efectivas para disminuir DCI y Anemia (Control CRED, Vacunación, Suplementación), a través de Ordenanza Municipal.
- Implementar desarrollo de sesiones demostrativas como actividades ordinarias en organizaciones de base y todo escenario que reúna madres con niños menores de 5 años (Programa Vaso de Leche, Cunamás, Comedores, Clubes), a través de Ordenanza Municipal.
- Implementar acciones sobre promoción, protección de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Fomentar la implementación de lactarios en empresas públicas y privadas.
- Promover en los gobiernos locales ordenanza municipal que establezca como prioridad la visita familiar integral, como parte de la oferta del establecimiento de salud de su jurisdicción.
- Fortalecer el funcionamiento de los Centros de Prevención y Vigilancia Comunal, con especial énfasis en los distritos priorizados para desnutrición crónica infantil (DCI) y anemia.
- Fomentar que las Universidades de la Región Lima promuevan la inclusión curricular de nutrición saludable teórico-práctico con proyección a la comunidad en las carreras formadoras de profesionales de la salud.

---

<sup>56</sup> Dirección Regional de Salud.

- Fomentar que la Dirección Regional de Salud genere Directiva Regional sobre un sistema de control para asegurar kioscos y loncheras saludables en la comunidad educativa.

### **Responsables**

Dirección Regional de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Salud, Gobiernos Locales, MCLCP

### **Resultado Esperado 3**

**Niñas y niños de 0 a 2 años de edad acceden oportunamente a programas de cuidado infantil temprano.**

### **Justificación**

La evidencia científica reciente ha documentado la importancia de invertir en los niños desde sus primeros años de vida, e incluso antes de su nacimiento. Esta inversión, tiene retornos económicos altos y evita que se profundicen las brechas en el desarrollo de los pueblos. Las políticas de desarrollo infantil integral promueven la igualdad de oportunidades desde el inicio de la vida.

El desarrollo infantil integral implica la sinergia de un conjunto de acciones que ponen al niño y a su familia en el centro, y que garantizan la atención de sus necesidades en el momento oportuno. Esto incluye la atención en ámbitos de salud, nutrición, estimulación temprana, educación y cuidado. Supone brindar servicios a niñas y niños pero, además, trabajar con sus familias y su comunidad. Esta sinergia presenta dos desafíos igualmente complejos: la necesidad de coordinación intersectorial y que el conjunto de intervenciones dirigidas a la primera infancia ocurra en forma oportuna, desde la concepción y durante los primeros días de vida de los niños.

### **Meta**

20% de acceso de niños de 0 a 2 años a programas de cuidado infantil temprano

### **Indicador**

Tasa de cobertura de niños y niñas de 0 a 2 años que asisten a programas de cuidado infantil según provincia

### **Línea de base año 2014**

Tasa de cobertura neta 0 a 2 años nacional 5.1% (2013) y 4.8% (2014); Región Lima 6.7% (2005).

No hay datos para los años 2013 y 2014<sup>57</sup>.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular; y b) Cuna más.

<sup>57</sup><http://escale.minedu.gob.pe/>

- Promover la creación y/o ampliación de instituciones educativas de educación inicial I ciclo: 0 a 2 años de edad.
- Desarrollar capacidades a profesores que atiendan a niños y niñas de 0 a 2 años de edad.
- Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia del cuidado infantil de niños y niñas de 0 a 2 años de edad.
- Implementar el Proyecto Educativo Regional PER Caral 2021 en el campo de la educación de niñas y niños de 0 a 2 años.
- Implementar la cobertura del Programa Nacional CUNAMAS.

**Responsables**

Dirección Regional de Educación, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Gobiernos Locales.

## **Resultado Esperado 4**

### **Niñas y niños de 3 a 5 años con acceso universal a una Educación Inicial de calidad, intercultural e inclusiva**

#### **Justificación**

La educación es un derecho fundamental de la persona. Le permite desarrollar competencias que le encaminan a desenvolverse adecuadamente en el ámbito personal, familiar y social, respetando los derechos y diferencias de los demás, contribuyendo a conservar el medioambiente y ser agente del cambio social para el logro de nuestro bienestar. En consecuencia, el Estado, a través de sus dependencias debe asegurar el acceso universal a una educación de calidad e intercultural e n niñas y niños de 3 a 5 años.

#### **Meta**

100% de niñas y niños de 3 a 5 años acceden a la educación inicial

#### **Indicador**

Tasa de cobertura total por grupo de edades 3 a 5 años de edad, según provincia y distritos.

#### **Línea de base año 2013**

Tasa de cobertura nacional 8.7% (2013), Región Lima Provincias 88.1% (2013)<sup>58</sup>.

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular; b) Logros de aprendizaje de la Educación Básica Regular.
- Creación de instituciones educativas de educación Inicial.
- Ampliación de nivel inicial en instituciones educativas que lo requieran.
- Difusión del marco normativo a toda la comunidad educativa sobre el ordenamiento e implementación de los servicios educativos del nivel inicial (docentes, padres y madres de familia, alumnas y alumnos)
- Incremento del número de plazas para docentes del nivel inicial.
- Fortalecer y desarrollar capacidades en docentes del nivel inicial en el marco del Proyecto Educativo Regional PERCaral 2021.
- Adecuar y/o habilitar la infraestructura y mobiliario educativo del nivel inicial.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local, Instituciones Educativas, Gobiernos Locales.

---

<sup>58</sup><http://escale.minedu.gob.pe/>

## OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 2

### ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES FAVORABLES ORIENTADAS AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

RESULTADOS ESPERADOS AL 2021
5. Niñas y niños acceden y concluyen en edad oportuna la educación primaria, inclusiva, intercultural y de calidad.
6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con estado nutricional adecuado.
7. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad logran competencias de comprensión lectora y razonamiento matemático.
8. Niñas y niños se encuentran protegido frente al trabajo infantil.

#### Resultado Esperado 5

**Niñas y niños acceden y concluyen en edad oportuna la educación primaria, inclusiva, intercultural y de calidad**

#### **Justificación**

Educación Primaria, es parte de la Educación Básica Regular, donde se desarrolla una enseñanza y aprendizaje desde el 1º a 6º grado, a todos los niños y niñas de 6 a 12 años. Brinda educación para el desarrollo de sus potencialidades, participando activamente en armonía con el medio donde se desenvuelven. En este nivel se garantiza a niñas y niños un desarrollo equilibrado en los aspectos biológico, psicológico, socio afectivo, ético, intelectual, cultural y ambiental, para el logro de su identidad personal y social; fundamentado en el respeto y la práctica de los derechos humanos, formándoles integralmente con calidad, solidaridad y sensibilidad humana, a fin de satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje para la vida.

#### **Meta**

100% de niñas y niños concluyen la educación primaria en edad normativa.

#### **Indicador**

Tasa de conclusión en educación primaria por grado, según provincia y distritos



### **Línea de base año 2013<sup>59</sup>**

No se cuenta con datos para la línea de base.

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular; b) Logros de aprendizaje de la Educación Básica Regular.
- Propiciar el desarrollo de una educación integral, en los aspectos de seguridad alimentaria y nutricional, higiene, medio ambiente y equidad de género.
- Contribuir al desarrollo de valores cívicos, sociales, morales y afectivos que permitan la formación de un ciudadano con pleno conocimiento de sus derechos y deberes.
- Las competencias y capacidades, tienen que diversificarse de acuerdo a la realidad del alumno, dentro de su entorno cultural, económico, educativo, etc.
- Involucrar a los padres de familia, la comunidad, la iglesia, los medios de comunicación, los gobiernos locales y regionales, en el desarrollo de la educación.
- Modernizar las instituciones educativas, en su infraestructura, biblioteca, laboratorios, centros de cómputo.
- Mayor capacitación a los profesores en lo que respecta las Rutas del Aprendizaje dentro del marco del Proyecto Educativo Regional Per Caral 2021.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local, Ministerio de Educación  
Gobiernos Locales, Instituciones Educativas

---

<sup>59</sup><http://www.drelp.gob.pe/>

## **Resultado Esperado 6**

**Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con estado nutricional adecuado.**

### **Justificación**

Es imprescindible para el desarrollo de niñas y niños, que tengan una adecuada nutrición y una dieta sana que le permita lograr el nivel más óptimo de desarrollo.

A lo largo de la niñez, adecuados hábitos dietéticos y la práctica de la actividad física pueden marcar la diferencia entre gozar de una vida sana o sufrir enfermedades en años posteriores, lo que genera secuelas en la salud de las personas y encarece los sistemas de seguridad social.

A lo largo del desarrollo del niño y adolescentes se necesitan nutrientes diferentes, que oportuna y adecuadamente aprovechados contribuirán a un desarrollo satisfactorio.

### **Meta**

Reducir en un 60% el sobrepeso en niños y niñas.

### **Indicador**

Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños, según provincia.

### **Línea de base año 2014**

El 9,7% de niños de 6 a 11 años evaluados presentan diagnóstico de sobrepeso.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Enfermedades no transmisibles; y, b) Programa Nacional de Alimentación Escolar.
- Elaborar línea de base.
- Divulgación de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable y su Reglamento.
- Acciones de sensibilización a padres de familia y población escolar.
- Información sobre el valor nutricional de los alimentos.
- Promoción de la actividad física y práctica del deporte.
- Implementación y/o adecuación de espacios públicos para la práctica recreativa.

### **Responsables**

Dirección Regional de Salud, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.

## **Resultado Esperado 7**

### **Niñas y niños de 6 a 11 años de edad logran competencias de comprensión lectora y razonamiento matemático**

#### **Justificación**

Los alumnos logran ubicarse en el nivel 2, les permitirá expresarse y comunicarse a sertivamente con los demás; así como, ser capaz de percibir y procesar información de carácter oral y escrito. De igual forma, el desarrollar las competencias matemáticas permitirá elevar su nivel de abstracción orientado a resolver problemas de la vida diaria, siendo capaz de actuar positivamente en el cambio personal, familiar y social.

#### **Meta**

El 80 % de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos.

El 41 % niñas y niños que cursan el segundo grado alcanzan nivel suficiente en razonamiento matemático.

#### **Indicador**

Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Comprensión Lectora provincia y distrito, por grupo de edad y sexo

Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Matematicas provincia y distrito,

#### **Línea de base año 2014**

45.9% alcanzan el nivel de logro esperado en comprensión lectora<sup>60</sup>.

24.6 % alcanzan el nivel de logro esperado en comprensión matemática<sup>61</sup>.

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular; b) Logros de aprendizaje de la Educación Básica Regular.
- Capacitación docente en lo que respecta Razonamiento Verbal y Matemático.
- Implementación de Rutas del Aprendizaje y programa Logros del Aprendizaje.
- Bibliotecas implementadas en las Instituciones Educativas.
- Instituciones Educativas con el servicio de Internet.
- Entrega oportuna de materiales educativos.
- Cada docente cuenta con una laptop y cada alumno con su Tablet.
- Sensibilización y capacitación a padres de familia en actividades de comprensión lectora.

<sup>60</sup><http://umc.minedu.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/LIMA-PROVINCIAS.pdf>

<sup>61</sup><http://umc.minedu.gob.pe/wp-content/uploads/2014/03/LIMA-PROVINCIAS.pdf>

- Ampliación de horas de clases.
- Capacitación y acompañamiento docente.
- Implementación del Proyecto Educativo Regional Per Caral 2021.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa, Gobiernos Locales, Ministerio de Educación.

#### **Resultado Esperado 8**

**Niñas y niños se encuentran protegido frente al trabajo infantil.**

#### **Justificación**

El trabajo infantil, es una actividad que por sus características reduce el tiempo disponible de niñas y niños para la educación, la recreación o el simple disfrute de su dicha etapa a de la vida y de las oportunidades que ella contiene. Generando impactos que su desarrollo presente y futuro. En esa medida, el Código de los Niños y Adolescentes, señala que aquellos que realizan actividades laborales a temprana edad, tienen derecho a gozar de programas especiales dirigidos a reducir los impactos de esta actividad, hasta su retiro de la misma.

#### **Meta**

Erradicar el trabajo de niñas y niños y adolescentes por debajo de la edad mínima.

#### **Indicador**

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima.

#### **Línea de base año 2010**

Se carece de información para la región.

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programa Presupuestal: a) Atención oportuna a niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono.
- Articulación a la estrategia nacional de prevención y erradicación del trabajo infantil.
- Elaboración de línea de base.
- Establecimiento de alianzas de trabajo con la empresa privada y sociedad civil.
- Implementación de un registro de niñas y niños que trabajan.
- Articulación a la estrategia del Programa Nacional Yachay.
- Fortalecimiento del espacio escolar como alternativa al trabajo infantil.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Trabajo, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales, Programa Nacional Yachay.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 3

#### CONSOLIDAR LAS CONDICIONES FAVORABLES ORIENTADAS AL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTEGRAL DE LAS Y LOS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD

RESULTADOS ESPERADOS AL 2021
9. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.
10. Las y los adolescentes con menor incidencia de ITS, VIH y SIDA.
11. Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad oportuna la educación secundaria, intercultural, inclusiva, de calidad, con cultura ambiental y libre de violencia.
12. Las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.
13. Las y los adolescentes disminuyen el consumo drogas legales e ilegales.
14. Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.
15. Las y los adolescentes no son objetos de la explotación sexual.

#### Resultado Esperado 09

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

#### **Justificación**

El embarazo durante la adolescencia y la maternidad temprana continúan siendo un gran desafío para la Región Lima, particularmente debido a la asociación con la pobreza y la falta de oportunidades para que las mujeres aprovechen al máximo sus recursos porque el embarazo en adolescentes podría ser un impedimento para un óptimo y completo desarrollo humano. El embarazo durante la adolescencia se ha convertido en motivo de preocupación en el ámbito de las políticas públicas, porque existe una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y bajo resultado en el mercado laboral para las mujeres.

Los datos muestran una tendencia de actividad sexual a edades más tempranas, el comportamiento sexual y las decisiones de fecundidad de las adolescentes pueden ser afectados por diferentes

mecanismos. Los adolescentes de estratos sociales bajos son más propensos a tener menos aspiraciones y metas a alcanzar. Se conoce también que las mujeres sexualmente activas más jóvenes utilizan menos métodos anticonceptivos. Aunque el conocimiento sobre los métodos y la racionalidad son dos factores claves en la decisión de tener relaciones sexuales con protección, la confianza en sí mismas juega un papel importante, porque el uso de anticonceptivos demanda una negociación con la pareja. Estudios previos han encontrado que una autoestima baja suele predecir una gama de comportamientos riesgosos, por lo que la baja autoestima se concibe como un factor potencial que se debe tomar en consideración, ajustando consecuentemente sus aspiraciones y expectativas hacia objetivos a corto plazo.

Se evidencia también que la tasa de fecundidad se dispara en los últimos años de educación básica; en los que se completa la educación primaria y secundaria, esto sugiere: 1) Que las adolescentes *planean* quedar embarazadas (después de obtener su certificado de educación primaria o secundaria) o 2) Que permanecer en la escuela reduce el riesgo de quedar embarazada.

Por otra parte, el costo asociado con las consecuencias psicológicas de quedar embarazada durante la adolescencia o el riesgo de complicaciones de abortos inseguros, permite identificar un mayor riesgo de mortalidad materna, muerte del feto, mortalidad infantil y suicidio cuando la madre es una adolescente.

De igual manera, cabe destacar que la mayor parte de mujeres que tuvieron un hijo en la adolescencia son más propensas a participar en los programas sociales y a depender de los ingresos de la asistencia social, además de actitud dependiente y pasiva hacia la generación de ingresos y desarrollo personal.

Las acciones políticas deberían facilitar a las adolescentes el poder llevar a cabo decisiones informadas sobre la fecundidad y ampliar el abanico de opciones sobre las que puedan elegir efectivamente. Disminuir las restricciones podría ayudar a alinear las decisiones individuales con los resultados sociales deseados en la medida en la que el embarazo adolescente es tanto una consecuencia como una causa de estas limitaciones; esto sugiere que la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos son cruciales para evitar la maternidad entre las más jóvenes.

#### **Meta**

Reducir a 5 % el embarazo adolescente.

#### **Indicador**

Porcentaje de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, según provincia

### **Línea de base año 2013**

Lima Provincias es de 17.2% según ENDES 2014

9.3% según HIS-2014 DIRESA

### **Estrategias de implementación**

1. Articulación al Programa Presupuestal: Salud materno neonatal.
2. Articulación al Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2015-2021.
3. Elaboración de línea de base.
4. Acceso a servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva.
  - Implementación del proceso de acreditación de los servicios diferenciados para adolescentes en los establecimientos de salud a nivel regional según los criterios y estándares establecidos por el Ministerio de Salud.
  - Implementación de planes de mejora en los establecimientos de salud que cumplen con los criterios y/o no alcanzan el estándar para lograr la acreditación como servicios diferenciados para las y los adolescentes.
  - Difusión de los servicios de salud diferenciados entre la población adolescente mediante el uso de las redes sociales y los medios de comunicación masiva.
  - Desarrollo de actividades extramurales para incrementar la demanda de las y los adolescentes a los servicios de salud diferenciados que existen en la comunidad.
  - Actualización, difusión y seguimiento de la implementación de la normatividad del Sector Salud referida a adolescentes y salud sexual y reproductiva.
  - Acompañamiento y supervisión de la atención que se brinda a las y los adolescentes en los servicios diferenciados, a nivel regional.
5. Orientación/Consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para adolescentes sexualmente activos/as.
  - Fortalecimiento de la orientación/consejería y entrega de insumos anticonceptivos a las y los adolescentes sexualmente activas/os y a madres o padres adolescentes, en los servicios de salud.
  - Sensibilización y fortalecimiento de capacidades del personal de salud (profesional de salud, personal técnico, personal administrativo) en el respeto de los derechos de las y los adolescentes y la atención de la problemática del embarazo adolescente.
  - Crear una página web de la Etapa de Vida Adolescente de la Región Lima y publicar información actualizada sobre sexualidad y autocuidado de la salud dirigida a las y los adolescentes.
  - Capacitación de los profesionales de la salud para la atención integral de la adolescente durante el embarazo, parto y puerperio.
  - Fortalecimiento de competencias para el primer y segundo nivel de atención a través de la Guía de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del VIH-SIDA

- Elaborar material de difusión sobre los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes con adecuación intercultural.
6. Permanencia, acceso y conclusión de la educación básica en mujeres y varones.
- Diseño y desarrollo de mecanismos de vigilancia de los casos de discriminación por embarazo en las instituciones educativas, por la Defensoría del Niño y del Adolescente
  - Sensibilización a madres y padres de familia (APAFAS) sobre la importancia de que las niñas y adolescentes accedan, permanezcan y culminen la educación básica.
  - Sensibilización a la comunidad educativa para la convivencia armoniosa, el buen trato y respeto de los derechos de las adolescentes con énfasis en aquellos que enfrentan un embarazo o maternidad/paternidad.
  - Incorporación en los contenidos de la educación sexual integral - nivel de secundaria – acerca de las consecuencias del embarazo y la paternidad temprana.
7. Entorno familiar, escolar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente
- Desarrollo e implementación de módulos de capacitación sobre habilidades sociales y para la vida, dirigido a las y los adolescentes.
  - Desarrollo de actividades preventivo/promocionales sobre salud sexual y reproductiva y desarrollo integral de las y los adolescentes.
  - Acciones orientadas al involucramiento de la comunidad educativa (directores, docentes, personal administrativo, padres de familia y estudiantes) en el desarrollo de actividades para el bienestar, participación activa, promoción y defensa de los derechos de las y los niños/as y adolescentes.
8. Implementación de Centros de Desarrollo Juvenil en cada capital de provincia de la Región Lima.
- Desarrollo de actividades preventivo/promocionales sobre salud sexual y reproductiva y desarrollo integral de las y los adolescentes.

### **Responsables**

Dirección Regional de Salud Lima, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.



## Resultado Esperado 10

### **Las y los adolescentes con menor incidencia de ITS, VIH y SIDA.**

#### **Justificación**

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) continua siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según las últimas estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), más de 30 millones de personas en el mundo viven con VIH. En nuestro país, la epidemia de VIH/SIDA está presente en todas las regiones, afectando principalmente a la población más joven y con mayor riesgo de exposición.

Habiendo transcurrido 30 años desde que se identificó la introducción de la epidemia de VIH/SIDA en el país, esta continúa siendo un problema de difícil abordaje. Los principales factores que hacen vulnerables a los adolescentes y jóvenes frente al VIH/SIDA son la falta de información y de una educación efectiva que favorezca la adopción de comportamientos responsables.

Más de la cuarta parte de la población mundial (1,200 millones de personas) tiene entre 10 y 24 años de edad y esta cifra va en aumento. Sumado a ello, la pubertad está ocurriendo a una edad más temprana en los niños y niñas, por lo que la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en una prioridad mundial. Comparado con cualquier otro grupo etario, los y las adolescentes sexualmente activos/as tienen las tasas más altas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.

Durante la adolescencia actúan varios factores que incrementan las posibilidades de adquirir una ITS y el VIH. Entre otros, los factores socioculturales impiden al adolescente acceder a información y a posibilidades de prevención como, por ejemplo, el uso del condón. Algunos estudios a nivel mundial, han demostrado la efectividad del uso de condón en la reducción de las ITS y la prevención del VIH. En el Perú, aunque hay estudios que muestran que se reconoce su importancia, su uso es aún reducido. Existe una escasa percepción de riesgo que tienen sobre su conducta sexual, pueden contar con información básica, pero esta no influye necesariamente en la adopción de comportamientos seguros.

Los factores psicológicos y de desarrollo cognitivo como el pensamiento concreto, centrado en el presente o la incapacidad de valorar el impacto a largo plazo de acciones presentes, y las dificultades para implementar tareas complejas, conllevan a que el/la adolescente se enfrente con frecuencia a

situaciones de riesgo sin pensar en sus consecuencias, o que le sea difícil desarrollar una tarea “compleja” como la del uso del condón. Los factores socioculturales que estimulan el inicio sexual más temprano, el mayor número de parejas sexuales o el mantenimiento de patrones de monogamia sexual consecutiva, también impiden al adolescente acceder a posibilidades de prevención.

### **Meta**

Reducir en 35 % la incidencia de ITS, VIH SIDA en adolescentes, de la línea de base 2014.

### **Indicador**

N° de adolescentes con diagnóstico de ITS

N° casos identificados de VIH en adolescentes, según provincia.

N° adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita oportuna y continua.

### **Línea de base año 2013**

965 adolescentes con diagnóstico de ITS a nivel regional<sup>62</sup>

45 casos de adolescentes con diagnóstico de VIH a nivel regional<sup>63</sup>

En el Perú se notificaron en el año 2014 a: 1,059 casos de SIDA y 3,426 casos de VIH<sup>64</sup>

Desde 1983 hasta el 2014 se han notificado 32,594 casos de SIDA y 56,031 casos de VIH<sup>65</sup>

### **Estrategias de implementación**

1. Articulación al Programa Presupuestal: TBC-VIH/SIDA.
2. Establecer el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre las ITS-VIH y sus principales fuentes de información, identificando los comportamientos sexuales en adolescentes de 12 a 17 años.
  - Determinar y cuantificar los factores asociados al uso y acceso de condones en adolescentes.
  - Determinar el nivel de comunicación entre madres e hijos/as en temas relacionados con la promoción de la salud como la sexualidad y prevención de ITS/SIDA
3. Contribuir en el retraso del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes mediante la creación de espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los y las adolescentes.
  - Creación e implementación de círculos recreativos para las y los adolescentes en la comunidad, localidad y región.
  - Fortalecimiento de la participación de los gobiernos locales y gobiernos regionales (con recursos técnicos y financieros) en la implementación de vacaciones útiles para las y los adolescentes en

---

<sup>62</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>63</sup> Dirección Regional de Salud.

<sup>64</sup> <http://www.dge.gob.pe/portal/>

<sup>65</sup> <http://www.dge.gob.pe/portal/>

diferentes espacios de la comunidad, incluyendo contenidos referidos a derechos sexuales y reproductivos y prevención del embarazo en adolescentes.

4. Programa de Educación Sexual Integral de Calidad para la Educación Básica Regular.
5. Implementación de Centros de Desarrollo Juvenil en cada capital de provincia de la Región Lima.
  - Desarrollo de actividades preventivo/promocionales sobre salud sexual y reproductiva y desarrollo integral de las y los adolescentes.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Salud Lima, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.

#### **Resultado Esperado 11**

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

#### **Justificación**

La educación secundaria fortalece las competencias adquiridas en el nivel primaria contribuyendo a la formación integral del adolescente; sin embargo, nuestra región cuenta con poblaciones que habitan desde los 0 y 4000 m.s.n.m, manteniendo su propia cultura. Situación que implica que la educación debe desarrollarse teniendo en cuenta esa diversidad, incluyendo a todos, sin distinción y respetando las costumbres y tradiciones de los pueblos de nuestra región.

La Educación Secundaria es el tercer nivel de la Educación Básica Regular, dura cinco años y atiende a los menores de entre 12 y 17 años de edad. En este nivel educativo se desarrolla las competencias que permitan al estudiante acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Además, forma a los púberes y adolescentes para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio; teniendo en cuenta sus características, necesidades y derechos.

#### **Meta**

100% de adolescente matriculados en edad normativa concluyen la educación secundaria

#### **Indicador**

Tasa de conclusión en educación secundaria, según provincia y distrito.

#### **Línea de base año 2012**

**La región no cuenta con el dato.**

### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular; b) Logros de aprendizaje de la Educación Básica Regular.
- Entrega oportuna de materiales educativos.
- Capacitación docente por área, con las rutas del aprendizaje.
- Mejorar la infraestructura y equipamiento de las Instituciones Educativas.
- Trabajo tutorial con los adolescentes.
- Fortalecer el involucramiento de las familias en la educación de sus hijos.
- Ampliar el número de horas de clase.
- Implementar programas especializados para la prevención y atención de la violencia en la escuela.

### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa, Gobiernos locales.

### **Resultado Esperado 12**

**Las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.**

### **Justificación**

El Perú ha suscrito el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo, por el cual se obliga a implementar estrategias de prevención y erradicación de las peores formas del trabajo infantil. En ese marco el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ha establecido un listado de trabajos peligrosos por su naturaleza o por las condiciones en las que se desarrolla, generando impactos negativos en su salud, educación y en general en su desarrollo.

### **Meta**

Erradicar el trabajo peligroso dentro de la edad mínima permitida

### **Indicador**

Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años retirados del trabajo peligroso.

### **Línea de base año 2013**

No hay dstos nacionales/regionales.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Atención oportuna a niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono.
- Articulación al Plan Nacional de Lucha contra el Trabajo Forzoso 2012-2017.
- Elaboración de línea de base y estrategia regional articulada a la nacional.
- Implementación de registro de niños que trabajan.
- Articulación con Programa Nacional Yachay.
- Investigación de casos de explotación.
- Vinculación a programas sociales.

### **Responsables**

Dirección Regional de Trabajo, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

### **Resultado Esperado 13**

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

### **Justificación**

La lucha contra el consumo de drogas compromete a numerosos actores de la sociedad: familiares, maestros, autoridades, agricultores. La edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol es cada vez más temprana, aumentando el riesgo de usar otras drogas, lo que hace necesario incidir en programas de prevención. Para reducir el consumo de drogas, el Ministerio de Economía y Finanzas ha implementado un Programa Presupuestal Estratégico.

### **Meta**

Disminuir en 5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar de secundaria

### **Indicador**

Prevalencia anual de consumo de drogas legales, legales y médicas según edad y año de estudio en estudiantes de educación secundaria.

### **Línea de base año 2012**

Prevalencia anual del consumo de drogas legales 40,5% (Alcohol 37,2%, Tabaco 22,3%) Drogas ilegales 8,1% (Marihuana 4,3%, inhalantes 2,5%, cocaína 1.8%, pasta básica de cocaína 1.9%, éxtasis 1.6%). Región Lima 34.9% de prevalencia en el consumo de drogas legales; 5.5% consumo de drogas ilegales<sup>66</sup>.

<sup>66</sup>[http://www.hablafranco.gob.pe/images/upload/descarga/20140722165908IV\\_Encuesta\\_Nacional\\_P\\_Escolar\\_NAC.pdf](http://www.hablafranco.gob.pe/images/upload/descarga/20140722165908IV_Encuesta_Nacional_P_Escolar_NAC.pdf)

### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programas Presupuestales: a) Reducción del tráfico ilícito de drogas; b) prevención y tratamiento del consumo de drogas; c) Gestión integrada y efectiva del control de oferta de drogas en el Perú.
- Iniciar el trabajo de prevención del consumo de drogas a temprana edad.
- Capacitación docente en la prevención del consumo de drogas.
- Sensibilización y capacitación a padres de familia y la comunidad.
- Aplicación institucionalizada del programa de prevención universal y selectiva del consumo de drogas para el nivel de educación secundaria, con intervención de toda la comunidad educativa.
- Atención integral al adolescente en servicios diferenciados con énfasis en la prevención de conductas de riesgo y en la promoción de estilos de vida saludables.
- Diseñar e implementar estrategias de detección e intervención oportuna para la prevención del consumo de drogas legales e ilegales en las instituciones educativas.
- Difusión de los riesgos de su consumo de drogas.

### **Responsables**

Dirección Regional de Salud, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.

### **Resultado Esperado 14**

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

### **Justificación**

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, caracterizada por la búsqueda de independencia y libertad, que no siempre está exenta de conflictos. Sin embargo, esta situación no exime de responsabilidad penal especial a los adolescentes que infringen las normas establecidas. En ese sentido, se prevé un conjunto de medidas alternativas a la privación de la libertad, que tienen como fundamento la educación.

### **Meta**

Reducir la tasa de adolescentes infractores a la ley penal.

### **Indicador**

Número de denuncias a adolescentes por infracción a la ley penal.

Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio cerrado.

Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio abierto.

Número de reincidencias de adolescentes en conflicto con la ley penal (diferenciado por programa de egreso: en medio cerrado y medio abierto).

**Línea de base año 2013**

**No se cuenta con dato regional**

**Estrategias de implementación**

- Articulación al Plan Nacional de prevención y tratamiento del adolescente en conflicto con la ley penal (2013-2018).
- Promover alternativas de atención en medio abierto para adolescentes infractores.
- Sensibilizar a la población sobre los beneficios de implementar un sistema de justicia penal restaurativa.
- Desarrollar capacidades en los operadores vinculados a adolescentes en conflicto con la ley penal, desde un enfoque que priorice las medidas prejudiciales o aquellas a desarrollarse en medio abierto.
- Fortalecer los Servicios de Orientación al Adolescente en la región.

**Responsables**

Ministerio Público, Poder Judicial, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.

**Resultado Esperado 15**

**Las y los adolescentes no son objetos de la Explotación Sexual.**

**Justificación**

La explotación sexual es la utilización de menores de edad en actos sexuales o eróticos para el beneficio de terceros a cambio de alguna concesión, bien o beneficio. Presenta una serie de modalidades o manifestaciones, como la pornografía infantil, la explotación sexual en el ámbito del turismo y los viajes, así como el uso de menores de edad en actividades sexuales remuneradas.

**Meta**

Reducir el número de adolescentes que son objetos de explotación sexual.

**Indicador**

Número de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual.

**Línea de base año 2013**

**No se cuenta con data regional**

### **Estrategias de implementación**

- Elaboración de línea de base.
- Sensibilización a la población sobre el tema, especialmente sobre la sanción a la demanda.
- Articulación de la iniciativa regional a la sub comisión responsable de la implementación y monitoreo de dicho aspecto en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2015-2021.

### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Desarrollo Social, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio Público, Poder Judicial.



## OBJETIVO ESTRATÉGICO Nº 4

### GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS ADOLESCENTES

RESULTADOS ESPERADOS AL 2021
16. Niñas y niños con acceso universal a su derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.
17. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad cuentan con una atención oportuna en salud y educación.
18. Niñas, niños y adolescentes protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral y mendicidad).
19. Niñas, niños y adolescentes con menor incidencia de casos de violencia sexual.
20. Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar.
21. Niñas, niños y adolescentes con participación protagónica en espacios de concertación y en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas, regionales y locales.

#### Resultado Esperado 16

**Niñas y niños con acceso universal a su derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.**

#### **Justificación**

El derecho al nombre y por consiguiente a la identidad, es un derecho humano fundamental, que formalmente incorpora a las personas al Estado, permitiendo no solamente su acceso a los servicios, sino un registro adecuado de las prestaciones que recibe. Por otra parte, en la niñez es un medio seguro para verificar su identidad en el desplazamiento, evitando que sean víctimas de delitos graves como la trata de personas. “Es por ello que la indocumentación en nuestro país es considerada como un tema de interés nacional, ya que afecta, principalmente, a las personas en situación de vulnerabilidad, tornándolos en sujetos invisibles para la administración estatal, limitando el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales”. (Plan Nacional contra la Indocumentación 2011-2015).

#### **Meta**

100% de niñas y niños cuentan con documento nacional de identidad

#### **Indicador**

Porcentaje de menores de edad que cuentan con DNI por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.

### **Línea de base año 2010 y 2013.**

No hay datos independientes para la Región Lima.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programa Presupuestal: Servicios registrales accesibles y oportunos con cobertura universal.
- Articulación al Plan Nacional contra la Indocumentación 2011-2015.
- Elaboración de línea de base.
- Realizar actividades de información y sensibilización sobre la importancia del registro y uso del documento nacional de identidad.
- Difundir la correcta aplicación de la ley en materia de inscripción, reposición, rectificaciones e inutilizaciones (requisitos, gratuidad y plazos).
- Sensibilizar a los diferentes actores locales (autoridades locales, educativas, de salud, organizaciones sociales de base, APAFA, entre otros) sobre la importancia del derecho al nombre y a la identidad.
- Incorporar el componente identidad (derecho al nombre y a la identidad) dentro de la currícula escolar.

### **Responsables**

Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Dirección Regional de Desarrollo Social, Gobiernos Locales.

### **Resultado Esperado 17**

**Niñas, niños y adolescentes con discapacidad cuentan con una atención oportuna en salud y educación**

### **Justificación**

Tener una capacidad diferente o discapacidad, puede limitar el acceso al goce de derechos fundamentales como la salud o la educación, agravando la situación de la persona que padece de esta circunstancia y restringiendo su capacidad de desarrollarse de forma autónoma.

### **Meta**

Se incrementa en un 30 % las atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad, en relación a la línea de base

Se incrementa en un 50% las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a educación de calidad.

## **Indicador**

Numero de atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad  
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a la educación formal.

### **Línea de base año 2013**

15,943 numero de atenciones especializadas en salud (física, sensorial y mental)

Nos e cuenta con data regional ni local

### **Estrategias de implementación**

- Aperturar programa presupuestal en DIRESA
- Mejorar la implementacion de los servicios de medicina física y rehabilitación en los establecimientos de salud según capacidad resolutive: infraestructura, equipamiento, recursos humanos(equipo básico)
- Incrementar recurso humano: médicos especialistas en la Region Lima
- Capacitar al personal de salud que realiza la atención en llenado adecuado en el formato HIS
- Capacitar al personal de salud que realiza la atención a las personas con discapacidad
- Articulación a los ProgramasPresupuestales: a) Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; b) Inclusión de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva.
- Elaborar línea de base.
- Capacitar a los docentes sobre temas de inclusión y en la atención a NNA con habilidades diferentes.
- Fortalecer el trabajo del equipo Servicio de Atención al Alumno con necesidades especiales (SAANE).
- Fortalecer el trabajo del Programa de Intervención Temprana ( PRITE).
- Diseñar herramientas de deteccióntemprana de discapacidades para brindarinformación y asesoría a padres de familiasobre las implicancias médicas y trato querequiere n las niñas, niños y adolescentescon discapacidad.
- Campañas de sensibilización dirigidas a lasfamilias y la comunidad en respaldo de losderechos de las niñas, niños y adolescentescon discapacidad, a la vez que en prevenciónde las discriminaciones contra ellas y ellos.
  - Implementar un sistema de informaciónque permita conocer el número de niñas,niños y adolescentes con discapacidad,considerando género, educación, tipo dediscapacidad y lugar de residencia, entreotras variables.

### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Salud, Gobiernos Locales, Consejo Nacional para la Integración de personas con discapacidad.

## **Resultado Esperado 18**

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

### **Justificación**

La trata de personas, representa uno de los delitos más graves, especialmente cuando las víctimas son menores de edad. En la trata de personas, estas son convertidas en mercancías, violando la dignidad del ser humano y en consecuencia la esencia misma de su existencia. Generalmente las víctimas con engañadas a través de ofertas falsas de empleo u otros mecanismos como el enamoramiento, para luego ser trasladadas a contextos en donde serán desarraigadas y sometidas a condiciones de explotación mediante la violencia.

### **Meta**

Disminuir el 75% el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata.

### **Indicador**

Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas. Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas por provincia por grupo de edad y sexo

### **Línea de base año 2014**

Según el Informe del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, en la provincia de Huaura en el año 2014, se registraron 20 casos de trata de personas, mientras que en la provincia de Cañete 7 casos.

### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a) Atención oportuna a niñas, niña y adolescente en presunto estado de abandono; b) Mejora de los servicios del sistema de justicia penal.
- Articulación al Plan Nacional contra la Trata de personas 2011-2016, así como a la subcomisión del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables sobre la materia.
- Información sobre los riesgos que implican las ofertas de empleo no formales.
- Fortalecimiento de los sistemas de control en el traslado de menores de edad.

### **Responsables**

Ministerio Público, Poder Judicial, Policía Nacional, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo, Gobiernos Locales.

## **Resultado Esperado 19**

### **Niñas, niños y adolescentes con menor incidencia de casos de violencia sexual.**

#### **Justificación**

La violencia sexual es una de las manifestaciones más extremas de violación a los derechos humanos, cosificándolas y convirtiéndolas en objetos de placer de un tercero. En el Perú, diversos estudios dan cuenta que la violación de la libertad sexual en agravio de menores de edad, es uno de los principales delitos en el país, siendo perpetrada generalmente por personas cercanas al entorno de la víctima.

#### **Meta**

Disminuye el 50% de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.

#### **Indicador**

Porcentaje de casos niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo..

#### **Línea de base año 2012 y 2013**

Personas de 0 a 17 años afectadas por violencia sexual atendidas por el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual a nivel nacional 4,265<sup>67</sup> año 2013. Personas de 0 a 17 años afectadas por violencia sexual según Centro Emergencia Mujer: Huaral 34 (33 mujeres, 1 varón); Huacho 19 (18 mujeres, 1 varón); Cañete 35 (34 mujeres, 1 varón); Huarochirí 11; Yauyos 12 (11 mujeres, 1 varón); Barranca 6 (5 mujeres, 1 varón)<sup>68</sup>.

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación al Programa Presupuestal: Lucha contra la violencia familiar.
- Articulación al Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015.
- Campañas de información para la prevención y difusión de líneas telefónicas gratuitas para denuncias.
- Investigación y sanción del delito.
- Articulación a la sub comisión del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para dicho resultado del Plan Nacional.

#### **Responsables**

Ministerio Público, Poder Judicial, Policía Nacional, Ministerio de Justicia, Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Salud.

<sup>67</sup>[http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1401&Itemid=431](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431)

<sup>68</sup>[http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin\\_diciembre\\_2012/Boletin\\_Estadistico\\_Diciembre2012.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_diciembre_2012/Boletin_Estadistico_Diciembre2012.pdf)

## **Resultado Esperado 20**

### **Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar y escolar**

#### **Justificación**

El estudio mundial sobre la violencia contra los niños de Naciones Unidas, muestra que la violencia al interior de las familias y en la escuela, son las manifestaciones más comunes de este problema.

“La violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes se entiende como cualquier acción u omisión que causa daño psicológico, físico o sexual, a una niña, niño o adolescente y que es ejercida principalmente por padres, madres u otros familiares que deben responder por su cuidado.

Esta violencia incluye el abandono físico y moral, así como la negligencia, referida a un descuido evitable que genera un grave daño a niñas, niños y adolescentes, tanto a nivel físico y psicológico como sexual”. (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2015-2021).

#### **Meta**

**Disminución en 50% los casos de violencia familiar de niñas, niños y adolescentes.**

**Disminución en 90% los casos de violencia escolar de niñas, niños y adolescentes.**

#### **Indicador**

Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de violencia familiar por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.

Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de la violencia escolar por provincia, grupo de edad y sexo.

Porcentaje de menores de edad con diagnóstico de depresión por provincia por grupo de edad y sexo.

#### **Línea de base año 2013**

No se cuenta con data

#### **Estrategias de implementación**

- Articulación a los Programas Presupuestales: a). Lucha contra la violencia familiar; b) control y prevención en salud mental.
- Articulación al Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015.
- Campañas de sensibilización e información para la denuncia de casos.
- Articulación a la estrategia del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual.
- Fortalecimiento de servicios jurídicos y recuperativos para víctimas.
- Detección temprana de la violencia familiar.

#### **Responsables**

Dirección Regional de Desarrollo Social, Dirección Regional de Educación, Dirección Regional de Salud, Gobiernos Locales.

## **Resultado Esperado 21**

**Niñas, niños y adolescentes con participación protagónica en espacios de concertación y en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas, regionales y locales.**

### **Justificación**

La participación activa de niñas, niños y adolescentes en el quehacer del país, garantiza una ciudadanía futura responsable y comprometida, por otra parte, permite que las políticas públicas lleven la voz de sus principales destinatarios, enriqueciéndolas y haciendo de ellas, instrumentos democráticos de gestión.

### **Meta**

En 100% de gobiernos locales y provinciales promueven la participación de niñas, niños y adolescentes.

### **Indicador**

Número de gobiernos provinciales y locales que cuentan con consejos consultivos de niños que niñas, niños y adolescentes.

Número de organizaciones de niñas, niños y adolescentes que participan en el espacio regional, provincial y local.

### **Línea de base 2010**

Se carece de información regional.

### **Estrategias de implementación**

- Coordinar acciones con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, así como con los Gobiernos Provinciales y Locales, para la implementación de Consejos Consultivos de niñas, niños y adolescentes.
- Promover la participación de las organizaciones y grupos organizados de niñas, niños y adolescentes, como agentes participantes en los procesos de presupuestos participativos.

### **Responsables**

Dirección Regional de Educación, Gobiernos Locales.

## IV. Monitoreo y Evaluación.

---

### 4.4. Monitoreo.

El PRAIA Lima, cuenta con parámetros o indicadores de partida sobre los cuales se realizarán mediciones periódicas a fin de identificar los avances en el cumplimiento de las metas propuestas, así como la eficiencia en su implementación, efectividad, impacto y sostenibilidad. Estos están expresados en cada meta.

Se ha tratado de identificar indicadores nacionales contrastables con los regionales. Sin embargo algunas metas carecen de información regional e incluso nacional, pero han sido incorporadas al PRAIA por su importancia en el desarrollo de la niñez de la región. En este caso, se ha previsto la realización de estudios de línea de base que permitan establecer el punto de partida.

El Comité responsable de la elaboración del PRAIA Lima, culmina su labor con la aprobación del PRAIA.

El monitoreo y evaluación del PRAIA se encontrará a cargo del Consejo Regional de Niñas, Niños y Adolescentes. La Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Lima, asumirá la Secretaría Técnica del Comité y se hará cargo de la elaboración del documento final de informe anual de evaluación del Plan.

### 4.5. Evaluación.

Considerando que el PRAIA Lima, tiene un horizonte de siete años, se ha considerado la realización de informes de seguimiento anual, así como una evaluación de medio término y una final, que el Gobierno Regional de Lima, podrá a disposición de la ciudadanía en su portal electrónico.



## V. Financiamiento

---

El PRAIA Lima, como instrumento de planificación sigue la estructura funcional o cadena estratégica para territorios propuesta en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico de CEPLAN (Directiva 001-2014-CEPLAN). Encontrándose en consecuencia expedita para su materialización en planes operativos institucionales en los tres niveles de gobierno, cuyos objetivos de política son comunes.

Por otra parte, es parte de la lógica del presupuesto por resultados, como estrategia de asignación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública que vincula la asignación de recursos a la existencia de objetivos y resultados cuantificables.

En ese sentido, los recursos para la operativización del PRAIA Lima, vienen asignados por los diversos instrumentos con los que cuenta el presupuesto por resultados, a saber Programas Presupuestales Estratégicos y sus cadenas presupuestales e Incentivos a la gestión y modernización regional y local. Además de considerar las diferentes fuentes de financiamiento del estado en todos sus niveles y sectores y/o sociedad civil y sector privado.

Para el año 2015 en adelante se han estructurado las cadenas presupuestales para los principales resultados de política pública que considera el PRAIA, tales como nutrición, salud materno neonatal, VIH, prevención y tratamiento del consumo de drogas, lucha contra la violencia familiar, logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular, CUNAMAŞ inclusión de niñas, niños y jóvenes con discapacidad en la educación básica regular, programa nacional de alimentación escolar, atención oportuna a niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono, así como control y prevención de la salud mental, a los cuales se alineará el presupuesto regional en lo que corresponda.

## Anexo 1.

### Matriz de monitoreo.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR	LINEA BASE
<p>1. Asegurar el crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 5 años de edad.</p>	<p>1. Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral de calidad durante la gestación, el parto y puerperio, con respeto de su cultura.</p>	<p>Reducir a 32.9 el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.</p>	<p>Número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos según provincias</p>	<p>49 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. 82.10% de parto institucional.</p>
			<p>Tasa de mortalidad neonatal según provincias</p>	<p>5.6 muertes neonatales por cien mil nacidos vivos 4% de nacidos vivos con bajo peso al nacer.</p>
	<p>2. Niñas y niños de 0 a 5 años con un estado adecuado de salud y acceso oportuno a una atención integral de calidad, priorizando poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.</p>	<p>Disminuir a 3% la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años</p>	<p>Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad según provincia y distritos. % de niñas y niños menores de 5 años con anemia según provincia y distritos. % de niñas y niños menores de 5 años con vacunas completas según provincia y distritos.</p>	<p>10.4% niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica 43.2% de niñas y niños menores de 5 años con anemia 80.6 % de niñas y niños menores de 5 años con vacunas completas</p>
	<p>3. Niñas y niños de 0 a 2 años de edad acceden oportunamente a programas de cuidado infantil temprano.</p>	<p>20% de acceso de niños de 0 a 2 años a programas de cuidado infantil temprano</p>	<p>Tasa de cobertura de niños y niñas de 0 a 2 años que asisten a programas de cuidado infantil según provincia</p>	<p>Región Lima 6.7% (2005).</p>
<p>4. Niñas y niños de 3 a 5 años con acceso universal a una educación inicial de calidad, oportuna, intercultural e inclusiva.</p>	<p>100% de niñas y niños de 3 a 5 años acceden a la educación inicial</p>	<p>Tasa de cobertura total por grupo de edades 3 a 5 años de edad, según provincia y distritos.</p>	<p>Región Lima 88.1% (2013)</p>	

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR	LINEA BASE
<p>2</p> <p>Asegurar la continuidad de las condiciones favorables orientadas al crecimiento y desarrollo integral de las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque intercultural.</p>	<p>5. Niñas y niños acceden y concluyen en edad oportuna la educación primaria, inclusiva, intercultural y de calidad.</p>	<p>100% de niñas y niños concluyen la educación primaria en edad normativa</p>	<p>Tasa de conclusión en educación primaria por grado, según provincia y distritos</p>	<p>No se cuenta con dato en la Región.</p>
	<p>6. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con estado nutricional adecuado.</p>	<p>Reducir en un 60% el sobre peso en niños y niñas de 6 a 11 años de la línea base.</p>	<p>Prevalencia de sobrepeso en niñas y niños, según provincia.</p>	<p>9,7% de niños de 6 a 11 años evaluados presentan diagnóstico de sobrepeso.</p>
	<p>7. Niñas y niños de 6 a 11 años de edad logran competencias de comprensión lectora y razonamiento matemático.</p>	<p>El 80 % de niñas y niños que cursan el segundo grado de primaria alcanza un nivel suficiente en comprensión de textos. El 41 % niñas y niños que cursan el segundo grado alcanzan nivel suficiente en razonamiento matemático.</p>	<p>Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Comprensión Lectora provincia y distrito por grupo de edad y sexo.  Porcentaje de niñas y niños que alcanzan suficiencia en el logro de las competencias en Matemáticas provincia y distrito.</p>	<p>.2% alcanzan el nivel de logro esperado en comprensión lectora.  18.1 % alcanzan el nivel de logro esperado en comprensión matemática</p>
	<p>8. Niñas y niños se encuentran protegido frente al trabajo infantil.</p>	<p>Erradicar el trabajo de niñas y niños y adolescentes por debajo de la edad mínima.</p>	<p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan por debajo de la edad mínima</p>	<p>No se cuenta con dato en la Región.</p>
	<p>9. Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.</p>	<p>Reducir a 5% el embarazo adolescente.</p>	<p>Porcentaje de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez, según provincia</p>	<p>17.2% según ENDES 2014 9.3% según HIS -2014 DIRESA</p>
<p>Consolidar las condiciones favorables orientadas al crecimiento y</p>				

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR	LINEA BASE
desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.	10. Las y los adolescentes con menor incidencia de ITS, VIH y SIDA.	Reducir en 35% la incidencia de ITS, VIH SIDA en adolescentes.	N° de adolescentes con diagnóstico de ITS según provincia. N° casos identificados de VIH en adolescentes, según provincia. N° adolescentes con diagnóstico de VIH reciben el tratamiento de forma gratuita oportuna y continua.	965 adolescentes con diagnóstico de ITS a nivel regional. 45 casos de adolescentes con diagnóstico de VIH a nivel regional. (incidencia acumulada – 2014) <b>2.4 % de adolescentes atendidos -2014</b>
11.	Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad oportuna la educación secundaria, intercultural, inclusiva, de calidad, con cultura ambiental y libre de violencia.	100 % de adolescente matriculados en edad normativa concluyen la educación secundaria	Tasa de conclusión en educación secundaria, según provincia y distrito.	No se cuenta con dato en la Región.
12.	Las y los adolescentes de 14 a 17 años de edad se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.	Erradicar el trabajo peligroso dentro de la edad mínima permitida	Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años retirados del trabajo peligroso.	No se cuenta con dato en la Región.
13.	Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.	Disminuir en 5% la prevalencia anual del consumo de drogas legales e ilegales en la población escolar de secundaria	Prevalencia anual de consumo de drogas legales, legales y médicas según edad y año de estudio en estudiantes de educación secundaria.	34.9% de prevalencia en el consumo de drogas legales; 5.5% consumo de drogas ilegales.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR	LINEA BASE
	<p>14. Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.</p>	<p>Reducir la tasa de adolescentes infractores a la ley penal.</p>	<p>Número de denuncias a adolescentes por infracción a la ley penal.  Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio cerrado.  Número de adolescentes que concluyen medidas socioeducativas en medio abierto.  Número de reincidencias de adolescentes en conflicto con la ley penal (diferenciado por programa de egreso: en medio cerrado y medio abierto).</p>	<p>No se cuenta con dato en la Región.</p>
<p>4. Garantizar la protección del ejercicio pleno de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.</p>	<p>15. Las y los adolescentes no son objetos de la explotación sexual.</p>	<p>Reducir el número de adolescentes que son objetos de explotación sexual.</p>	<p>Número de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual.</p>	<p>No se cuenta con dato en la Región.</p>
	<p>16. Niñas y niños con acceso universal a su derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.</p> <p>17. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad cuentan con una atención oportuna en salud y educación.</p>	<p>100% de niñas y niños que cuentan con documento nacional de identidad</p> <p>Se incrementa en un 30% las atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad, en relación a la línea de base</p> <p>Se incrementa en un 50% las niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a educación de calidad.</p>	<p>Porcentaje de menores de edad que cuentan con DNI por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.</p> <p>Número de atenciones especializadas en salud de niñas niños y adolescentes con discapacidad,</p> <p>Porcentaje de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acceden a la educación formal.</p>	<p>No se cuenta con dato en la Región.</p>

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	META AL 2021	INDICADOR	LINEA BASE
18. Niñas, niñas y adolescentes protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral y mendicidad).	Disminuir el 75% el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata.	Número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de trata de personas por provincia por grupo de edad y sexo.	20 casos en Huaura, 7 casos en Cañete.	Huaral 34 (33 mujeres, 1 varón); Huacho 19 (18 mujeres, 1 varón); Cañete 35 (34 mujeres, 1 varón); Huarochirí 11; Yauyos 12 (11 mujeres, 1 varón); Barranca 6 (5 mujeres, 1 varón)
19. Niñas, niños y adolescentes con menor incidencia de casos de violencia sexual.	Disminuye el 50% de casos de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.	Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de violencia familiar por provincia y distrito, por grupo de edad y sexo.	No se cuenta con dato en la Región.	
20. Niñas, niños y adolescentes con buen estado de salud mental	Disminución en 50% los casos de violencia familiar de niñas, niños y adolescentes. Disminución en 90% los casos de violencia escolar de niñas, niños y adolescentes.	Porcentaje de casos de menores de edad víctimas de la violencia escolar por provincia, grupo de edad y sexo. Porcentaje de menores de edad con diagnóstico de depresión por provincia por grupo de edad y sexo.	Número de gobiernos provinciales y locales que cuentan con consejos consultivos de niños que niñas, niños y adolescentes. Número de organizaciones de niñas, niños y adolescentes que participan en el espacio regional, provincial y local.	No se cuenta con dato en la Región.
21. Niñas, niños y adolescentes con participación protagónica en espacios de concertación y en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas, regionales y locales.	En 100% de gobiernos locales y provinciales promueven la participación de niñas, niños y adolescentes.	Número de gobiernos provinciales y locales que cuentan con consejos consultivos de niños que niñas, niños y adolescentes. Número de organizaciones de niñas, niños y adolescentes que participan en el espacio regional, provincial y local.	No se cuenta con dato en la Región.	