



# Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia

## 2012-2021

### **Presidente Regional**

Iván Vásquez Valera

### **Vicepresidente**

Luis Lozano Escudero

### **Gerente General**

Ray Meza Meza

### **Gerente Regional de Desarrollo Social**

Yuri Alegre Palomino

### **Sub Gerenta de programas Sociales**

Deyce Gómez Cruz

### **Dirección del Gobierno Regional**

Av. Abelardo Quiñonez Km 1.5 – Belén

Teléfono: 065-236929

Página Web: [www.regionloreto.gob.pe](http://www.regionloreto.gob.pe)

## **RESPONSABLES GENERALES:**

- 1) Lic. Iván Vásquez Valera  
Presidente del Gobierno Regional de Loreto
- 2) Dr. Yuri Alegre Palomino  
Gerente Regional de Desarrollo Social - GOREL

## **EQUIPO TÉCNICO DE APOYO:**

- 1) Lic. Deyce Gómez Cruz  
Sub Gerenta de Programas Sociales – GOREL
- 2) Lic. Lygher López Tuesta  
Coordinadora Estrategia de Protección de derechos e Igualdad de Género  
Sub Gerencia de Programas Sociales - GOREL
- 3) Lic. Norma Ruíz García  
Coordinadora del Centro Emergencia Mujer
- 4) Lic. Patricia Burga  
Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes - MIMP

## **CONSULTORA DEL PRAIA 2012 -2021:**

- 1) Lic. Gissela Suárez Montalván  
ONG. Capital Humano Social Alternativo

## **GRUPO IMPULSOR:**

1. Red de Niños, Niñas y Adolescentes de Iquitos – REDNNA Iquitos.
2. Instituto de formación para Adolescentes, Niños y Niñas trabajadores – INFANT.
3. Objetivo 2 – VI Ronda Fondo Mundial.
4. Mesa de concertación de Lucha contra la Pobreza – MCLCP.
5. Centro de Investigación y Promoción Popular – CENDIPP.
6. Instituto de Promoción Social Amazónica – Radio la Voz de la Selva IPSA – LVS.
7. Instituto Peruano de Paternidad Responsable – INPPARES.
8. Fundación de Apoyo contra la Drogadicción FAD.
9. Asociación KALLPA.
10. Asociación Capital Humano y Social Alternativo – CHS Alternativo.
11. Poder Judicial – Juzgado Transitorio de Familia.
12. Encuentros Casa de la Juventud.
13. Proyecto Aprendiendo y Ayudando – MIMDES.
14. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual – MIMDES.
15. Comisión de Justicia y Paz – Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Iquitos.
16. Gerencia Regional de Desarrollo Social – GOREL.
17. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva – DIRESA Loreto.
18. Etapa Niño, Niña – DIRESA Loreto.
19. Etapa Vida Adolescentes y Joven – DIRESA Loreto.
20. Proyecto Primera Infancia Loreto – Fundación Cayetano Heredia.

## Agradecimiento:

El Gobierno Regional de Loreto agradece a todas las personas e Instituciones del Estado, Sociedad Civil Organizada y Cooperación Internacional, que han contribuido con sus aportes a la formulación, revisión y validación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Noble tarea comprometida con la protección de las niñas, los niños y adolescentes de la región, logrado mediante un proceso articulado y de acción multisectorial.

**Gerencia Regional de Desarrollo Social**  
**Gobierno Regional de Loreto**

## GLOSARIO

<b>GOREL</b>	Gobierno Regional de Loreto
<b>GRDS</b>	Gerencia Regional de Desarrollo Social
<b>SGPS</b>	Sub Gerencia de Programas Sociales
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud de Loreto
<b>EVAJ</b>	Etapa Vida Adolescente y Juventud
<b>DREL</b>	Dirección Regional de Educación de Loreto
<b>CPETIL</b>	Comité para Erradicar el Trabajo Infantil en Loreto
<b>MIMDES</b>	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>MIMP</b>	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
<b>PEMR</b>	Plan Estratégico Multisectorial Regional
<b>MDSJB</b>	Municipalidad distrital San Juan Bautista
<b>NNA</b>	Niños, Niñas y Adolescentes
<b>ESCNNA</b>	Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>OE</b>	Objetivos estratégicos
<b>OIT</b>	Organización Internacional de Trabajo
<b>PNP</b>	Policía Nacional del Perú
<b>REDNNA</b>	Red de Niñas, Niños y Adolescentes
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – United Nations Childrens Fund
<b>IDEIF</b>	Instituto de Estudios por la Infancia y la Familia
<b>DIRTEPOL</b>	Dirección Territorial de la Policía
<b>MM</b>	Muertes maternas
<b>EESS</b>	Establecimientos de Salud
<b>IEP</b>	Institución Educativa Pública
<b>PVH</b>	Papiloma Virus Humano



## INDICE

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>Introducción</b>	<b>8</b>
<b>Proceso de formulación y validación</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo I</b>	<b>13</b>
1. Marco Conceptual	15
2. Principios	16
3. Enfoques	18
<b>Capítulo II</b>	<b>19</b>
<b>4. Situación General de la Región Loreto</b>	<b>21</b>
4.1 Ubicación Geográfica	21
4.2 Población	21
4.3 Pobreza	22
<b>5. Situación de las niñas, los niños y adolescentes en la Región Loreto</b>	<b>22</b>
5.1 Situación de las niñas y los niños de 0 a 5 años	22
5.2 Situación de las niñas y los niños de 6 a 11 años	31
5.3 Situación de las y los adolescentes de 12 a 17 años	34
<b>Capítulo III: Marco Lógico</b>	<b>43</b>
6. Visión y Misión	45
7. Objetivos Estratégicos	45
8. Resultados Esperados, Metas e Indicadores	47
8.1 <b>Objetivo Estratégico 1:</b> Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	47
8.2 <b>Objetivo Estratégico 2:</b> Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.	49
8.3 <b>Objetivo Estratégico 3:</b> Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.	51
8.4 <b>Objetivo Estratégico 4:</b> Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.	53

<b>Capítulo IV</b>	<b>55</b>
<b>9. Estrategias de implementación por resultados</b>	<b>57</b>
9.1 <b>Objetivo Estratégico 1:</b> Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	<b>57</b>
9.2 <b>Objetivo Estratégico 2:</b> Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.	<b>62</b>
9.3 <b>Objetivo Estratégico 3:</b> Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.	<b>67</b>
9.4 <b>Objetivo Estratégico 4:</b> Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.	<b>72</b>
<b>10. Monitoreo y Evaluación</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo V: Anexos</b>	<b>83</b>

## PRESENTACIÓN

Los Principios de la Declaración de los Derechos del Niño, establecen doctrinas de protección integral a la niña, el niño y el adolescente. En este sentido el Gobierno Regional de Loreto, prioriza como política de desarrollo la formulación e implementación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PRAIA) y lidera el trabajo articulado y multisectorial que impulsa su aplicación.

El diseño del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, recogió aportes del Gobierno Regional de Loreto y sus Sectores, Gobiernos locales, Agencias de Cooperación Internacional y Sociedad Civil Organizada, las mismas que comprenden los ejes de la salud, educación, protección y participación para promover el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, siguiendo lineamientos establecidos en los instrumentos nacionales e internacionales.

El proceso metodológico seguido para la formulación del PRAIA fue **participativo**, reflexivo y de análisis constructivo, desde su formulación hasta su validación, con **recopilación de datos estadísticos oficiales** del INEI, así como la información estadística recogida de las Direcciones Regionales de Educación, Salud, Trabajo, además de la Policía Nacional y del Ministerio Público, relacionados a los indicadores de salud, educación y protección por cada etapa de vida, desde la primera infancia hasta la adolescencia.

## INTRODUCCIÓN

El Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 (PRAIA) es el documento marco que contiene las políticas regionales en materia de infancia y adolescencia, el cual está alineado con las políticas nacionales como son: Plan Estratégico de Desarrollo Nacional denominado Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021 y el Código de los Niños y Adolescentes; así como a las políticas regionales como son: Plan de Lucha Contra la Pobreza, Desnutrición en Madres Gestantes, Niños y Niñas menores de 5 años en la Región Loreto 2009- 2021 (TSETA TANA AIPA), Proyecto Educativo Regional 2007-2021, Plan Regional de Igualdad de Oportunidades 2010- 2015, Plan Estratégico Multisectorial Regional PERM 2008 - 2012.

El Gobierno Regional de Loreto a través de este documento regional, propone como estrategia de acción fundamental, la articulación entre las Instituciones del Estado, Sociedad Civil Organizada y Cooperantes Internacionales, garantizando su implementación a través de los documentos de gestión, estrategias de intervención e implementación de políticas públicas de prevención. Las mismas que están orientadas a generar cambios de actitud en hombres y mujeres para generar un adecuado desarrollo biopsico-social de los niños, niñas y adolescentes de la zona urbana, rural e indígena.

La Convención de los Derechos del Niño, señala que todas las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho y es el Estado quien debe garantizar su defensa y cumplimiento. Por lo tanto la satisfacción de sus derechos debe llevarse a cabo no solo por su eficacia en términos de costo-beneficio (los bien conocidos retornos que producen las inversiones en la primera infancia), sino también, en términos de una obligación moral y un compromiso ético de los tres niveles de Gobierno: Nacional, Regional y Local.

Este Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia de Loreto-PRAIA 2012-2021, contiene Misión, Visión, Objetivo General, cuatro Objetivos Estratégicos, 23 Resultados Esperados, Actividades, Metas e Indicadores, las mismas que serán monitoreadas y evaluadas por la Gerencia de Desarrollo Social del GOREL, en su calidad de Secretaría Técnica con la finalidad de tener unidades de medida que garanticen el desempeño de las políticas públicas implementadas en materia de primera infancia, niñez y adolescencia.

## PROCESO DE FORMULACIÓN Y VALIDACIÓN EN LAS CAPITALES DE PROVINCIA DEL PLAN REGIONAL DE ACCION POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2012-2021

Se inició el proceso para la Elaboración del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – Loreto **PRAIA** (2012-2021), con el acompañamiento técnico del Equipo de la Sub Dirección de Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y apoyo logístico de los Objetivos 1 y 2 de la V y VI ronda del Fondo Mundial, CHS, CENDIPP.

La metodología de formulación del PRAIA 2012-2021, se basa en una construcción de prioridades regionales en función a sus necesidades de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentran, reconociendo a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, colocándolos en la agenda como centro para el desarrollo regional.

Incorpora desde su diseño hasta su validación, la participación activa de representantes de organizaciones de niñas, niño y adolescente y colectivo organizados a favor de la infancia y la adolescencia, siendo su máximo referente la Red de Niñas, Niños y Adolescentes de Iquitos (REDNNA).

Se inicia el 31 de Marzo del 2011 con una reunión técnica para la elaboración del diagnóstico de necesidades del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.

Luego, el 31 de Mayo del 2011, se llevó a cabo la siguiente reunión técnica multisectorial en el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia con la siguiente agenda:

1. Revalidación del POA Multisectorial 2011.
2. Socialización de resultados del diagnóstico de Necesidades y análisis FODA.
3. Presentación de Análisis Fuerza de conformación de CORDENNA Loreto.
4. Presentación del marco normativo del CORDENNA Loreto.
5. Conformación del comité regional de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Loreto.

Los días 16 y 17 de Junio del 2011 se desarrolló el 1er taller del Proceso de Formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia Loreto – PRAIA 2012 – 2021.

El 19 de Julio del 2011 se desarrolló la reunión multisectorial para: Seguimiento del Plan Anual 2011 de las Intervenciones de los Adolescentes en Situación de Vulnerabilidad: Niños, Niñas en Explotación Sexual (I Semestre).

Los días 17 y 18 de Agosto del 2011 se desarrolló el segundo Taller del Proceso de Formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – Loreto 2012 – 2021 con la siguiente agenda:

1. Evaluación del Plan Multisectorial 2011 del segundo semestre, con intervención a favor de la Infancia y la Adolescencia.
2. Socialización de los avances del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA 2012 - 2021.

- Conformación del Grupo Impulsor del Plan Regional de acción por la Infancia y la Adolescencia, la misma que estuvo integrada por las siguientes instituciones:
  1. Red de Niños, Niñas y Adolescentes de Iquitos – REDNNA Iquitos.
  2. Instituto de formación para Adolescentes, Niños y Niñas Trabajadores - INFANT.
  3. Objetivo 2 - VI Ronda Fondo Mundial.
  4. Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza.
  5. Centro de Investigación y Promoción Popular - CENDIPP
  6. Instituto de Promoción Social Amazónica - Radio la Voz de la Selva IPSA - LVS.
  7. Instituto Peruano de Paternidad Responsable - INPPARES.
  8. KALLPA- Fundación de Apoyo Contra la Drogadicción FAD.
  9. Asociación Capital Humano y Social Alternativo - CHS Alternativo.
  10. Poder Judicial - Juzgado Transitorio de Familia.
  11. Encuentros Casa de la Juventud.
  12. Proyecto Aprendiendo y Ayudando - MIMDES.
  13. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual - MIMDES.
  14. Comisión de Justicia y Paz - Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Iquitos.
  15. Gerencia Regional de Desarrollo Social – GOREL.
  16. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva – DIRESA Loreto.
  17. Etapa Vida Adolescente y Juventud – DIRESA Loreto
  18. Proyecto Primera Infancia Loreto – Fundación Cayetano Heredia.
- Este Grupo Impulsor fue dividido por grupos de trabajo afines, quienes recopilaron información para elaborar el diagnóstico de la infancia y adolescencia de Loreto.
- Se aprobó la ruta de elaboración del PRAIA que contiene 7 etapas (consolidado de información para elaborar el diagnóstico).
- Se aprobó la conformación de un Consejo Regional de Defensa de los Derechos de la Infancia y Adolescencia de Loreto “CORDDIA” y 07 mesas temáticas: 1.- Salud y desarrollo infantil; 2.- Educación; 3.- Arte, cultura y deporte; 4.- Derecho al nombre y a la identidad; 5.- Protección de la niñez y adolescencia en situación de riesgo y vulnerabilidad (abuso, violencia, explotación sexual, uso de sustancias psicoactivas; trata de menores y, jóvenes en conflicto con la ley); 6.- Participación protagónica de NNA; 7.- Derechos, genero e interculturalidad.

Los días 5 y 6 de Octubre del 2011, se llevó a cabo el tercer taller multisectorial del proceso de formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA 2012 - 2021.

Los días 5, 6 y 7 de Noviembre del 2011, se brindó apoyo a la organización del Parlamento Infantil, desarrollado los días 5, 6 y 07 de Noviembre 2011, con la finalidad de fortalecer la representación de NNA, ante el CORDDIA y las mesas temáticas.

El 7 de Diciembre del 2011 se desarrolló una reunión técnica para socializar los avances realizados por el Grupo Impulsor, relacionados a la etapa de diagnóstico del proceso de Formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA Loreto 2012 – 2021.

El 29 de Febrero del 2012, se realizó la primera reunión multisectorial en el marco del proceso de Elaboración del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA Loreto 2012 – 2021.

El 25 de Julio del 2012, reunión técnica multisectorial en el marco de la formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PRAIA 2012 - 2021, siendo la agenda:

1. Presentación del primer borrador del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.
2. Elaboración de matriz de estrategias por objetivos y resultados del PRAIA
3. Acuerdos y firma de acta.

El 31 de Julio del 2012, reunión técnica para elaborar la metodología de la validación del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia en las siete capitales de provincias de la Región Loreto.

En el mes de Noviembre del año 2012 se inician los talleres de validación en las capitales de las siete provincias del departamento de Loreto, un proceso liderado por la Gerencia Regional de Desarrollo Social del GOREL, con la asistencia técnica de CHS Alternativo.

Una vez concluida la revisión técnica de la propuesta preliminar, se conformaron equipos de trabajo, con la finalidad de coordinar y ejecutar los talleres de validación, en alianza con las Gerencias Sub Regionales del GOREL en las provincias.

La metodología utilizada fue informativa: se presentaron los principales indicadores de la primera infancia, niñez y adolescencia de Loreto, como base del diagnóstico del PRAIA 2012-2021; posteriormente se formaron grupos de trabajo: un grupo por cada Objetivo Estratégico (4 grupos); revisión y análisis de la matriz de resultados esperados: cada grupo de trabajo revisó un Objetivo Estratégico, de acuerdo a la matriz de resultados esperados, alcanzando sus propuestas, las mismas que fueron recogidas y sistematizadas en la propuesta técnica final y presentada en el último taller de validación desarrollado en la ciudad de Iquitos (capital de la Provincia Maynas).

Las capitales de provincias donde se desarrollaron los talleres de validación fueron: Nauta (Loreto), Requena (Requena), Caballo Cocha (Mariscal Ramón Castilla), Yurimaguas (Alto Amazonas), Contamana (Ucayali) e Iquitos (Maynas), con la participación de representantes de los Gobiernos Locales Provinciales, Gerencias Sub Regionales del GOREL, Centros de Emergencia Mujer, Unidades de Gestión Educativa Locales, Dirección Regional de Salud, Dirección Regional Agraria, Dirección Regional de la Producción, PRONAA, así como representantes de la sociedad civil organizada vinculada al tema de infancia y adolescencia como los Comedores Populares, Vasos de Leche, Municipios Escolares, Fiscalías Escolares y Defensorías Escolares del Niño y del Adolescente.

Concluida la fase de validación, se entrega al Consejo Regional de Loreto para su revisión, aprobación y publicación respectiva.

Podemos concluir que, el proceso metodológico seguido para la formulación del PRAIA fue participativo, reflexivo y de análisis constructivo, desde su formulación hasta su validación, con recopilación de datos estadísticos oficiales, tanto de la ENDES como del INEI, así como información estadística recogida de las Direcciones Regionales de Educación, Salud, Trabajo, además de la Policía Nacional y del Ministerio Público, relacionados a los indicadores de salud, educación y protección por cada etapa de vida, desde la primera infancia hasta la adolescencia.





Foto: GOREL

**RMS Amazonas**  
*Maravilla Natural del Mundo* **IQUITOS PERU**

# CAPITULO I

## MARCO CONCEPTUAL, PRINCIPIOS y ENFOQUE





Foto: DIRESA-LORETO

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:  
la vida, a una identidad y a una familia

## 1. MARCO CONCEPTUAL

El camino para llegar a los instrumentos de protección de los derechos de las niñas y los niños ha sido largo y ha estado signado por hechos crueles y destructivos como las guerras mundiales; en épocas anteriores se consideró a la niña y al niño como un ser sin personalidad propia y diferenciada, esta carencia de valor autónomo conllevó a una falta de declaración jurídica de sus derechos. Una de las primeras defensoras de los derechos de las niñas y los niños fue Englantina Jebb, quién a raíz de la primera guerra mundial, redactó una carta: La Magna Carta del Niño, en 1922 que fue adoptada por la Unión Internacional para el socorro de la infancia y después por la Sociedad de Naciones en 1924 con el nombre de Declaración de Ginebra o Tabla de los Derechos del Niño, en ella se hace especial referencia al compromiso de la humanidad para con la niñez, excluyendo toda consideración de raza, nacionalidad y creencia religiosa.

A estos instrumentos siguieron la Carta de la Infancia elaborada después de la segunda guerra mundial por la Liga Internacional para la Educación Nueva en Londres; además de distintas modificaciones a la Declaración de Ginebra, luego la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1948 que incluía implícitamente las libertades y derechos de las niñas y los niños hasta llegar a la Declaración Universal de los Derechos del Niño adoptada en 1959 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Los principios de esa Declaración fueron luego desarrollados por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, que viene a dar, además valor normativo internacional a lo que era tan solo una mera proclamación de derechos.

La Convención sobre los Derechos del Niño constituye, sin duda alguna, un gran avance en la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, puesto que los Estados ratificantes, se comprometen a incorporar en sus leyes y prácticas los principios contenidos en ella, convirtiendo sus disposiciones en normas de carácter obligatorio, tanto dentro del país como internacionalmente; motivo por el que se considera que es una contribución esencial a la construcción de elementos de una cultura de respeto y buen trato.

Como es conocido también, el Perú fue uno de los primeros países en ratificarla, en agosto de 1990. Dicho compromiso favoreció la adecuación de la legislación nacional al marco de los estándares internacionales de la cultura contemporánea de los derechos de la niñez y la adolescencia, incorporando nuevas concepciones tales como la doctrina de protección integral y el Principio del Interés Superior del Niño, a través del Código de los Niños y Adolescentes.

## 2. PRINCIPIOS

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

La niña, el niño y el adolescente, son sujetos plenos de derechos, que deben ser respetados por la familia, el Estado<sup>(1)</sup> y la sociedad. En todas las decisiones de política pública, el interés de la niñez 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 la niñez y la adolescencia y otorga preeminencia al interés superior de la niña y el niño por sobre otros intereses y consideraciones.

### 2º La niña, el niño y el adolescente 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 a la niña y 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.

### 3º Igualdad de oportunidades para las niñas, los niños y adolescentes sin discriminación.

Todas las niñas, los 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.

### 4º 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.

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

Las niñas, los 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, los 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.

(1) “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).

(2) 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.

## **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 la niña, el niño y el adolescente deben recibir el afecto, la seguridad, la orientación y los valores esenciales para su desarrollo como seres humanos libres y felices, capaces de ejercer efectivamente sus derechos y llegar a ser ciudadanas y ciudadanos productivos y responsables.



### 3. ENFOQUES

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

Promueve y busca garantizar a las 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 las 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 las 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 las niñas, niños y adolescentes de diversas culturas, a partir del ejercicio del pleno sus derechos.

#### **El enfoque de género**

Permite implementar políticas públicas orientadas al logro de la equidad de las niñas, niños y adolescentes en el pleno ejercicio de sus derechos, sin imponer discriminaciones de género 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, los niños y adolescentes que afrontan condiciones de mayor desventaja y vulnerabilidad, eliminando todo tipo de discriminación.

#### **Enfoque de Territorialidad**

Permitirá tomar en consideración situación particular de la niñez y la adolescencia en los territorios, siendo necesario conocer los diagnósticos regionales y locales que permitan analizar las brechas dentro del territorio para diseñar e implementar intervenciones.



# CAPITULO II

## SITUACIÓN DE LA REGIÓN LORETO





Foto: DIRESA-LORETO

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a:  
una educación de calidad

## 4. SITUACIÓN GENERAL DE LA REGIÓN LORETO

### 4.1 Ubicación Geográfica

La Región Loreto se encuentra ubicado en el extremo Nor-Oriental del territorio peruano, tiene una superficie continental de 368,851.95 km<sup>2</sup>, que equivale al 28.7% del territorio nacional.

La provincia con mayor proporción territorial es Maynas, con 32.50% del territorio regional. La provincia de Alto Amazonas presenta la menor proporción con el 5.09%.

El año 2005, la Región Loreto se divide oficialmente en 07 provincias, siendo Datem del Marañón la provincia más reciente.

Cuenta con 51 distritos, donde Andoas y Teniente Manuel Clavero son los más recientes (ver Anexos, gráfico N° 1).

Según la Dirección Regional de Salud de Loreto, en el Análisis de la Situación de Salud de Loreto del año 2010, el territorio de la Región Loreto se encuentra ampliamente habitado por comunidades indígenas, que representan el 10.78% de la población total de indígenas de la amazonía peruana. Estas comunidades presentan características peculiares de vivencia que condicionan situaciones que repercuten en el estado de salud de su población. Señala además que en la Región Loreto existen 689 comunidades nativas y numerosos grupos indígenas. La población estimada representa el 10.8% de la población total de Loreto, siendo la provincia de Alto Amazonas la que presenta mayor concentración y volumen de pobladores indígenas (38,735 hab.), seguido de Loreto y Maynas con 27,731 y 14,533 habitantes respectivamente.

La Región Loreto posee 3,891 km de fronteras internacionales con tres países:

al Noroeste con Ecuador, al Noreste con Colombia y al Este con Brasil, representando el 38% del total de fronteras del país (ver Anexos, gráfico N° 2).

Estas fronteras, son zonas de mayor vulnerabilidad geopolítica, debido a la ausencia de políticas de desarrollo por parte del Estado (Nacional, Regional y Local), además de la marcada influencia cultural que reciben de localidades limítrofes, como Leticia (Colombia) y Tabatinga (Brasil).

La Región Loreto, a nivel nacional, limita por el Oeste con las regiones de Amazonas, San Martín y Huánuco y por el Sur, con la región de Ucayali.

### 4.2 Población

Según proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el año 2011, la población de la Región Loreto fue de 995,355 habitantes.<sup>(3)</sup> El 41.95% de esta población está conformada por niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad (417,605), siendo la población de 0 a 5 años de edad la de mayor proporción a nivel regional y provincial. La provincia con mayor población de menores de 18 años de edad es Maynas, con un total de 218,052 que representa el 52,21%, siendo la provincia de Mariscal Ramón Castilla la de menor proporción, con un total de 28,345, que representa el 6,78% (ver Anexos, cuadro N° 1).

El año 2012, se reportó una población de 418,051 entre niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad en la Región Loreto (ver Anexos, cuadro N° 2).

(3) Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025. INEI Boletín Especial N° 22. Noviembre 2010

### 4.3 Pobreza

La pobreza en la Región Loreto presentó una reducción de 7,4 puntos porcentuales en el período del 2009 (56.0%) al 2011(48.6%). Pero a pesar de esa reducción, aún superamos el promedio nacional que presentó el 29.1% en el año 2011 (ver Anexos, cuadro N° 3).

De acuerdo a los indicadores de pobreza brindados por FONCODES en el Mapa de Pobreza 2006, todos los distritos de la Región Loreto, corresponden a las categorías de pobres, muy pobres y extremadamente pobres, dividiéndose de la siguiente manera: (4)

- 5 Distritos Pobres: Iquitos, Punchana, Belén y San Juan Bautista en la Provincia de Maynas; Yurimaguas en la Provincia de Alto Amazonas.
- 13 Distritos Muy Pobres: Indiana y Putumayo, en la Provincia de Maynas; Ramón Castilla y Yavarí, en la Provincia de Mariscal Ramón Castilla; Requena, Sapuena, Jenaro Herrera y Tapiche, en la Provincia de Requena; Nauta en la Provincia de Loreto; Sarayacu, Vargas Guerra, Contamana y Padre Márquez, en la Provincia de Ucayali.
- 33 Distritos Extremadamente Pobres: Mazán, Las Amazonas, Torres Causana, Alto Nanay, Teniente Manuel Clavero, El Napo y Fernando Lores en la Provincia de Maynas; Alto Tapiche, Emilio San Martín, Puinahua, Maquía, Capelo, Soplín y Yaquerana, en Requena; El Tigre, Trompeteros, Parinari y Urarinas en Loreto; Pastaza, Morona, Cahua-panas, Barranca y Manseriche en la Provincia de Datem del Maraón;

(4) Análisis de la Situación de Salud de la Región Loreto. DIRESA 2010.

Teniente César López, Jeberos, Lagunas, Santa Cruz y Balsapuerto, en Alto Amazonas; Pevas y San Pablo en Mariscal Ramón Castilla; Pampahermosa e Inahuaya en la Provincia de Ucayali.

## 5. SITUACIÓN DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA REGIÓN LORETO

### 5.1 SITUACIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD: PRIMERA INFANCIA

La Convención de los Derechos del Niño, indica que todas las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho y es el Estado quien debe garantizar su defensa y cumplimiento. La satisfacción de estos derechos debe llevarse a cabo no solo por su eficacia en términos de costo-beneficio (los bien conocidos retornos que producen las inversiones en la primera infancia), sino también, en términos de una obligación moral y un compromiso ético.

La pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud, dificultan la buena atención de los controles del embarazo y el parto. Después del nacimiento, las barreras económicas, los malos hábitos alimenticios y la baja cobertura de salud, atentan contra la nutrición de la niña y el niño, convirtiéndolos en un grupo vulnerable, cuya situación se caracteriza por la baja calidad de vida y la falta de oportunidades que deben brindarle la sostenibilidad necesaria para alcanzar su pleno desarrollo, impidiendo además, la realización de sus derechos y debilitando su entorno protector.

Es preciso señalar que la pobreza se transmite de generación en generación, por ejemplo, madres empobrecidas y

desnutridas, casi siempre dan a luz niñas y niños con bajo peso. Estos recién nacidos corren un mayor peligro de morir y, si sobreviven, tienen menos posibilidades de crecer y desarrollarse plenamente.

La desnutrición crónica, la carencia de micronutrientes y una recurrencia de las enfermedades infecciosas, pueden causar un bajo rendimiento escolar. De esta manera, las niñas y niños afectados, suelen abandonar la escuela más temprano y trabajar en ocupaciones por debajo de la línea de la pobreza, si es que consiguen encontrar trabajo.

Es por ello que la importancia de los primeros años de vida está íntimamente relacionado y ligado a la configuración del cerebro, de las redes neuronales sobre las que se van a asentar todos nuestros aprendizajes futuros. Unas redes neuronales cuya sustancia se irá concretando en función de las experiencias, de la estimulación, del entorno humano, de los afectos y la educación.

El efecto de toda deficiencia en el ser humano y en especial en la niña, en el niño y en la madre, contribuye a incrementar la pobreza. Esta situación genera un círculo vicioso, a más pobreza más desnutrición infantil y por tanto, reducción de las capacidades, originando mayor pobreza por su escasa competitividad en un mercado cada vez más exigente.<sup>(5)</sup>

En la Región Loreto, en el 2011, el total de niñas y niños de 0 a 5 años de edad, fue de 146,607 habitantes. Las provincias con mayor proporción son Maynas con un total de 77,646, seguido de Alto Amazonas con 19,589 y Requena con 13,020. Las Provincias con menor proporción en este rango poblacional son Mariscal Ramón Castilla con 11,199, Datem del Marañón con 11,606, Loreto con 12,405 y Ucayali con 12,487 (ver Anexos, cuadro N° 4).

Para el año 2012 se estima una población de 144,363 niñas y niños de 0 a 5 años de edad en la Región Loreto (ver Anexos, cuadro N° 2).

Según UNICEF, para comparar el estado de desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años entre las diferentes regiones se elaboró el Índice de Desarrollo del Niño (IDN) para la primera infancia, el cual combina los indicadores disponibles de las dimensiones de salud y nutrición, aprendizaje y educación, y de entorno y protección de derechos.<sup>(6)</sup>

El IDN en la primera infancia señala que las seis regiones con menor desempeño relativo son Huánuco (0.43), Cajamarca (0.44), Amazonas (0.45), Huancavelica (0.47), Loreto (0.49) y Ayacucho (0.51); los cuales pertenecen al grupo de las ocho regiones más pobres del Perú.

## 5.1.1 INDICADORES DE SALUD

### a) SALUD MATERNA NEONATAL

La **mortalidad materna** o **muerte materna** es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o puerperio. La mortalidad materna (MM) es un problema de salud pública y es un indicador sensible del estado de la mujer en la sociedad, considerada como una tragedia familiar y social por las repercusiones familiares que trae consigo refleja el acceso a los Establecimientos de Salud y la calidad de atención recibida.

En la Región Loreto, en los últimos cinco años el número de muertes maternas mantiene una constancia en las cifras, pese al trabajo y la oferta que se viene brindando.

(5) Plan Regional Tseta Tana Aipa. Junio del 2008.

(6) Estado de la Niñez en el Perú. Edición 2010.



La mayor parte de las **defunciones son consecuencias de las demoras** en uno o más de cuatro momentos gravitantes: el reconocimiento de las complicaciones, la decisión de ir a un establecimiento, el tiempo de traslado, al EESS y la demora en la prestación de la atención o capacidad de respuesta de calidad.

La mortalidad materna, asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública, que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida de las mujeres. También es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad fértil, así como de su acceso a los servicios de salud y calidad de atención que reciben, incluido el acceso a la anticoncepción, que conlleva defunciones y daños de salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención.<sup>(7)</sup>

Según lo reportado por la Dirección Regional de Salud de Loreto (DIRESA Loreto). En el año 2010 Loreto presentó 33 muertes maternas (84.8% en madres adultas y 15.2% en madres adolescentes). En el año 2011 se reportaron 35 muertes maternas (88.6% madres adultas y 11.4% madres adolescentes) y en el año 2012 se reportaron 27 muertes maternas (77.8% en madres adultas y 22.2% en madres adolescentes), registrándose una disminución de 8 muertes maternas en el periodo del 2011 al 2012. Sin embargo, se aprecia un incremento de 2 muertes maternas en madres adolescentes en ese mismo periodo (ver Anexos, cuadro N° 5).

Con relación a la mortalidad neonatal, los índices son elevados durante las cuatro primeras semanas de vida, por ello los Objetivos de Desarrollo del Milenio contienen la meta de reducir en dos

terceras partes la tasa de mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años de edad y la de disminuir los fallecimientos maternos en un 75,0%. Los estudios realizados destacan que las tres cuartas partes de los fallecimientos se producen durante los primeros siete días de vida, y sobre todo en las horas posteriores al alumbramiento.

La región con mayor número de mortalidad neonatal<sup>(8)</sup> es Tumbes (18 x mil nacidos vivos), seguido de Cusco y Madre de Dios (ambos con 17 x mil), Loreto, Pasco y San Martín (16 x mil), Huancavelica y Ucayali (ambos con 15 x mil), Amazonas y Apurímac (ambos con 14 x mil). Las regiones con menor número son La Libertad (5 x mil), Lima, Tacna (ambos con 7 x mil), Ica y Junín (ambos con 8 x mil) y Arequipa (9 x mil), (ver Anexos, cuadro N° 6).

En el caso de la mortalidad postneonatal,<sup>(9)</sup> las regiones con mayor número de muertes en menores de 1 año de edad son Puno (25 x mil nacidos vivos), Loreto (21 x mil) y Cusco (18 x mil), (ver Anexos, cuadro N° 6).

En el caso de la Mortalidad Infantil,<sup>(10)</sup> Puno (40 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos), Loreto (38 por mil) y Cusco (35 por mil) fueron las regiones que presentaron las más altas tasas de mortalidad infantil, superiores a 30 por mil nacidos vivos, (ver Anexos, cuadro N° 6).

En el caso de la Mortalidad en la Niñez,<sup>(11)</sup> Puno (52 defunciones por cada mil nacidos vivos), Loreto (51 por mil) y Cusco (43 por mil) vuelven a ser las regiones con altas tasas de mortalidad en la niñez, (ver Anexos, cuadro N° 6).

Un aspecto importante a tener en cuenta es el nivel educativo de la madre, el cual

(7) Plan de Contingencia de Muertes Maternas – DIRESA Loreto – Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Perú. Evolución de los Indicadores de los Objetivos del Desarrollo del Milenio al 2009. Objetivo 5. Mejorar la Salud Materna.

(8) Probabilidad de morir durante el primer mes de vida (ENDES 2011).

(9) Antes del primer año de vida (ENDES 2011).

(10) Probabilidad de morir durante el primer año de vida.

(11) Probabilidad de morir antes de cumplir cinco años.

establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (39 por mil), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (12 por mil).<sup>(12)</sup>

Algunos factores determinantes para la salud materna neonatal son:

### **Bajo Peso al Nacer:**

Uno de los factores de riesgo que incrementa las probabilidades de morir en los primeros años de vida es el bajo peso al nacer, definido como el peso inferior a los 2,5 kilos en el momento del nacimiento.

Según los estudios que la OMS ha realizado a nivel mundial, un bebé que nace con menos de 2.5 kilos, tiene veinte veces más probabilidad de morir y es habitual que se desarrolle muy por debajo del nivel que podría lograr. Esto afectará el uso pleno de sus capacidades durante toda su vida. Quienes sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente múltiples enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir mal nutridos y alcanzar menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades de orden cognitivo.

Hay una estrecha relación entre la salud de la madre gestante y la del neonato, puesto que el peso al nacer refleja la experiencia intrauterina, ya que no solo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psico-social del recién nacido.<sup>(13)</sup>

La proporción de niñas y niños con bajo peso al nacer ha pasado de 8.0% a 7,1%

entre los años 2000 y 2011. Lo cual se refleja en la baja seguridad alimenticia de las familias y el escaso acceso a una nutrición apropiada por parte de las mujeres gestantes. Las cinco regiones que registraron los mayores niveles de bajo peso al nacer fueron Loreto (12,1%), Apurímac (11,4%), Cajamarca (10,3%), Huánuco (9.9%) y Huancavelica (9.8%). Loreto se ubica en el primer lugar del ranking, (ver Anexos, cuadro N° 7).

### **Atención Prenatal:**

Un indicador importante que podría reducir las tasas de muerte materna y muerte neonatal es el control prenatal de la madre gestante, porque cuando la gestante recibe control durante el embarazo y se le toman las pruebas necesarias, se puede detectar situaciones que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Es así que la cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país.<sup>(14)</sup>

En la Región Loreto, el porcentaje de mujeres que recibieron atención prenatal por algún proveedor de salud calificado fue de 76% (15.3% recibieron atención prenatal por un médico, 55.5% por una obstetra, 5.1% por una enfermera y 12.9% por un técnico en enfermería o promotor de salud). Quedando una brecha de 11.1% de mujeres que no recibieron atención, (ver Anexos, cuadro N° 8).

### **Parto Institucional:**

Es la cobertura del servicio con profesionales de salud (médicos, obstetras o enfermeras) al momento del parto, lo cual permitiría responder adecuadamente ante cualquier eventualidad o emergencia. Es

(12) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011.

(13) [http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15\\_LowBir-thweight\\_D734Insert\\_Spanish.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBir-thweight_D734Insert_Spanish.pdf).

(14) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011



otro indicador importante a tener en cuenta para la reducción de la muerte materna neonatal.

En el año 2011, a nivel nacional se llegó a una cobertura de 83.8% de partos institucionales. Por regiones, las cinco que presentaron mayor proporción de cobertura fueron Ica (99.7%), Lima (97.0%), Apurímac (96.3%), Arequipa (95.8%) y Tumbes (94.9%). Mientras que las regiones con menor proporción en ese mismo año fueron Loreto (54.1%), Amazonas (54.2%), Cajamarca (58.4%), Puno (70.3%) y Huancavelica (72.3%). A nivel nacional y por regiones amazónicas, la Región Loreto se ubica en el último puesto del ranking, (ver Anexos, cuadro N° 9).

#### **Anemia en Mujeres en Edad Fértil:**

Otro indicador importante es la anemia en las madres gestantes, el mismo que puede afectar el crecimiento y desarrollo del niño en el vientre, ocasionando un nacimiento prematuro y/o bajo peso al nacer, así como casos más graves como la muerte materna.

Según lo reportado por Diresa-Loreto en el año 2011, Loreto reportó 33,652 casos de anemia por deficiencia de hierro, de las cuales 20,799 fueron mujeres (2,256 adolescentes de 12 y 17 años y 3,579 mujeres de 18 a 29 años de edad). (Ver Anexos, cuadro N° 10).

#### **Desnutrición Crónica Infantil:**

Uno de los factores asociados a la muerte infantil es la desnutrición crónica infantil, el mismo que se caracteriza por tener una estatura debajo de la esperada para su edad. Los principales factores asociados a este problema incluyen regímenes de alimentación deficientes y episodios frecuentes de enfermedades infecciosas, los que pueden estar asociados a prácticas de higiene inadecuadas.

La desnutrición infantil crónica se debe al déficit calórico proteico, pero existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes, como el déficit en la dieta de micronutrientes (hierro, vitamina a, vitamina b, zinc y yodo) que constituye una forma “escondida” de desnutrición y representa un grave problema para la salud pública.

Para poner dos ejemplos, la deficiencia de vitamina A disminuye la capacidad de respuesta a las diferentes infecciones, puede generar ceguera y aumenta hasta en un 25% el riesgo de mortalidad materna e infantil, y la falta de yodo es la principal causa de retardo mental y aminora el coeficiente intelectual en aproximadamente diez puntos.<sup>(15)</sup>

Dentro de la desnutrición calórica proteica se reconocen 3 tipos de desnutrición:

**i) Aguda:** Se presenta con una delgadez extrema, producto de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad, que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Se mide como una deficiencia de peso por altura.

**ii) Crónica:** Asociada normalmente a situaciones permanentes de ingesta insuficiente de alimentos o de frecuentes enfermedades, como ocurre en hogares con pobreza. Se mide como retardo de altura para la edad.

**iii) Global:** Es la combinación de la desnutrición crónica y aguda, usada para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. Se mide como deficiencia de peso para la edad.

La desnutrición crónica infantil en Loreto ha disminuido de 34.2% registrado en el año 2011 a 29.6% registrado en el año 2012, utilizando el patrón de la OMS - ENDES correspondiente a cada año. En la Región Loreto consideramos fundamental esta

(15) Infobarómetro de la Primera Infancia. Documento de Investigación sobre la Desnutrición Crónica Infantil. Grupo Impulsor de Inversión por la Infancia. Febrero 2012.

disminución porque se trabajó con una herramienta política social de intervenciones concertadas entre los tres niveles de Gobierno, todos los sectores, Cooperantes Internacionales y Sociedad Civil Organizada. (Ver Anexos, cuadro No 11)

Estas intervenciones permitieron incrementar los presupuestos, por ejemplo en la mejora de Infraestructura educativa y mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, la puesta en marcha de proyectos de agua potable y saneamiento básico, distribución de micronutrientes en niñas y niños, puesta en marcha del programa de apoyo a la primera infancia, médico en tu barrio, Chau cuica, etc.

#### **Anemia Infantil:**

La anemia es otro factor asociado a la desnutrición infantil. La anemia por deficiencia de hierro es la patología de origen micronutricional y es la más frecuente, principalmente entre las mujeres embarazadas y los menores de dos años. Las deficiencias de micronutrientes, vitaminas y minerales constituyen un grave problema nutricional por sus efectos en el desarrollo físico y cognitivo. La anemia ferropriva (por deficiencia de hierro) es una carencia, sobre todo en las niñas y niños menores de 3 años de edad. <sup>(16)</sup>

Entre las causas que producen anemia, un 70% a 80% de los casos son producto de la deficiencia de hierro en la dieta. Algunas otras causas son enfermedades infecciosas que originan inflamación o pérdida de sangre, o la deficiencia de otros micronutrientes como los folatos, vitamina B-12 y vitamina A que dificultan la absorción del hierro.

La anemia materna es un factor de anemia en los niños, así como también el bajo peso

al nacer y la prematuridad (el niño prematuro nace sin reservas de hierro). <sup>(17)</sup>

Las cinco regiones con mayor índice de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad en el año 2011 fueron Puno con 71.1%, Cusco con 64.1%, Madre de Dios con 59.2%, Junín con 59.2% y Loreto con 55.5% que del 2009 al 2010 incrementó en 10,7 puntos porcentuales y del 2010 al 2011 bajó 0,4 puntos porcentuales (ver Anexos, cuadro N° 12).

Así como tenemos factores de riesgo que condicionan la salud del menor de 5 años, también existen factores protectores que pueden ayudar a reforzar el sistema inmunológico, previniendo enfermedades y por ende reducir la desnutrición crónica y la anemia, que son factores asociados a la muerte infantil.

Entre los factores protectores tenemos: alimentación adecuada, administración de micronutrientes, estimulación del desarrollo del niño, atención integral de salud entre otros.

#### **Suplementación de Hierro:**

La suplementación de hierro previene la anemia fisiológica que se produce a los 6 meses de vida, donde los depósitos de hierro disminuyen. Durante los primeros dos años de vida, las niñas y los niños experimentan un crecimiento rápido y eso hace que se consuman sus reservas de hierro.

Siendo el hierro esencial para la vida, el organismo humano no lo produce, por lo que tenemos que ingerirlo. Por ello, la atención al desarrollo nutricional del niño en cuanto a su dieta en hierro y su priorización durante los dos primeros años de vida son aspectos claves.

(16) Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021.

(17) Informe de Seguimiento Concertado al Servicio "Niños con suplemento de hierro y vitamina A"-PPE Articulado Nutricional. MCLCP Nacional 2010.

La Región Loreto, en el 2011, presentó el 14.4%, notándose que del año 2009 (14.2%) al 2011 solo incrementó en 0,2 puntos porcentuales. A nivel nacional, la región Loreto se ubica en el ranking N° 15, (ver Anexos, cuadro N° 13).

Según DIRESA Loreto, el año 2012 se llegó a una cobertura de 14.4% de menores de 3 años de edad con sulfato ferroso, (ver Anexos, gráfico N° 3). Sin embargo, esta cobertura debe ser incrementada por la alta prevalencia de anemia en la Región de Loreto.

### **Lactancia materna y alimentación complementaria:**

Otro factor protector es la lactancia materna exclusiva, la leche materna contiene los nutrientes adecuados para la niña o niño, durante los primeros seis meses de vida, además de inmunoglobulinas; generando defensas que el niño y niña necesita a esa edad, protegiéndolo de las enfermedades prevalentes, así mismo fortalece el vínculo de la madre y el niño/niña.

En el 2011, la Región Loreto alcanzó un 69.6%, de menores de seis meses con lactancia exclusiva, mostrando un incremento de 6,6 puntos porcentuales con respecto al periodo anterior. Si comparamos los periodos 2009, 2010 y 2011, veremos que en el 2009 se obtuvo el índice más alto. A nivel nacional, la Región Loreto se ubica en el ranking N° 16 (ver Anexos, cuadro N° 14).

### **Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED):**

Desde el nacimiento hasta los seis años se debe supervisar la salud y el desarrollo de las niñas y niños, a fin de detectar oportunamente algunas alteraciones y enfermedades.

Este indicador presenta avances significativos en el periodo del 2010 al 2011.

A nivel nacional se incrementó en 7,3 puntos porcentuales el promedio de niñas y niños menores de 36 meses de edad con CRED completo para su edad. A nivel regional se ha incrementado 10,9 puntos porcentuales entre el 2010 y el 2011, pero aún ocupamos el último lugar en el ranking con 35,7% (ver Anexos, cuadro N° 15).

### **Inmunización:**

La posibilidad de que las niñas y los niños se enfermen gravemente y mueran depende en gran medida de la capacidad de su sistema inmunológico. Varios agentes patógenos como bacterias y virus, son los responsables de las principales enfermedades infantiles. Ellos causan enfermedades como el tétano, la difteria, la tos ferina, la tuberculosis, la polio y el paludismo.<sup>(18)</sup>

Con relación a los menores de 12 meses de edad, podemos ver que las regiones con mayor proporción de cobertura de vacunas básicas completas en el 2011 fueron Apurímac (93.1%), Moquegua (91.6%) y Huancavelica (88.2%). Mientras que las regiones con menor cobertura fueron Loreto (60.1%), Amazonas (63.5%) y Madre de Dios (52.6%). En el caso de Loreto, a pesar de ocupar el último lugar, vemos que del año 2009 al 2011 este indicador incrementó en 24,3 puntos porcentuales (ver Anexos, cuadro N° 16).

Con relación a las niñas y niños de 18 a 29 meses de edad con vacunas básicas completas, en la Región Loreto, del año 2009 al 2011, se incrementó en 21,6 puntos porcentuales. A nivel país, Loreto se ubica en el ranking N° 18, (ver Anexos, cuadro N° 17).

Las regiones con mayor proporción de menores de 36 meses de edad con vacunas básicas completas son Huancavelica (87.5%), Apurímac (85.4%)

(18) Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021.

y Moquegua (82.1%). Mientras que las regiones con menor índice son Amazonas (54.7%), Madre de Dios (57.8%) y Loreto (60.5%), en este caso vemos que del 2009 al 2011 se incrementó en 19,8 puntos porcentuales. A nivel nacional, la Región Loreto se ubica en el ranking N° 22, mientras que a nivel de regiones amazónicas se ubica en el puesto N° 3, después de San Martín y Ucayali (ver Anexos, cuadro N° 18).

### **Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA):**

La diarrea está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente de la madre y saneamiento inadecuado.

La región con mayor índice de menores de 36 meses de edad que tuvieron EDA en el 2011 fue Loreto con 34.9% (bajó en 0,5 puntos porcentuales del 2009 al 2011), seguido de Junín con 31,3% y Ucayali con 26.7%. Loreto se ubica en el puesto N° 1 de este ranking (ver Anexos, cuadro N° 19).

### **Acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento:**

Un indicador asociado a las EDAs es el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento ambiental adecuado, estrechamente ligado con el consumo de agua segura, conocido como uno de los indicadores claves de calidad de vida.

A nivel nacional se presenta una proporción de 93,3% de hogares con acceso a agua tratada en el 2011. Por regiones, vemos que la mayor proporción la tuvieron Apurímac (99.6%), Lima (99.1%) y Arequipa (98.8%). Mientras que las regiones de menor proporción fueron Loreto (52.9%), Ucayali (76.0%) y Huánuco (82.5%). A nivel nacional y por regiones amazónicas, Loreto se ubica en el último lugar de este ranking (ver Anexos, cuadro N° 20).

Se considera que los hogares tienen **saneamiento básico** cuando poseen servicio higiénico conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego o negro.

En el año 2011, En el caso de Loreto podemos apreciar un incremento del año 2009 (65.7%) al 2011 (68.9%) de 3,2 puntos porcentuales. A nivel nacional y por regiones Amazónicas, Loreto se ubica en el último lugar de este ranking (ver Anexos, cuadro N° 21).

### **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA):**

Este grupo de enfermedades, conjuntamente con las EDAs y la malnutrición están entre las principales causas de consulta en los servicios de salud y las que causan más muertes, especialmente en niñas y niños menores de 36 meses. Las IRAs son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

En el país prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema. Entre ellos están el bajo peso al nacer, la malnutrición, la contaminación ambiental, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización y la insuficiente disponibilidad de antimicrobianos.<sup>(19)</sup>

La región con mayor índice de IRAs en menores de 36 meses de edad en el 2011 fue Loreto con 30.1%. En el caso de la Región Loreto, a pesar de tener el mayor índice a nivel nacional, vemos que del 2009 al 2011 se bajó en 3,8 puntos porcentuales. A nivel nacional y por regiones amazónicas, Loreto se ubica en el primer lugar del ranking (ver Anexos, cuadro N° 22).

(19) Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021.

Un aspecto importante a considerar es que en el periodo de emergencia por la inundación en la Región Loreto se incrementaron las atenciones por IRAs, a comparación con los reportes de los años anteriores. Es así que hasta la semana epidemiológica 28 se atendieron 85,576 menores de 5 años de edad con alguna IRA, de los cuales el 86.2% fueron IRAs Leves, 2.3% Neumonías y 11.5% fueron casos de asma. En el acumulado de la semana epidemiológica se reportaron 35 defunciones por IRAs en la Región Loreto, siendo el distrito de Punchana el que reportó el mayor número de casos con 10 muertes de menores de 5 años con IRA (ver Anexos, cuadro N° 23).

## 5.1.2 INDICADORES DE EDUCACIÓN

### a) **EDUCACIÓN INICIAL: DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD**

En los primeros años de vida se forma la base para un buen funcionamiento, tanto físico, motriz, social, emocional y cognitivo de las niñas y niños; es decir, estas condiciones iniciales decidirán su futuro. El desarrollo de un nuevo ser, no sólo está relacionado con las funciones de maduración, sino también al ejercicio funcional, el cual está directamente relacionado con la estimulación que ofrece el medio ambiente que lo rodea.

La educación inicial se desarrolla tanto en forma escolarizada, como no escolarizada, atendiendo a niñas y niños hasta los 5 años de edad, 11 meses y 29 días. Este nivel educativo es clave para integrar el desarrollo individual con las necesidades de aprendizaje en función del ciclo de vida. Además de asegurar su desarrollo físico.<sup>(20)</sup>

El estudio High/Scope Educational Reserch Foundation, demuestra el retorno de 17 dólares por cada dólar invertido en

educación inicial. A nivel global se han realizado numerosas investigaciones respecto al impacto de la inversión en la educación inicial, el cual demostró alta inter-relación entre la asistencia a una educación inicial de buena calidad y la calidad de vida más de 20 años después.

La Fundación siguió por más de 20 años a dos grupos de niños de familias pobres, unos que asistieron a educación inicial en comparación con los que no asistieron. El estudio demuestra que la tasa de conclusión en secundaria del grupo con educación inicial fue 65% y 45% para el grupo sin educación inicial; y el promedio de ingreso anual fue mayor en \$5,000.

Según el Censo Escolar del Ministerio de Educación 2011 y 2012 para el nivel educativo inicial, la Región Loreto, en el año 2011 reportó 57,614 (39.29%) niñas y niños de 0 a 5 años de edad matriculados en el Ciclo I (de 0 a 2 años de edad: 2,311) y en el Ciclo II (de 3 a 5 años de edad: 55,303). En el año 2012 se reporta 58,524 (40.53%) matriculados (2,722 en el Ciclo I y 55,802 en el Ciclo II). Por área, en el 2011 se llegó a una cobertura de 38,123 en el área urbana (2,085 en el Ciclo I y 36,038 en el Ciclo II), en el área rural fueron 19,491 (226 en el Ciclo I y 19,265 en el Ciclo II). En el año 2012 fueron 38,199 en el área urbana (2,648 en el Ciclo I y 35,551 en el Ciclo II), en el área rural fueron 20,325 (74 en el Ciclo I y 20,251 en el Ciclo II). Por género, en el año 2011 fueron 28,878 varones (1,155 en el Ciclo I y 27,723 en el Ciclo II) y 28,736 mujeres (1,155 en el Ciclo I y 27,580 en el Ciclo II). En el año 2012 fueron 29,530 varones (1,383 en el Ciclo I y 28,147 en el Ciclo II) y 28,994 mujeres (1,339 en el Ciclo I y 27,655 en el Ciclo II), (ver Anexos, cuadro N° 24).

Es así que, el índice de cobertura en educación inicial para niñas y niños de 0 a 5 años de edad en el 2011 fue de 39.29% y en el año 2012 fue de 40.53%. Calculamos además que, la brecha de atención en el año 2011 fue de 60.71% y en el año 2012 fue de 59.47% (ver Anexos, cuadro N° 25).

(20) Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021.



## 5.2 SITUACIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD: NIÑEZ

La etapa de la niñez se distingue por que en ella destaca la adquisición de conocimientos y de experiencias esenciales para desarrollar su capacidad como seres humanos.<sup>(21)</sup> El ingreso a la escuela le facilita el desarrollo de sus funciones cognitivas, de afecto y de socialidad.

De los 6 a los 11 años de edad, las dimensiones de aprendizaje y educación y de entorno y protección, adquieren una mayor relevancia, dado que en esta etapa se consolidan las capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales adquiridas en la primera infancia.<sup>(22)</sup>

La población total estimada menor de 18 años en el 2011 a nivel nacional fue de 7,049.794, de los cuales 3,518.792 fueron niñas y niños de 6 a 11 años de edad, representando el 49.91% del promedio nacional. A nivel de la Región Loreto, la población total estimada menor de 18 años de edad en ese mismo año fue de 417,605, de los cuales 145,178 fueron niñas y niños de 6 a 11 años de edad, representando el 34.76%. A nivel provincial, podemos ver que las provincias con mayor proporción de niñas y niños de 6 a 11 años de edad fueron Maynas con 64,976 (29.79%), seguido de Alto Amazonas con 17,425 (32.35%) y Requena con 10,490 (30.40%). Las provincias con menor proporción poblacional en este rango de edad en el mismo año fueron Mariscal Ramón Castilla con 8,466 (29.86%), Datem del Marañón con 9,847 (33.41%), Ucayali con 9,914 (30.30%) y Loreto con 10,305 (31.55%), (ver Anexos, cuadro N° 26).

Según el Boletín Especial N° 22 del INEI, la población estimada de niñas y niños de 6 a 11 años de edad para el 2012 fue de 145,723 (ver Anexos, cuadro N° 2).

### 5.2.1 INDICADORES DE SALUD

#### a) AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD

En el periodo 2011-2012, en la Región Loreto se afilió a 171,729 niñas y niños de 0 a 11 años de edad (52,016 en el año 2011 y 119,713 en el año 2012). Si comparamos por género, en el mismo periodo se afilió a 84,479 niñas (25,588 en el año 2011 y 58,891 en el año 2012) y 87,250 niños (26,428 en el año 2011 y 60,822 en el año 2012), notándose mayor cobertura en niños. Si analizamos la ampliación de la cobertura del SIS en el año 2012, podemos apreciar un incremento de 67,697 afiliaciones, es decir, más del doble de las afiliaciones reportadas en el año 2011 (ver Anexos, cuadro N° 27).

### 5.2.2 INDICADORES DE EDUCACIÓN

#### a) ACCESO A LA EDUCACIÓN PRIMARIA

##### **Cobertura en Educación Primaria:**

El conocimiento, las habilidades y los valores que se adquieren en la escuela son fundamentales para llegar a tener un modo de vida satisfactorio y para ser capaces de cumplir las expectativas que cada uno proyecta.

A lo largo de nuestra vida hemos aprendido que todo conocimiento es útil y que todo lo que se aprende, tarde o temprano, da frutos que mejoran la vida de las personas. Por esta razón es necesario ampliar y mejorar la calidad de la educación para mejorar las competencias de las niñas y niños.

(21) / UNICEF México. "Vigía de los derechos de la niñez mexicana". Número 2, año 1. Diciembre de 2005. Tomado de: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_resources\\_vigia\\_1l.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_vigia_1l.pdf)

(22) / INEI-UNICEF. "Estado de la niñez en el Perú". Abril 2008.

La escuela da a las niñas y los niños la oportunidad de aprender a convivir con los demás, es allí donde adquieren conocimientos básicos para comprender el mundo en el que viven, así como desarrollar habilidades para el estudio y para la comunicación.

En la Región Loreto, en el año 2011 se reportaron 178,600 niñas y niños matriculados en el nivel educativo primario (103,988 en Polidocente Completo; 44,658 en Polidocente Multigrado y 29,954 en Unidocente Multigrado). En el año 2012 fueron 155,307 (93,306 en Polidocente Completo; 39,106 en Polidocente Multigrado y 22,895 en Unidocente Multigrado). Por área, en el año 2011 se matricularon 99,452 en el área urbana y 79,148 en el área rural. En el año 2012 fueron 88,213 en el área urbana y 67,094 en el área rural. Por género, en el año 2011 fueron 91,572 varones y 87,028 mujeres. En el año 2012 fueron 79,537 varones y 75,770 mujeres, (ver Anexos, cuadro N° 28)

### Rendimiento Escolar:

#### **Comprensión Lectora:**

Se busca que las niñas y los niños desarrollen conocimientos sobre el lenguaje nacional, así como las habilidades, destrezas y actitudes que les ayuden a comunicarse mejor. No solo se trata de saber leer, sino también de entender lo que lee.

La Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) mide el aprendizaje según tres niveles: **i) Nivel 2:** Deduce ideas para comprender completamente un texto de mediana extensión y vocabulario sencillo. Su respuesta es una conclusión de lo que leyó; **ii) Nivel 1:** Identifica la información de un texto corto y sencillo. Su respuesta, fundamentalmente, repite algo que está escrito en el texto; **iii) Debajo del Nivel 1:** Lee palabras y oraciones aisladas. Aunque logra leer, tendrá dificultades para responder preguntas acerca de lo que leyó.

Los resultados de la ECE a nivel nacional en el periodo del 2010 al 2011 en Comprensión Lectora, ubican a la Región Loreto en el último lugar con 6.1% en el Nivel 2 (1,1 puntos porcentuales menos que en el año 2010), (ver Anexos, gráfico N° 7).

En el periodo del 2010-2011, todas las provincias redujeron sus logros de aprendizaje en comprensión lectora, salvo Requena y Ucayali que incrementaron en 1.2 y 0.08 puntos porcentuales respectivamente (ver Anexos, cuadro N° 29).

#### **Comprensión de Lógico Matemática:**

Las matemáticas en la primaria dan a las alumnas y alumnos las bases para saber contar, medir, comparar y calcular, y para poder aplicar estas habilidades en diversos aspectos de su vida. Asimismo, desarrollan actitudes en observación e investigación.

La ECE presenta tres niveles de medición en matemática: **i) Nivel 2:** Usa los números y las operaciones para resolver diversas situaciones problemáticas; **ii) Nivel 1:** Resuelve situaciones sencillas y mecánicas; y **iii) Debajo del Nivel 1:** Establece relaciones numéricas sencillas en situaciones desprovistas de contexto.

La Región Loreto se ubica en el último lugar a nivel nacional en estudiantes que alcanzan el Nivel 2 en Matemática con 1.4%; 0,4 puntos porcentuales menos que el año 2010 (ver Anexos, gráfico N° 8).

En el año 2011, todas las provincias redujeron sus logros de comprensión matemática, salvo UGEL Amazonas - San Lorenzo y UGEL Requena que incrementaron en el Nivel 2 en 1.5 y 0.06 puntos porcentuales respectivamente, (ver Anexos, cuadro N° 30).



### 5.2.3 INDICADORES DE PROTECCIÓN

#### a) **TRABAJO INFANTIL**

El trabajo infantil es la actividad productiva o prestación de servicios que implica la participación de personas menores de 14 años de edad, cualquiera que sea su condición laboral (asalariada, independiente o familiar no remunerado) que: impida el acceso, rendimiento y permanencia en la escuela, se realiza en ambientes peligrosos, produce efectos negativos inmediatos o a futuro o se lleve a cabo en condiciones que afectan el desarrollo físico, psicológico, moral o social.<sup>(23)</sup>

Como se señaló en el Estado de la Niñez en el Perú del año 2008, hay un conjunto de normas nacionales e internacionales a las que el Estado se ha comprometido, las mismas que prohíben el trabajo infantil y regulan el trabajo adolescente.

A nivel internacional, el Perú ha suscrito la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual establece que el niño tiene derecho a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda poner en riesgo su educación o perjudicar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

En el año 2001 el Perú firmó el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual prohíbe las peores formas de trabajo infantil y adolescente y, en conformidad con el Convenio 138 de la OIT, se establece los 14 años como edad mínima para trabajar.

La Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo presentó estadísticas solo de 3 provincias, en la cual vemos que en el 2011, la Provincia de Maynas presentó mayor número de niñas,

niños y adolescentes trabajadores (NNAT's), con un total de 942 casos (614 hombres y 328 mujeres), de los cuales 162 están dentro de algún tipo de trabajo infantil peligroso (128 hombres y 34 mujeres). La segunda provincia de mayor número de NNATs es Requena, con un total de 385 (204 hombres y 181 mujeres), de los cuales 22 realizan trabajo peligroso (17 hombres y 5 mujeres). En el caso de la provincia de Alto Amazonas, son 73 casos (56 hombres y 17 mujeres), de los cuales 26 están en situación de trabajo peligroso (21 hombres y 5 mujeres). Si analizamos por edades, veremos que el rango de mayor proporción de NNATs en Maynas es de 14 a 17 años de edad (459), mientras que en Alto Amazonas y Requena el mayor rango de edad es de 6 a 11 años (32 y 149 respectivamente). Si analizamos por edad y género, vemos que 80 niñas de 6 a 11 años de edad trabajan en la provincia de Requena, 67 en Maynas y 9 en Alto Amazonas; en el rango de 12 años de edad, vemos que 59 niñas trabajan en la provincia de Maynas, 35 en Requena y 1 en Alto Amazonas; en el rango de 13 años de edad, 44 trabajan, 21 en Requena y 0 en Alto Amazonas; en el rango de 14 a 17 años de edad, 328 adolescentes trabajan en Maynas, 181 en Requena y 17 en Alto Amazonas (ver Anexos, cuadro N° 31).

#### b) **ACCESO A LA IDENTIDAD O DOCUMENTACIÓN OFICIAL**

La obtención del documento nacional de identidad (DNI) es un derecho que se está ejerciendo cada vez más en la mayoría de hogares en la región Loreto, como resultado de la obligatoriedad de la presentación del DNI, para la matrícula en las Instituciones Educativas y para las atenciones médicas en salud.

El número total de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que accedieron al DNI hasta el 31 de diciembre del 2012 en el departamento de Loreto fue de 401,097 (204,042 varones y 197,055 mujeres), notándose mayor cobertura en la población masculina. Por provincias, en

(23) Guía Básica para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. MIMDES-ADRA Perú. Marzo 2006

Alto Amazonas se identificó con DNI a 53,955 menores de 0 a 17 años (27,398 varones y 26,557 mujeres); en Datem del Marañón a 26,622 (13,299 varones y 13,323 mujeres); en Loreto a 31,512 (16,160 varones y 15,352 mujeres); en Mariscal Ramón Castilla a 26,179 (13,370 varones y 12,809 mujeres); en Maynas a 206,309 (105,048 varones y 101,261 mujeres); en Requena a 29,876 (15,182 varones y 14,694 mujeres); y en Ucayali a 26,644 (13,585 varones y 13,059 mujeres), (ver Anexos, cuadro N° 32).

### 5.3 SITUACIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD

La adolescencia constituye uno de los períodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad, etapa en la que se modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los adolescentes se perciben así mismos y a los demás.

La infancia y la adolescencia son la base fundamental del capital humano. Idealmente, todos los adolescentes peruanos deberían culminar su educación secundaria y contar con las competencias necesarias para acceder a un trabajo decente o matricularse en cursos de educación superior. Lograr este ideal, o lo que es igual, formar el mejor capital humano para el Perú, depende de la vigencia de varios derechos a lo largo de su ciclo de vida, incluyendo los de salud, nutrición, educación de calidad y acceso a un ambiente socioeconómico propicio.

El total de población estimada de 12 a 17 años de edad a nivel nacional en el 2011 fue de 3,501.174 (49.66%). En la Región de Loreto fue de 125,820 (3.59%). Las provincias con mayor concentración de

población de este grupo etario fueron: Maynas con 75,430 (59.95%); Alto Amazonas 16,842 (13.38%); Requena 10,995 (8.73%) y Ucayali 10,318 (8.20%). Mientras que las provincias de menor concentración fueron Datem del Marañón con 8,012 (6.36%); Mariscal Ramón Castilla 8,680 (6.89%); y Loreto 9,952 (7.90%), (ver Anexos, cuadro N° 33).

Según el Boletín Especial N° 22 del INEI, se estima una población de 127,965 adolescentes de 12 a 17 años de edad para el 2012, (ver Anexo, Cuadro N° 2).

#### 5.3.1 INDICADORES DE SALUD.

##### a) AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD

El número de adolescentes de 12 a 17 años de edad afiliados a algún seguro de salud en la Región Loreto en el periodo 2011-2012 fue de 64,052 (31,624 mujeres y 32,428 varones), notándose mayor cobertura en la población masculina. A nivel de provincias: Maynas tuvo una cobertura de 29,026 adolescentes (14,522 mujeres y 14,504 varones); Alto Amazonas 11,260 (5,577 mujeres y 5,683 varones); Loreto 5,696 (2,704 mujeres y 2,992 varones); Mariscal Ramón Castilla 4,334 (2,176 mujeres y 2,158 varones); Requena 5,054 (2,413 mujeres y 2,641 varones); Ucayali 3,920 (1,882 mujeres y 2,038 varones) y Datem del Marañón 4,762 (2,350 mujeres y 2,412 varones), (ver Anexos, cuadro N° 34).

##### b) SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual:

La edad promedio de casos de SIDA es de 31 años, por lo que el 50% de todos los casos se habrían infectado alrededor de los 20 años de edad, es decir entre la etapa adolescente y joven. (24)

(24) DGE-MINSA 2010.

La infección por VIH se encuentra concentrada mayoritariamente en algunos grupos en los que tiene una prevalencia mayor al 5%. También implica que las gestantes presentan una prevalencia menor al 1%.

Desde año 2011 también se incorpora en el programa presupuestal de TBC, VIH y SIDA el producto: Población adolescente informada sobre infecciones de transmisión sexual, y VIH/SIDA.

La epidemia del VIH/SIDA ha tenido consecuencia importante en la población adolescente y joven, al considerar que casi la mitad de toda las recientes infecciones se ostentaba en individuos menores de 29 años, se alcanzó casos Positivos de VIH en adolescentes el 6.8% del total general de casos positivos de VIH y el 35.5% en jóvenes, y que generalmente se transmite por vía sexual, (Ver Anexos, gráfico N° 4).

#### **Embarazo Adolescente:**

El embarazo en la adolescencia, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad, y por la Etapa de Vida establecidas por normas del Ministerio de Salud está considerada de 12 a 17 años, también se suele designar como un embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado las suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Aunque en muchas culturas aún persiste la idea de que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen.

La Organización Mundial de la Salud – OMS, considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 19 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a

complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado.

La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos.

Las tasas elevadas de embarazo en Adolescentes en nuestra Región es un factor que afecta la Salud Integral del Adolescente, por lo que se viene trabajando mediante actividades preventivo promocionales cómo la captación oportuna a través de las Visitas Domiciliarias, cursos de capacitación en Adolescentes para la formación de promotores pares adolescentes, Orientación y Consejería Integral, implementación de horarios y consultorios diferenciados que durante éste año 2012 se levantaron las coberturas.

Según la información de la Dirección Regional de Salud de Loreto, la muerte materna en adolescentes representó un 16% en el periodo 2005-2011. Entre enero y julio del año 2011 se registraron 4 muertes maternas en adolescentes en la región lo que representó el 19% del total de muertes maternas ocurridas en el periodo.

Un avance importante ha sido la inclusión en el proceso de programación presupuestal 2012 de un producto en el programa presupuestal materno neonatal:

Adolescentes acceden a servicios de salud para la prevención del embarazo, que a su vez contiene dos sub productos:

1. *Adolescentes reciben orientación y consejería en salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo.*
2. *Atención integral para la prevención del embarazo adolescente.*

Las adolescentes embarazadas corren el riesgo de sufrir partos prematuros, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados vaginales, anemia y complicaciones que pueden causar la muerte de la madre y de su hijo o hija.

La incidencia del embarazo adolescente en el Perú es de 13.7%, estos casos se concentran en las zonas rurales y de mayor pobreza.

En los grupos étnicos adquieren conductas reproductivas muy especiales en donde los embarazos son numerosos y seguidos en edades extremas, ello origina enfermedades y complicaciones en la mujer durante el embarazo.

Otra característica de la población indígena es la de ser eminentemente joven. Relacionando con las altas tasas globales de fecundidad que aún persisten en la población indígena.

En los últimos años los porcentajes de embarazo en adolescentes no han disminuido en la región, siendo un porcentaje importante que conlleva el riesgo de Muertes maternas que se pudieron registrar desde el años 2008 al 2011 donde las cifras se mantuvieron, las causas más frecuente ocurrieron por Hipertensión Arterial inducido por el embarazo y Hemorragias.

Otro factor importante es el difícil acceso de los adolescentes a los establecimientos de salud, ya que inician tempranamente la actividad sexual, desconociendo los métodos de planificación familiar.

En el año 2011 se realizaron las modificaciones de los Informes Materno Perinatal según Etapas de Vidas establecidos en las Normas técnicas del Ministerio de Salud, por lo que se pudo identificar que el 17% del total de gestantes atendidas, correspondían a adolescentes de 12 a 17 años de edad.

En el Perú, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad embarazadas por primera vez en el año 2011 fue de 12,5%. Las regiones con mayor porcentaje son: Loreto (30%); Madre de Dios (27,9%) y Ucayali (24,9%). A nivel nacional y por regiones amazónicas, Loreto se ubica en el puesto N° 1 de este ranking (ver Anexos, cuadro N° 35).

#### **Control Pre Natal a Gestantes Adolescentes:**

En el 2012, la DIRESA Loreto informó que, del total de gestantes atendidas, el 25 % fueron adolescentes (ver Anexos, gráfico N° 5).

El embarazo en adolescentes ocasiona una tasa de mortalidad importante por lo que se viene trabajando en el seguimiento a través de las visitas domiciliarias y la atención diferenciada en hospitales y establecimientos de salud pilotos.

#### **Parto Institucional en Gestantes Adolescentes:**

El año 2012 Se alcanzó 34.6% de parto institucional en adolescentes del total de adolescentes atendidos. La Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa Vida Adolescente Joven, viene realizando actividades cómo las Visitas Domiciliarias en adolescentes de riesgo.

### 5.3.2 INDICADORES DE EDUCACIÓN

#### **a) EDUCACIÓN SECUNDARIA EN EDAD NORMATIVA**

En el año 2011 se reportaron 78,589 adolescentes matriculados en el nivel educativo secundario (77,673 en Presencial, 215 A distancia y 701 en Alternancia). En el año 2012 fueron 60,932 (60,342 en Presencial, 207 A distancia y 383 en Alternancia). Por área, en el año 2011 fueron 60,257 en el área urbana y 18,332 en el área rural; en el año 2012 fueron 46,589 en el área urbana y 14,343 en el área rural. Por sexo, en el año 2011 fueron 42,297 varones y 36,292 mujeres; en el año 2012 fueron 32,548 varones y 28,384 mujeres (ver Anexos, cuadro N° 36).

### 5.3.3 INDICADORES DE PROTECCIÓN

#### **a) VIOLENCIA FAMILIAR**

La violencia familiar, ejercida de manera directa en los niños o en algún otro familiar o persona cercana a ellos, puede tener consecuencias en su autoestima, rendimiento escolar y proceso de socialización.

Un contexto familiar donde se ejerza de manera continua la violencia (física y/o psicológica), no sólo implica que las madres y los padres pueden ver afectado su bienestar, su salud física y/o mental (lo que además posiblemente afecte negativamente el cuidado físico, cariño y protección que puedan dar a sus hijos o hijas), sino que se constituye en un espacio donde se valida una forma de relación entre las personas, una manera específica de resolver los conflictos, la cual puede ser incorporada y reproducida en los patrones de relación del niño, tanto durante la niñez como cuando sea joven y adulto.

La baja tasa de denuncias y la escasez de registros que den cuenta de esta problemática, son dos de los principales factores que impiden conocer la verdadera magnitud de este problema, en tanto el

castigo físico y/o psicológico que los padres y tutores imparten al niño o adolescente para educarlo o corregirlo no es considerado como violencia sino como legítimo ejercicio de su rol de padres, que no suele ser reportado sino sólo cuando ha generado lesiones que demanda atención médica; según estimaciones, un 30% de los casos de maltrato han sido detectados en los centros de salud y hospitales. (25)

Según el Sistema de registro de casos y atenciones de Violencia Familiar y Sexual del Centro Emergencia Mujer, en el año 2012 se reportaron 971 casos de Violencia Familiar y Sexual de los cuales 220 representaron violencia familiar en menores de 0 a 17 años (130 Mujeres y 90 varones) y 97 casos de violencia sexual en menores de este mismo rango de edad (92 mujeres y 05 varones), pudiendo apreciar que el número de víctimas es mucho más elevado en el sexo femenino. El Centro Emergencia Mujeres Iquitos reporta el mayor número de casos tanto en violencia familiar y sexual (Ver Anexos, cuadro No 37).

#### **b) EXPLOTACIÓN SEXUAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes es la actividad en la que un adulto utiliza a un menor de 18 años de edad con propósitos sexuales a cambio de dinero, cosas, "favores" o protección entre otros. Se vincula a momentos críticos, de adolescentes que viven en condiciones de pobreza o abandono, volviéndolos víctimas de adultos clientes/explotadores, intermediarios y proxenetas.

Punchana se caracteriza por ser una zona comercial ligada a la actividad portuaria, De este distrito salen y entran embarcaciones, transportando gente y productos

(25) Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes. Una aproximación desde los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer. MIMDES. 2004.



comerciales. El puerto de Masusa es la zona que presenta mayor riesgo para las niñas, niños y adolescentes, pues en ese lugar abundan los bares, tragotecas y hospedajes informales.

Las discotecas, los bares y los night clubs que se ubican en el centro, el bulevar y alrededor de la Plaza de Armas son igualmente lugares peligrosos. En los night clubs de esta zona se encuentran trabajando chicas que han sido traídas de diferentes sitios de Loreto para trabajar como damas de compañía y procurar que los clientes beban la mayor cantidad de licor posible.

Otras merodean discretamente alrededor de los locales a la espera de algún cliente explotador que las contacta con el propósito de utilizarlas sexualmente. Los fines de semana otras trabajan dando espectáculos de baile desnudas.

Otra modalidad de explotación de niñas se da en los prostíbulos o burdeles conocidos como “chongos” de Secada Vigneta y Pampachica en San Juan Bautista.

Belén es otro lugar donde se explotan niñas y adolescentes. Esto se da principalmente en bares y en zonas rojas. Los locales identificados son los peque peques-Belén, los alrededores de la plazuela y el mercado.

En la ciudad de Iquitos CHS Alternativo, atiende a víctimas niñas, niños y adolescentes a través de su centro de atención legal y psicológica- CALP, del periodo de 2008 al primer semestre del 2011, este servicio ha registrado 22 víctimas, en su mayoría menores de edad en el momento de ocurrido el episodio de victimización. En relación a adolescentes mujeres y varones en situación de explotación sexual, durante el periodo 2008-2011, los diversos proyectos institucionales, han atendido 70 víctimas; cabe resaltar que dichos adolescentes

fueron victimizados en las modalidades de explotación sexual esporádica y que el 45% de los mismos eran varones de diversidad sexual.<sup>(26)</sup>

### **c) TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

La trata de personas, conocida hoy en día como la “esclavitud del siglo XXI”, es un delito que atenta contra los derechos humanos, pues vulnera la esencia misma de la persona: vida, libertad, integridad y dignidad.

La trata de personas es el alquiler o la compra y venta de seres humanos. Es un crimen que anualmente afecta a millones de personas en el mundo y es visto como un proceso que comienza con el reclutamiento de la persona y termina con la explotación de la misma por bandas de crimen organizado.

En la ruta Selva Norte, Iquitos es la principal zona de origen con destino a Puerto Maldonado, Cajamarca, Cusco y Lima. Las localidades de Tarapoto, Bellavista, Juanjuí, Saposoa y Tocache, en la Región San Martín, son lugares de origen y destino hacia Lima, Arequipa y Cajamarca.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados del estudio, Diagnóstico de la Explotación, Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA) en la ciudad de Iquitos, realizado por el Instituto de Estudios por la Infancia y la Familia – IDEIF, respecto al conocimiento de quien es el principal explotador de las adolescentes que venden su cuerpo, indicaron que es el proxeneta seguido de la “mami” u otro intermediario que suele ser otro adulto/a, y sólo en dos casos identificaron al cliente indicando que de no existir clientes no existiría la ESCNNA, manifestando que en su mayoría son extranjeros y adultos los

(26) Línea de Base del Proyecto Trata de Personas en la Región Loreto. CHS Alternativo. 2011.

que solicitan y/o buscan intermediarios para tener relaciones sexuales con menores de edad..

Asimismo, indicaron que en las zonas rurales de la región (pueblos, caseríos), principalmente del marañón; son los padres u otros familiares los que ofrecen y/o colocan a las niñas menores de edad con adultos visitantes y/o de posiciones en el pueblo que pueden ser maestros, ingenieros, médicos, etc. A cambio de dinero y/u objetos materiales como ropas, zapatos, celulares, etc.

La División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia de la V DIRTEPOL Iquitos, señala en su “Análisis Situacional de la Ciudad de Iquitos en el Tema de Trata de Personas” que, la ciudad de Iquitos es por lo general un lugar de Captación, por parte de personas que llegan hasta esta ciudad de diferentes puntos del país, con la finalidad de reclutar mujeres cuyas edades oscilan entre los 13 y los 35 años de edad, para explotarlas sexualmente en diferentes puntos de destino.

La ruta más utilizada para trasladar a las mujeres víctimas es por vía fluvial a través de los puertos ubicados en el distrito de Punchana, tales como el Puerto “Silfo Alván del Castillo” o conocido como el Puerto “Masuza” y el Puerto “Henry”. Desde estos puntos salen lanchas que cubren las rutas de Iquitos/ Yurimaguas e Iquitos/Pucallpa. La ruta más común es la de Iquitos/Pucallpa, y de allí son trasladadas hacia Huánuco, Lima y todo el sur del país. Otra ruta es la comprendida desde Iquitos-Yurimaguas y de allí son desplazadas hacia la zona de Moyobamba y toda la zona norte del país; de igual forma se utiliza como medio de salida el Aeropuerto Internacional “Francisco Secada Vignetta”.

Usualmente son trasladadas para trabajar en diferentes “Bares”, “Nigth Club”, “Vídeo Pub”, prostíbulos con fachadas de hostales

instalados en otros lugares del Perú, tales como por ejemplo Huánuco, Moyobamba, Bagua Chica, Trujillo, Cajamarca, Chiclayo, Piura, Tumbes, Huaráz, Lima, Pisco, Ica, Moquegua, Mollendo, Tacna, Arequipa, Cusco y Puerto Maldonado.

En el 2012, la Sección de Trata de Personas de la DIVINCRI-AJ Iquitos registro 17 casos de trata de personas con fines de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes de sexo femenino. Asimismo se reportaron 9 casos de Trata de personas con fines de explotación laboral (7 mujeres y 2 varones), (ver Anexos, cuadro N° 38).

#### **d) ADOLESCENTES INVOLUCRADOS EN CONFLICTO CON LA LEYPENAL**

El año 2010 se sentenciaron a 29 adolescentes entre 15 a 17 años de edad. La mayor frecuencia se presentó en adolescentes infractores por delito contra la libertad sexual (14) y contra el patrimonio (10), y la de menor frecuencia fue contra la vida, el cuerpo y la salud (5). En el año 2011 se incrementaron las sentencias a 36 adolescentes entre las mismas edades, es decir 7 sentencias más que en el año 2010. La mayor frecuencia se presentó en adolescentes infractores por delito contra el patrimonio (19), esta modalidad de infracción incrementó en 9 adolescentes sentenciados más que en el año 2010. En el caso de la infracción por delito contra la libertad sexual se redujo en 4 sentencias menos que en el año 2010. En el caso de los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud se incrementó en 2 adolescentes sentenciados más que en el año 2010 (ver Anexo, Cuadro N° 39).

En el Artículo IV del Título Preliminar del Código del Niño y del Adolescente se precisa las clases de medidas que se aplicarán a las y los infractores, según la edad de los mismos, es decir, para los menores de 14 años de edad se aplicarán las medidas de protección y para los mayores de 14 años las medidas socio-educativas.

Las medidas socio-educativas tiene por objeto la rehabilitación del adolescente infractor; estas son: amonestación, prestación de servicios a la comunidad, libertad asistida, libertad restringida e internación; y las medidas de protección son el cuidado en el propio hogar, participación en un programa oficial con atención educativa, de salud, social, incorporación a una familia sustituta y la atención integral de un establecimiento de protección especial.

En el período del 2010 al 2011, 25 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con medidas socio-educativas, de los cuales 4 fueron mujeres (2 de 16 y 2 de 17 años de edad respectivamente) y 21 varones (4 de 15, 6 de 16 y 11 de 17), (ver Anexos, cuadro N° 40).

#### **e) CONSUMO DE DROGAS LEGALES, ILEGALES Y MÉDICAS.**

La incidencia del consumo de drogas mide el número de escolares que consumieron por primera vez algún tipo de droga en el último año, entre quienes no habían consumido previamente dicha sustancia. Así tenemos que en el grupo de las drogas legales el 13.1% consumió alcohol y el 7.1% consumió tabaco. En el grupo de las drogas ilegales el 1.3% consumió inhalantes, el 1.9% marihuana, el 0.8% pasta básica de cocaína, el 1.6% éxtasis y el 0.9% cocaína. En cuanto a las drogas médicas el 1.6% de los escolares consumió tranquilizantes y el 0.9% estimulantes (ver Anexos, cuadro N° 41).

#### **f) PARTICIPACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

La participación es un derecho y un principio democrático, según el cual todas las personas tienen derecho a intervenir en el proceso de toma de decisiones y en la realización de las metas políticas, sociales y culturales de la sociedad.

La participación de los niños, niñas y adolescentes tiene capacidad política y

jurídica el cual le permite intervenir en los diversos procesos de gestión de desarrollo local, regional y nacional, especialmente en aquellos que lo afecten. Por lo que la promoción de la participación es un deber del Estado y un derecho de los ciudadanos.

La participación permite a las niñas, niños y adolescentes ser actores de su desarrollo personal y social. Ello implica el ejercicio del derecho a ser informado, emitir opinión, ser escuchado, organizarse e incidir en las decisiones que se toman en temas que le involucran e interesan, considerando de que no se trata de participar por hecho de hacerlo sino de ir más allá, de participar por algo de contribuir desde su experiencia a un proyecto de desarrollo; reconociendo el lugar que ocupa el otro, sea adulto o niña.

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

En el caso de la Región Loreto existe un espacio denominado la Red de Niños, Niñas y Adolescentes (REDNNA Iquitos) que ha sido capaz de reunir a 14 organizaciones de niños, niñas y adolescentes con la finalidad de generar y promocionar la protección de sus congéneres realizando incidencia pública a fin de que se considere en la agenda regional los problemas que aquejan a la niñez y adolescencia loretoana.

Según la información recopilada en el Informe de Línea de Base del Proyecto “Barrios saludables desde el trabajo intergeneracional” realizado por la Asociación Civil Kallpa en Iquitos durante el período de abril-junio del 2012, a través del Proyecto “Pampachica” durante el 2007 y 2011, promovió la construcción de barrios saludables autónomos con el protagonismo de sus adolescentes y jóvenes, siendo una de sus experiencias exitosas la



conformación de la organización barrial “Jóvenes en Progreso”, ubicados en el AA.HH. El Porvenir, con una población de 693 habitantes, de los cuales 131 son niños y niñas de 0 a 9 años de edad (19%) y 193 son adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años de edad (28%).

El principal logro de “Jóvenes en Progreso”, actualmente conformado por 20 integrantes (10 adolescentes y 10 jóvenes), fue el promover un Plan de Desarrollo Barrial, elaborado de manera conjunta entre adultos, jóvenes y adolescentes en el AA.HH. El Porvenir, participando además en los principales proyectos desarrollados por Kallpa como el Centro Cultural y el Parqucito, ubicados en la misma zona, desde la perspectiva de trabajo intergeneracional, posicionando así la necesidad de construir barrios saludables.

El Centro Cultural funciona actualmente de forma autogestionada por parte del Grupo “Juventud en Progreso”, con el respaldo de la Secretaría General del Asentamiento y con el apoyo puntual, para algunas actividades, de las instituciones públicas vinculadas a los temas de desarrollo juvenil como la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad Provincial de Maynas, el Programa Projoven, la Oficina Etapa de Vida Adolescente y Joven (EVAJ) de la DIRESA, entre otras, desarrollando 6 micro proyectos en fortalecimiento organizativo, cuidado del ambiente y limpieza barrial, prevención de embarazo en adolescentes, ITS y VIH, comunicación familiar y emprendimiento juvenil.

Una experiencia significativa de participación de niñas, niños y adolescentes, se desarrolla con el Parlamento Infantil, una experiencia vivencial de niñas, niños y adolescentes que pertenecen a organizaciones tanto escolares como extra escolares y que constituye una oportunidad para la vivencia de prácticas de organización social y diálogo intergeneracional, cuyo

propósito es aportar al fortalecimiento de la formación en valores democráticos.

El Parlamento Infantil, es convocado por la Red de Niñas, Niños y Adolescentes – **Red NNA Iquitos**, logrado desde el año 2011 la participación de organizaciones pares de la ciudad de Iquitos, Nauta y 5 comunidades del río Itaya (Belén); en este año se contó con delegaciones de Requena, Parinari Mazan e Indiana.

Las tareas desarrolladas en el Cuarto Parlamento Infantil desarrollado en la ciudad de Iquitos en Diciembre del 2012 fue revisar las acciones del representante del Consejo Regional de los Derechos de la Infancia y Adolescencia - **CORDDIA** (elegido en el 3º Parlamento Infantil – año 2011), instancia regional en formación, que acompañará el desarrollo e implementación de políticas públicas en favor de la infancia y adolescencia en Loreto; asimismo, revisar y validar el Reglamento del grupo impulsor del **Consejo Consultivo de las Niñas, Niños y Adolescentes de Loreto - CoCoNNAL**, constituido por representaciones exclusivamente de organizaciones de niñas, niños y adolescentes. Esta experiencia constituye un aporte importante al desarrollo de las capacidades y participación protagónica de las niñas, niños y adolescentes en la vida de su comunidad. Además se eligió a los representantes a la Comisión Nacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente - **CONADENNA**, instancia nacional reconocida por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Otra experiencia significativa de participación protagónica de las niñas, los niños y adolescentes fue la inclusión de representantes de organizaciones de niñas, niños y adolescentes en el proceso del Presupuesto Participativo de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista para el periodo 2013, quienes lograron incluir un proyecto de prevención del embarazo en

adolescentes, en un proceso articulado con la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza – Región Loreto, CHS Alternativo e INPPARES.

**g) DEFENSORIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE:**

La Defensoría del Niño y del Adolescente – DNA es un servicio especializado en niñas, niños y adolescentes de carácter público, administrativo y gratuito, cuyos objetivos son promover y proteger los derechos que la legislación reconoce a las niñas, niños y adolescentes en el marco de sus funciones. (Ver anexos, cuadro N° 42).

# CAPITULO III

## MARCO LÓGICO: MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS y RESULTADOS





Foto: DIRESA-LORETO

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a:  
vivir en un ambiente sano

## 6. VISIÓN Y MISIÓN

### 6.1.- VISIÓN

Los niños, niñas y adolescentes de Loreto al 2021, ejercen de manera protagónica el ejercicio de sus derechos y deberes, tienen igualdad de oportunidades, acceden a servicios de calidad, se encuentran protegidos por su familia y el Estado y se desarrollan integralmente. Contribuyen al desarrollo regional con enfoque de género e interculturalidad.

### 6.2.- MISIÓN

El Gobierno Regional de Loreto y los gobiernos locales incorporan y viabilizan en sus políticas públicas la prevención, promoción, atención y defensa de los niños, niñas y adolescentes, articulando acciones con los diferentes sectores y la sociedad civil, generando condiciones para el desarrollo integral, calidad de vida y vigilancia, que permita ejercer el pleno ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

## 7.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y RESULTADOS ESPERADOS

### OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 01:

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

#### **Resultados Esperados:**

1.- Gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral durante la gestación, el parto, puerperio, período neonatal y primera infancia, con adecuación cultural.

2.- Acceso universal al derecho al nombre y a la identidad.

3.- Alimentación y nutrición saludable para las niñas y niños

4.- Acceso universal al agua segura y saneamiento básico.

5.- Niñas y niños acceden oportunamente a programas de estimulación temprana.

6.- Acceso a una Educación Inicial de calidad e intercultural.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 02:

**Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.**

#### **Resultados Esperados:**

7.- Asegurar el acceso universal a servicios de salud integral para niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

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

9.- Logro de competencias de comprensión lectora y matemáticas.

10.- Reducción del trabajo Infantil peligroso de niñas y niños en edad escolar.

11.- Niñas y niños cuentan con espacios seguros saludables y recreativos fomentando un óptimo desarrollo bio psicosocial.

12.- Niñas y niños con conocimientos en contenidos de Educación Sexual Integral para la salud integral insertados en la currícula educativa con énfasis en salud sexual y reproductiva.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 03:**

**Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.**

***Resultados Esperados:***

**13.-** Disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.

**14.-** Disminuir la incidencia de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.

**15.-** Prevenir la incidencia del Virus Papiloma Humano (PVH) en adolescentes.

**16.-** Acceso de adolescentes en la edad normativa a la educación secundaria intercultural, inclusiva y de calidad, con énfasis en zonas rurales y comunidades indígenas.

**17.-** Conclusión de adolescentes en la edad normativa a la educación secundaria intercultural, inclusiva y de calidad.

**18.-** Protección frente al trabajo peligroso en adolescentes.

**19.-** Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (drogas).

**20.-** Disminución de menores de edad involucrados en conflictos con la ley penal.

**OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 04:**

**Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.**

***Resultados Esperados:***

**21.-** Incrementar el número de casos denunciados y sentenciados de Trata, explotación sexual, abuso sexual y violencia familiar de niñas, niños y adolescentes.

**22.-** Participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas regionales y locales.

**23.-** Disminución de niñas, niños y adolescentes en situación de calle con alto riesgo psicosocial.



## 8. RESULTADOS ESPERADOS, METAS E INDICADORES:

### 8.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 01

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

#### ***Resultado Esperado N° 1:***

**Gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral durante la gestación, el parto, puerperio, período neonatal y primera infancia, con adecuación cultural.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Disminuir a 50% las muertes maternas en mujeres adultas y a 10% en mujeres adolescentes en la Región.	% de muertes maternas en mujeres adultas	78% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y reproductiva -DIRESA Loreto).
	% de muertes maternas en adolescentes	22% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y reproductiva -DIRESA Loreto).
Reducir la mortalidad infantil a 20 x 1000 nacidos vivos, para el 2021.	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.	38 x mil (Fuente: ENDES 2011).
Reducir en 10 puntos porcentuales de nacidos con bajo peso.	% de nacidos con bajo peso al nacer (<2,5 Kg.).	12.1% (Fuente: ENDES PpR 2011).
Incrementar en 75% la cobertura de partos atendidos por profesionales de la salud.	% de partos atendidos por profesionales de la salud.	54.1% (Fuente: ENDES PpR2011).

#### ***Resultado Esperado N° 2:***

**Acceso universal del derecho al nombre y a la identidad.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el número de niñas y niños de 0 a 17 años de edad que cuentan con Documento Nacional de Identidad (DNI).	N° de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI.	401,097 (95.94%). Fuente: RENIEC-31 de Diciembre 2012.

**Resultado Esperado N° 3:****Alimentación y nutrición saludable para las niñas y niños.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Reducir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.	% de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad.	29,6% (Fuente: ENDES 2012-Patrón OMS)
Reducir a 20% la anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad y a 30% en mujeres en edad fértil	% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia.	55,5% (Fuente: ENDES PpR 2011).
	% de anemia en madres gestantes.	2,08% (Fuente: EVAJ-DIRESA Loreto-2011).
Incrementar a 40% de cobertura de suplementación de hierro en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad.	% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió suplemento de hierro.	14,4% (Fuente: Base de datos HIS-Estadística DIRESA Loreto 2012).
Incrementar a 85% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	69,6% (Fuente: ENDES PpR 2011).
Reducir en 20 puntos porcentuales los casos de EDAs en menores de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con EDAs.	34,9% (Fuente: ENDES PpR 2011).
Reducir en 20 puntos porcentuales los casos de IRAs en menores de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con IRAs.	30,1% (Fuente: ENDES PpR 2011).
Incrementar en 60% la cobertura de CRED completo para menores de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con CRED completo.	35,7% (Fuente: ENDES PpR 2011).
Incrementar al 80% de vacunas completas según calendario nacional, en el menor de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con vacunas completas.	60,5% (Fuente: ENDES PpR 2011).

**Resultado Esperado N° 4:****Acceso universal al agua segura y saneamiento básico.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
75% de hogares cuentan con acceso a agua segura.	% de hogares con acceso a agua segura.	52,9% (Fuente: ENDES PpR 2011).
75% de hogares cuentan con saneamiento básico.	% de hogares con saneamiento básico.	68,9% (Fuente: ENDES PpR 2011).

**Resultado Esperado N° 5:**

**Niñas y niños acceden oportunamente a programas de estimulación temprana.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Alcanzar el 75% de Cobertura en Educación Inicial en menores de 0 a 2 años de edad.	% de niñas y niños matriculados en Educación Inicial de 0 a 2 años de edad.	40.53% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012).
	% de brecha en educación inicial de Niños menores de 2 años de edad.	59.47% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012)-ESCALE

**Resultado Esperado N° 6:**

**Acceso a una Educación Inicial de calidad e intercultural.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
45% de niñas y niños de 03 a 05 años de edad, acceden a educación inicial en zonas rurales.	% de niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial en el área rural.	20.35% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012)-ESCALE

**8.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 02**

**Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.**

**Resultado Esperado N° 7:**

**Asegurar el acceso universal a servicios de salud integral para niñas y niños de 6 a 11 años de edad.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
25% de Establecimiento de Salud equipados con adecuación cultural.	% de Establecimientos de Salud equipados con adecuación cultural.	0.56% (Fuente Oficina DAIS – DIRESA Loreto)
65% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad cuentan con algún seguro de salud.	% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad que cuentan con algún tipo de seguro de salud.	171,729 (41.07%). Fuente: Oficina SIS Loreto – Diciembre 2012.

### **Resultado Esperado N° 8:**

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

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el número de niñas y niños que acceden a educación primaria en edad normativa.	No de niñas y niños que acceden a educación primaria en edad normativa.	155.307 (Fuente: Ministerio de educación-Censo Escolar) - ESCALE
	No de niñas y niños que concluyen la educación primaria en edad normativa.	Actualmente no se cuenta con línea de base se elaborará en la implementación del Plan

### **Resultado Esperado N° 9:**

**Logro de competencias de comprensión lectora y matemáticas.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
El 20% de estudiantes de segundo grado de primaria de Instituciones Educativas Públicas (IEP) se encuentran en el nivel 2 en comprensión lectora y matemática.	% de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, en comprensión lectora	6,1% (Fuente: MED – Evaluación Censal a Estudiantes ECE 2011)
	% de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, en comprensión Matemática.	1,4% (Fuente: MED – Resultados ECE 2011).

### **Resultado Esperado N° 10:**

**Reducción del trabajo Infantil peligroso de niñas y niños en edad escolar.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Disminuir el número de niñas y niños de 6 a 13 años de edad con trabajo infantil peligroso.	N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que trabajan.	Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 720 (Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo. Julio 2011). (No se cuenta con datos a nivel regional).
	N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que realizan algún tipo de trabajo peligroso.	Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 84 (Fuente: DRTyPE. Julio 2011). (No se cuenta con datos a nivel regional).

**Resultado Esperado N° 11:**

**Niñas y niños cuentan con espacios seguros saludables y recreativos fomentando un óptimo desarrollo bio psicosocial.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el número de espacios para el desarrollo Bio Psicosocial de las niñas y niños	N° de espacios para el desarrollo bio psicosocial de las niñas y niños.	- Creación e implementación de 35 Centros de Vigilancia Comunal en comunidades y 04 en Iquitos. (DIPROMSA DIRESA Loreto) - Creación e Implementación de 02 Ludotecas (DIPROMSA-DIRESA Loreto)

**Resultado Esperado N° 12:**

**Niñas y niños con conocimientos en contenidos de Educación Sexual Integral para la salud integral insertados en la currícula educativa con énfasis en salud sexual y reproductiva.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el No de instituciones educativas que desarrollan contenidos de Educación Sexual Integral en la Currícula Educativa.	N° de instituciones educativas que incluyen y desarrollan contenidos sobre educación sexual integral.	40 (Fuente: DREL- Dirección de Gestión Pedagógica- Tutoría)

**8.3 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 03:**

**Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.**

**Resultado Esperado N° 13:**

**Disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Reducir a 10% el embarazo en adolescentes.	% de madres adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad por primera vez.	30% (Fuente: ENDES 2011 PpR).
Reducir en 0 los casos de embarazo en menores de 12 años de edad.	N° de embarazos en menores de 12 años de edad.	02 (Fuente: EVAJ-DIRESA Loreto-2012)

**Resultado Esperado N° 14:**

**Disminuir la incidencia de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Reducir el 75% de los casos de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.	% de casos de ITS, VIH SIDA en las y los adolescentes.	19% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva DIRESA – Loreto 2012).

**Resultado Esperado N° 15:**

**Prevenir la incidencia del Virus Papiloma Virus Humano (PVH) en niñas de 10 años.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el No de niñas de 10 años protegidas con vacunas contra el Papiloma Virus Humano (PVH)	No de niñas de 10 años protegidas con dosis completa de vacuna contra el Papiloma Virus Humano	2,198 (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva – DIRESA Loreto- 2012)

**Resultado Esperado N° 16:**

**Acceso de adolescentes en la edad normativa a la educación secundaria intercultural, inclusiva y de calidad, con énfasis en zonas rurales y comunidades indígenas.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar al 40% la cobertura de matrícula en educación secundaria para adolescentes en edad normativa en zona rural.	% de adolescente matriculados en el nivel educativo secundario en edad normativa en zona rural.	14,343 (23.5%)  Fuente: Ministerio de Educación Censo Escolar-ESCALE

**Resultado Esperado N° 17:**

**Protección frente al trabajo peligroso en adolescentes.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Reducir el número de adolescentes que realizan trabajo peligroso dentro de la edad mínima permitida.	N° de adolescentes de 14 a 17 años de edad con algún tipo de trabajo peligroso.	Información Referencial: Provincias de Maynas, Alto Amazonas y Requena: 126 adolescentes en trabajo peligroso. (Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo).  No se cuenta con información de las otras provincias.

**Resultado Esperado N° 18:**

**Disminución de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Disminuir el número de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.	N° adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal.	36 (Fuente: Poder Judicial del Perú. Corte Superior de Justicia de Loreto. Segundo Juzgado Especializado de Familia de Maynas - 2011).



**8.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 04:**

**Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.**

**Resultado Esperado N° 19:**

**Incrementar el número de casos denunciados y sentenciados de Trata, explotación sexual, violencia sexual y violencia familiar de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad:**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Incrementar el número de casos denunciados de trata con fines de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.	N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.	17 (Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos-2012).
Incrementar el número de casos sentenciados de trata con fines de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.	N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.	12 (Fuente: Poder Judicial – 2012)
Incrementar el número de casos denunciados de trata con fines de explotación laboral de niñas, niños y adolescentes.	N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.	09 Fuente:PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos - 2011).
Incrementar el número de casos sentenciados de trata con fines de explotación laboral de niñas, niños y adolescentes.	N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes.	No se cuenta con información Se elaborará la línea de base.
Incrementar el número de casos denunciados de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.	N° de denuncias registradas de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes	No se cuenta con información se elaborará línea de base.
Incrementar el número de casos sentenciados de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.	N° de casos de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes sentenciados.	01 caso sentenciado (Fuente: Centro Emergencia Mujer)
Incrementar el número de casos denunciados de violencia sexual en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad.	N° de casos denunciados de violencia sexual, en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad, en el Sistema estadístico del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos.	97 (Iquitos, Yurimaguas, Datem del Marañón y Requena (Fuente: Principales Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Iquitos. 2012).
Incrementar el número de casos denunciados de violencia familiar en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad.	N° de casos denunciados de violencia familiar, en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad en el Sistema del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos.	210 (Iquitos, Yurimaguas, Datem del Marañón y Requena (Fuente: Principales Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Iquitos. 2012).

**Resultado Esperado N° 20:**

**Participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas regionales y locales.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012
Incrementar el N° de gobiernos locales reconoce a las organizaciones de niñas, niños y adolescentes como espacio de ejercicio del derecho de participación.	N° de gobiernos locales que reconoce a las organizaciones de niñas, niños y adolescentes como espacio de ejercicio del derecho de participación.	01 Gobierno local (Municipalidad Distrital de San Juan Bautista) está implementando 01 proyecto por la Red de Niñas, Niños y Adolescentes –REDNNA, al presupuesto participativo (Fuente: Gerencia de desarrollo Socio Económico -MDSJB)
	N° de organizaciones de niñas, niños y adolescentes conformados en la región Loreto.	01 le Red de Niñas, Niños y Adolescentes que reúne a 15 organizaciones (Fuente: REDNNA)
Incrementar el N° de propuestas del Gobierno Regional de Loreto que promuevan y convoquen a niñas, niños y adolescentes en la formulación e implementación de políticas públicas.	N° de propuestas del Gobierno Regional de Loreto que promueve y convoca a niñas, niños y adolescentes en la formulación e implementación de políticas públicas.	El Gobierno Regional de Loreto está promoviendo el Consejo Regional por la defensa de los derechos de la Infancia y la Adolescencia de Loreto - CORDDIA Fuente: Oficina de GRDS – SGPS-GOREL

**Resultado Esperado N° 21:**

**Disminución de niñas, niños y adolescentes en situación de calle con alto riesgo psicosocial.**

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011
Disminución de casos de niñas, niños y adolescentes en situación de calle.	N° de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de calle.	Actualmente no se cuenta con línea de base a nivel regional se elaborará a partir de la implementación del Plan.

# CAPITULO IV

## ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN





Foto: DIRESA - LORETO

Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a:  
a la salud

**9. ESTRATEGÍAS DE IMPLEMENTACIÓN**

**9.1 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 01:**

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

**RESULTADO ESPERADO N° 1:** Gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral durante la gestación, el parto, puerperio, período neonatal y primera infancia, con adecuación cultural.

**Justificación:** La mortalidad materna es el resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, y legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Disminuir a 50% las muertes maternas en mujeres adultas y a 10% en mujeres adolescentes en la Región.	% de muertes maternas en mujeres adultas	78% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y reproductiva - DIRESA Loreto).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de programas de nutrición dirigida a madres gestantes.</li> <li>Garantizar la cobertura de profesionales de la salud para brindar servicio de calidad, con énfasis en zonas rurales para la atención a gestantes y al neonato.</li> <li>Garantizar el equipamiento de los servicios para el manejo oportuno de emergencias obstétricas y neonatales.</li> <li>Mejorar la ejecución de metas físicas y presupuestales, para los años 2013-2021 en las actividades del PPE Salud Materno Neonatal, priorizando el acceso a sangre segura, la mejora de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud (en equipamiento, insumos y personal calificado) y sistema de referencia y contra referencia; garantizando además la calidad de los servicios de salud y promoviendo Comités de Prevención de Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal con la participación de las organizaciones comunales y las organizaciones de la sociedad civil.</li> <li>Impulsar políticas de reclutamiento y retención de recursos humanos en las zonas rurales.</li> <li>Impulsar programas de fortalecimiento de capacidades del recurso humano en el manejo de Emergencias Obstétricas y Neonatales.</li> <li>Garantizar el abastecimiento y acceso permanente a los métodos de planificación familiar, con énfasis en adolescentes gestantes.</li> <li>Garantizar el seguimiento a las madres gestantes por parte de los profesionales de la salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gobierno Regional de Loreto.</li> <li>Dirección Regional de Salud de Loreto.</li> <li>Dirección Regional de Educación de Loreto.</li> <li>Programa Juntos.</li> <li>PRONAA-MIDIS</li> <li>Organizaciones Sociales de Base.</li> </ul>
	% de muertes maternas en adolescentes	22% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y reproductiva - DIRESA Loreto).		
Reducir la mortalidad infantil a 20 x 1000 nacidos vivos, para el 2021.	Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.	38 x mil (Fuente: ENDES 2011).		
Reducir en 10 puntos porcentuales de nacidos con bajo peso.	% de nacidos con bajo peso al nacer (<2.5 Kg.).	12.1% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Incrementar en 75% la cobertura de partos atendidos por profesionales de la salud.	% de partos atendidos por profesionales de la salud.	54.1% (Fuente: ENDES PpR2011).		

**RESULTADO ESPERADO N° 2:** Acceso universal del derecho al nombre y a la identidad.

**Justificación:** El derecho a la identidad en los niños y niñas se encuentra vinculado a la tenencia de partida de nacimiento.

El no contar con documento de identidad representa una situación de especial vulnerabilidad para los niños y niñas, pues al no tener una existencia legal, el ejercicio de sus derechos se ve seriamente limitado. También, se asocia a un estado de exclusión, en la medida en que dificulta el acceso a los servicios públicos de educación y salud, así como a los programas sociales orientados a la primera infancia.

META AL 2021	INDICADOR	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
100% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad cuentan con Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento.	N° de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento del Comité Multisectorial de Derecho al Nombre y la Identidad.</li> <li>Campañas gratuitas itinerantes de registro e identidad, especialmente en zonas de extrema pobreza liderado por RENIEC en alianza con los Gobiernos Locales Distritales y Provinciales.</li> <li>Campañas informativas de control pre natal con énfasis en las zonas rurales que permita incrementar las partes institucionales y por ende garantizar el derecho al nombre de los nacidos vivos.</li> <li>Implementación de un sistema de registro de nacimiento a través de agentes municipales, con apoyo de agentes comunitarios de salud.</li> <li>Planificar y ejecutar un Programa de Registradores en Comunidades Indígenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GOREL.</li> <li>RENIEC.</li> <li>Gobiernos Locales Provinciales y Distritales.</li> <li>DIRESA.</li> <li>Establecimientos de Salud.</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 3:** Alimentación y nutrición saludable para las niñas y niños.

**Justificación:** La desnutrición crónica infantil aumenta el riesgo de muerte de la niña o el niño. Asimismo, puede ocasionar ceguera por falta de vitamina A o causar el deterioro neurológico y la reducción de la función inmune (resistencia a las enfermedades) por deficiencia de hierro. Otro de los efectos inmediatos es el retraso del crecimiento y la propensión a infecciones por deficiencia de zinc. Una niña o niño con desnutrición crónica puede ver afectado su desempeño escolar y su capacidad de aprender.

La desnutrición crónica infantil es una de las principales causas de deserción escolar, ocasionando que las niñas y los niños no completen su educación básica. Al afectarse el rendimiento cognitivo, la desnutrición repercute en bajos salarios y pobre productividad. Se ha comprobado que las niñas y niños que sobreviven a la desnutrición tienen problemas de salud en la adultez, por lo que corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, coronariopatías) en la edad adulta. (27)

(27) Boletín N° 3. Infobarómetro de la Primera Infancia. Febrero 2012.



META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Reducir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica en menores de 5 años de edad.	% de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad.	29.6% (Fuente: ENDES 2012 – Patrón OMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer las Redes Integrales de Salud en la Región.</li> <li>Cobertura regional de distribución de ácido fólico en mujeres gestantes con énfasis en zonas rurales.</li> <li>Incluir la actividad "Chao Cuica" en el Programa Presupuestal Estratégico Articulado Nutricional.</li> <li>Cobertura regional de distribución de sulfato ferroso y vitamina A para niñas y niños de 0 a 5 años de edad.</li> <li>Cobertura de micronutrientes para niñas y niños de 0 a 5 años de edad, de acuerdo a la realidad regional.</li> <li>Instrumentalizar la medición periódica de hemoglobina en los EESS.</li> <li>Campañas de promoción de lactancia materna exclusiva e instalación de lactarios en instituciones públicas y privadas.</li> <li>Incrementar y fortalecer los Centros de Vigilancia Comunal en cada distrito.</li> <li>Campañas de prevención e intervención en las familias con rotafolios de estilos de vida saludables.</li> <li>Mejora de los equipos de peso y talla con profesionales capacitados y sensibilizados en CRED.</li> <li>Capacitar a docentes y promotores de salud en temas de nutrición infantil, enfatizando en el conocimiento de aquellos alimentos propios de la zona, para mejorar los conocimientos y prácticas de las madres y padres de familia.</li> <li>Desarrollar un Programa de Educación Nutricional dirigido a madres en etapa de lactancia priorizado.</li> <li>Fortalecimiento de capacidades en hábitos de higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GOREL.</li> <li>Gobiernos Locales</li> <li>Provinciales y Distritales.</li> <li>DIRESA.</li> <li>Promotores de Salud.</li> <li>DREL.</li> <li>Qaliwama</li> </ul>
Reducir a 20% la anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad y la madre gestante 30% en mujeres en edad fértil.	% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia. % de anemia en mujeres en edad fértil.	55.5% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Incrementar a 40% de cobertura de suplementación de hierro en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad.	% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió suplemento de hierro.	61.8% (Fuente: EVA-J-DIRESA Loreto-2011).		
Incrementar a 85% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	14.4% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Reducir en 20 puntos porcentuales los casos de EDAs en menores de 36 meses de edad.	% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.	69.6% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Reducir en 20 puntos porcentuales los casos de IRAs en menores de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con EDAs.	34.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Incrementar en 60% la cobertura de CRED completo para menores de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con IRAs.	30.1% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
Incrementar al 80% de vacunas completas según calendario nacional en el menor de 36 meses de edad.	% de menores de 36 meses de edad con CRED completo. % de menores de 36 meses de edad con vacunas completas según calendario nacional.	35.7% (Fuente: ENDES PpR 2011). 60.5% (Fuente: ENDES PpR 2011).		

**RESULTADO ESPERADO N° 4:** Acceso universal al agua segura y saneamiento básico.

**Justificación:** Se considera que los hogares tienen saneamiento básico cuando poseen servicio higiénico conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego o negro. El acceso a fuentes de agua segura está asociado a la calidad de vida de

las familias, principalmente de los niños y niñas, lo cual ayuda a reducir las enfermedades diarreicas agudas (EDAs), infecciones de la piel e infecciones de los ojos. Las EDAs se contraen principalmente por el consumo de agua contaminada y el saneamiento deficiente de las viviendas. Siendo ésta una de las principales determinantes de desnutrición crónica. Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y EDAs pueden prevenirse con un adecuado manejo del agua en el hogar.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
75% de hogares cuentan con acceso a agua segura.	% de hogares con acceso a agua segura.	52.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover el consumo de agua clorado y/o hervida.</li> <li>Promover la implementación de proyectos de agua segura y saneamiento básico en los Gobiernos Locales Provinciales y Distritales priorizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GOREL.</li> <li>Gobiernos Locales Provinciales y Distritales.</li> <li>Núcleos Ejecutores.</li> <li>DIRESA.</li> <li>Establecimientos de Salud.</li> <li>DREL.</li> </ul>
75% de hogares cuentan con saneamiento básico.	% de hogares con saneamiento básico.	68.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).		

**RESULTADO ESPERADO N° 5:** Niñas y niños acceden oportunamente a programas de estimulación temprana.

**Justificación:** En los primeros años de vida se forma la base para un buen funcionamiento, tanto físico como psicológico

de las niñas y niños; es decir, estas condiciones iniciales decidirán su futuro. El desarrollo de un nuevo ser, no sólo está relacionado con las funciones de maduración, sino también al ejercicio funcional, el cual está directamente relacionado con la estimulación que ofrece el medio ambiente que lo rodea.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Alcanzar el 75% de Cobertura en Educación Inicial en menores de 5 años de edad.	% de niñas y niños matriculados en Educación Inicial.	40.53% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar una política de incremento progresivo de los presupuestos destinados a la estimulación temprana, para a) Fortalecimiento de la calidad de los servicios del ciclo I existentes en zonas rurales, b) Formación de docentes de educación especial con especialización en intervención precoz o en educación temprana para la atención de niñas y niños de 0 a 2 años de edad, c) Creación de nuevas plazas para docentes bilingües y de educación especial.</li> <li>Promover la instalación de Centros de Consejería Familiar y Salas de Estimulación Temprana en los Gobiernos Locales con el fin de orientar a madres y padres de familia sobre los cuidados a las niñas y niños en los dos primeros años de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GOREL.</li> <li>DIRESA.</li> <li>Gobiernos Locales Provinciales y Distritales.</li> <li>Programas Sociales.</li> </ul>
	% de brecha en educación inicial.	59.47% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012).		

**RESULTADO ESPERADO N° 6:** Acceso a una Educación Inicial de calidad e intercultural.

Esta es importante en su desarrollo integral, ya que se puede despertar sus habilidades físicas y/o psicológicas, y su creatividad.

**Justificación:** La educación inicial es la educación que el niño y la niña reciben en sus primeros años de vida (0-5 años).

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
45% de niñas y niños de 03 a 05 años de edad acceden a educación inicial en zonas rurales	% de niñas y niños de 3 a 5 años de edad que accede a educación inicial en el área rural.	20.35% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar la oferta del servicio y la implementación de Instituciones Educativas de Educación Inicial en zonas rurales.</li> <li>Implementar las aulas de educación inicial con materiales lúdicos acorde a la realidad de cada zona.</li> <li>Fortalecimiento de capacidades técnicas pedagógicas de los docentes en educación inicial.</li> <li>Diseñar una estrategia que permita aumentar la cobertura de los centros de educación inicial y de los PRONOEI.</li> <li>Implementar acciones para desarrollar una línea de base sobre la educación inicial en la región.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DREL.</li> <li>GOREL.</li> <li>Gobiernos Locales.</li> </ul>

**9.2 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 02**

**Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 11 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.**

Solo si se asegura el acceso a servicios de salud de calidad será una medida efectiva de mejora de las condiciones de salud de los niños y niñas de la región. Para garantizar esto, debe contarse con un centro de salud cercano, con el personal técnico y profesional requerido, así como con una adecuada infraestructura y dotación de equipos y medicamentos; lo cual requiere de inversión pública a nivel nacional, regional y local, especialmente en las zonas más pobres

**RESULTADO ESPERADO N° 7:** Asegurar el acceso universal a servicios de salud integral para niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

**Justificación:** La creciente cobertura del SIS coloca a las políticas públicas en salud ante un reto mayor, ya que la ampliación de dicha cobertura no garantiza automáticamente el cumplimiento del derecho a la salud.

META AL 2021	INDICADOR	LINEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
25% de Establecimiento de Salud equipados con adecuación cultural	% de Establecimientos de Salud equipados con adecuación cultural.	0.56% (Fuente: Oficina DAIS – DIRESA Loreto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimientos de salud incorporan enfoque inclusivo e intercultural, con implementación de infraestructura, equipo y material adecuado y profesionales capacitados y actualizados.</li> <li>• Programas de capacitación al personal de salud médico y no médico de manera descentralizada por provincias.</li> <li>• Diseñar una línea de base sobre el patrimonio, capacitación y gestión de la Dirección Regional de Salud en Loreto.</li> <li>• Niñas y niños de 6 a 11 años de edad con acceso al SIS, reciben atención integral de salud, con servicio de calidad y calidez.</li> <li>• Establecer espacios de diálogo entre padres e hijos y entre padres y profesores para reforzar el aprendizaje de las niñas, niños y adolescentes.</li> <li>• Promover convenios con los gobiernos locales para propiciar inventivos para los profesionales de la salud.</li> <li>• Planificar y desarrollar actividades masivas de salud, en coordinación con los gobiernos locales y RENIEC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRESA</li> <li>• GOREL</li> <li>• Gobiernos Locales</li> <li>• EESS</li> <li>• DREL</li> </ul>
65% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad cuentan con algún seguro de salud.	% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad, que cuentan con algún tipo de seguro de salud.	171,729 (41.07%). Fuente: Oficina SIS Loreto – Diciembre 2012.		

**RESULTADO ESPERADO N° 8:** Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y concluyen en la edad normativa una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.

**Justificación:** Para conocer las características en las que se desarrolla el ciclo escolar de las niñas y niños de 6 a 11 años, es necesario conocer la tasa de cobertura en educación primaria, así como otros indicadores.

Una niña o niño puede estar asistiendo a la educación primaria, pero a un grado inferior al que le corresponde según su edad (atraso escolar), o puede no estar logrando los aprendizajes esperados para el grado que cursa. Asistir a la escuela no necesariamente se traduce en que la niña o el niño tengan una trayectoria escolar exitosa, en la que incorporen los conocimientos y capacidades que por derecho les corresponde.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2010	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESP.
Incrementar el N° de niñas y niños que acceden a educación primaria en edad normativa	N° de niñas y niños que acceden a educación primaria en edad normativa.	155.307 (Fuente: Ministerio de Educación. Censo Escolar 2012-ESCALE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la matrícula oportuna en niñas y niños en edad escolar.</li> <li>• Docentes y estudiantes empoderados promueven escuelas saludables.</li> <li>• Estudiantes fortalecidos, conocen y promueven sus derechos.</li> <li>• Garantizar recursos que permitan aprendizajes de calidad para todas y todos los estudiantes de Loreto.</li> <li>• Elaborar el Plan Estratégico del Sector Educación en concordancia con el Plan Estratégico Institucional Regional.</li> <li>• Construir una currícula regional pertinente construido participativamente garantizando su calidad técnica.</li> <li>• Realizar un censo de infraestructura que permita contar con información sobre el mantenimiento, reparación, reposición, ampliación o nueva infraestructura educativa para la Región.</li> <li>• Construir un Sistema Regional Descentralizado de Formación Docente de acuerdo a las necesidades de la Región Loreto que incluya la estrategia de acompañamiento pedagógico y la formación de acompañantes.</li> <li>• Avanzar en una gestión por resultados basada en el desarrollo de capacidades para la programación y ejecución de políticas pedagógicas y para la programación y gestión presupuestal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DREL</li> <li>• UGELS</li> <li>• APAMAFAS</li> <li>• IIEE</li> <li>• Autoridades Comunales</li> <li>• GOREL</li> <li>• ONG'S</li> <li>• FORMABIAP</li> </ul>
N° de niñas y niños que concluyen la educación primaria en edad normativa.	No se cuenta con información Se elaborará la línea de base.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que el primer día del año escolar, todos los estudiantes acudan a la escuela, cuenten con docentes, materiales educativos y aulas en buen estado, en el marco de la "Movilización por el Primer Día de Clase".</li> <li>• Priorizar el aprendizaje de la lecto escritura en español con métodos de educación bilingüe en aquellas zonas del país cuya lengua materna es alguna lengua nativa, a fin de facilitar una adquisición amigable (no traumática) de las competencias propias de esta etapa escolar.</li> <li>• Incluir en los cursos vinculados al desarrollo de habilidades para la vida (Tutoría) la prevención del bullying, incorporando mecanismos de seguimiento.</li> <li>• Garantizar el presupuesto destinado a atender las demandas educativas en zonas rurales.</li> <li>• Erradicar las escuelas multigrados y unidocentes por ser antipedagógicas.</li> <li>• Promover y fortalecer redes educativas.</li> <li>• Promover la calendarización adecuada a la realidad climática de la región.</li> <li>• Asegurar que los contratos y adjudicaciones de plazas se desarrollen en el mes de enero de cada año para no perjudicar el inicio del año escolar en la fecha establecida.</li> <li>• Alianzas con los gobernadores para informar permanencia de los docentes en las I.I.EE. de zonas rurales y de acuerdo a ello ejercer sanción.</li> </ul>	

**RESULTADO ESPERADO N° 9:** Logro de competencias de comprensión lectora y matemáticas.

**Justificación:** Para que una niña o niño logre un adecuado aprendizaje escolar, es necesario que haya alcanzado un nivel satisfactorio de comprensión lectora, esto debido a que

la modalidad de aprendizaje escolar se basa principalmente en material escrito y transmisión de conocimientos en forma oral, frente a lo cual las alumnas y alumnos deben estar preparados para comprender, expresar y construir los conocimientos que se van dando en su vida escolar.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
El 20% de estudiantes de segundo grado de primaria de Instituciones Educativas Públicas - IEP se encuentran en el nivel 2 en comprensión de textos y matemática.	% de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, según la ECE en Comprensión lectora.  % de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, según la ECE en Matemática.	6,1% (Fuente: MED – Evaluación Censal a Estudiantes ECE 2011)  1,4% (Fuente: MED – Resultados ECE 2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Protocolo mejorado de ECE.</li> <li>● Docentes capacitados, fortalecidos y comprometidos brindan una educación y atención de calidad a sus estudiantes (ASI) con mayor % en actividades lúdicas "Aprender jugando"</li> <li>● Estudiantes participan con satisfacción en concursos de matemáticas, de producción de textos breves, entre otros.</li> <li>● Docentes capacitados para desarrollar Escuelas de Padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● DREL</li> <li>● UGEL</li> <li>● UNICEF</li> <li>● GOREL</li> <li>● PELA</li> <li>● ONG's</li> <li>● Municipios</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 10:** Reducción del trabajo infantil peligroso de niñas y niños en edad escolar.

**Justificación:** Muchas de las familias donde existen niñas, niños y adolescentes trabajadores, viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza, y buscan generar ingresos a partir del trabajo que realizan éstos.

Sin embargo, esto genera un sistema circular que daña o perjudica el desarrollo integral de estos niños, empobreciendo más aún las futuras familias que se puedan

formar, y por ende, la comunidad en general estará inmersa en mayor pobreza. Por ello, no es el mejor camino a seguir que las niñas, niños y adolescentes estén inmersos en el trabajo infantil y adolescente, siendo que ellos necesitan fortalecerse con otros mecanismos, en las asunción de sus derechos como personas con equidad.<sup>(28)</sup>

(28) Guía Básica para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil.



META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Disminuir el número de niñas y niños de 6 a 13 años de edad con trabajo infantil peligroso.	N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que trabajan. N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que realizan algún tipo de trabajo peligroso.	Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 720 ( Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, Julio 2011). No se cuenta con datos a nivel regional.  Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 84 (Fuente: DRTYPE, Julio 2011). No se cuenta con datos a nivel regional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de capacidades emprendedoras y habilidades sociales para mejorar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes que trabajan.</li> <li>Desarrollar programas de protección (educación, salud, DNI, SIS, paternidad responsable y becas de estudio) para los niños, niñas y adolescentes que trabajan.</li> <li>Creación de un sistema de registro de niñas, niños y adolescentes que trabajan.</li> <li>Sensibilizar a la población frente al trabajo infantil peligroso para promover compromisos sociales de vigilancia ciudadana.</li> <li>Desarrollar campañas comunicacionales para crear conciencia en la población y en las empresas sobre los efectos y peligros del trabajo infantil.</li> <li>Elaborar un diagnóstico situacional de niñas y niños en edad escolar que realizan trabajo infantil en la región.</li> <li>Fortalecimiento de capacidades y habilidades a padres de niñas y niños que trabajan.</li> <li>Desarrollar actividades de sensibilización en las I.I.EE.</li> <li>Fiscalización a las empresas privadas que contratan niñas y niños.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DREL</li> <li>UGELS</li> <li>DIRECCIÓN DE TRABAJO</li> <li>DIRESA</li> <li>DEMUNAS</li> <li>ONG's</li> <li>GOREL</li> <li>Gobiernos Locales</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 11:** Niñas y niños cuentan con espacios seguros saludables y recreativos fomentando un óptimo desarrollo bio psicosocial.

**Justificación:** Todos los niños tienen derecho a crecer en un ambiente saludable, esto es, a vivir, estudiar y jugar en lugares sanos. Interviñendo para proteger el entorno de los niños es posible salvar millones de vidas, reducir las enfermedades y conformar un mundo más seguro y saludable para el futuro de nuestros hijos. Los espacios de juego y recreación favorecen el desarrollo psicológico de la persona (emociones, pensamientos, lenguaje, memoria, atención), porque les permite conocer y entender el mundo de una manera sencilla. El juego, tiempo libre y recreación se realiza de manera distinta en cada etapa, desde la primera infancia

hasta el final de vida. El tiempo libre con el que se cuenta cada día, sobre todo en niñas, niños y adolescentes, permite aprender y compartir con otras personas.

En base a ello, las personas planean el futuro de sus vidas. La recreación a partir de la adolescencia, generalmente se realiza a través de los deportes o conversaciones con los amigos y amigas. El tiempo libre no supone dejar a las y los adolescentes con libertad absoluta, sino darles espacio y tiempo para organizarse y desenvolverse de manera independiente en la sociedad. La inversión de la familia, la comunidad y el estado en la niñez y adolescencia tiene gran trascendencia, en la medida que se fortalece el capital humano y aumenta las posibilidades de alcanzar un desarrollo importante de las comunidades.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE
Incrementar el N° de espacios para el desarrollo bio psicosocial de las niñas y niños.	N° de espacios para el desarrollo bio psicosocial de las niñas y niños.	- Creación e implementación de 35 Centros de Vigilancia Comunal en comunidades y 04 en Iquitos por distrito. - (DIPROMSA - DIRESA Loreto) - Creación e implementación de 2 Ludotecas (DIPROMSA-DIRESA Loreto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades locales y regionales implementan la construcción de espacios seguros, saludables, educativos, culturales y recreativos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parques y Ludotecas.</li> <li>- Teatros y museos.</li> <li>- Talleres de vacacionales-ocupacionales.</li> <li>- Deportivos</li> <li>- Ballet municipal.</li> </ul> </li> <li>• Creación e implementación de centros comunitarios para garantizar espacios de juego y recreación, así como de centros de atención a niñas y niños de 0 a 3 años en alianzas con instituciones públicas y privadas.</li> <li>• Desarrollar mecanismos que favorezcan la participación de la familia y las comunidades como escenas claves para la educación de los hijos.</li> <li>• Acciones de abogacía y sensibilización a gobiernos locales para que desarrollen espacios saludables.</li> <li>• Asistencia técnica de la Dirección Regional de Cultura a los gobiernos locales, a través de áreas de cultura y deporte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOREL</li> <li>• DREL</li> <li>• UGELS</li> <li>• MUNICIPIOS</li> <li>• DIRECCIÓN DE CULTURA</li> <li>• ONG's</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 12:** Niñas y niños con conocimientos en contenidos de Educación Sexual Integral para la salud integral insertados en la currícula educativa con énfasis en salud sexual y reproductiva.

**Justificación:** La falta de educación sexual integral en las escuelas impide que las y los adolescentes puedan tomar decisiones informadas y responsables, ocasionando embarazos no planificados que constituyen la segunda causa de deserción escolar (MINEDU-2008). La Educación Sexual Integral es una acción formativa presente en todo el proceso educativo, que contribuye al desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes para que las y los

estudiantes valoren y asuman su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes con los demás.

Tiene como finalidad principal que la población de estudiantes logre aprendizajes significativos para el ejercicio de una sexualidad saludable, placentera y responsable en el contexto de relaciones interpersonales democráticas, equitativas y respetuosas. Esto implica que el personal docente efectúe acciones pedagógicas pertinentes para el autoconocimiento, la autoestima, el respeto mutuo, la autonomía y la toma de decisiones, en la formación integral de las y los estudiantes.

(29) Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral, MINEDU, Perú, 2008.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Incrementar el N° de instituciones educativas que desarrollan contenidos de Educación Sexual Integral en la Currícula Educativa.	N° de instituciones educativas que incluyen y desarrollan contenidos sobre educación sexual integral.	40 (Fuente: DREL-DGP-Tutoría)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Docentes capacitados en ESI para un mejor desarrollo en la atención de tutoría a sus estudiantes.</li> <li>Niños y niñas fortalecidos e informados de la ESI y comprometidos en el cuidado de su desarrollo integral.</li> <li>Aplicación y monitoreo de los lineamientos de Educación Sexual Integral en instituciones educativas de Básica Regular y Básica Alternativa.</li> <li>Escuela de Padres desarrollado por docentes capacitados en Educación Sexual Integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DREL</li> <li>UGEL</li> <li>MUNICIPIOS</li> <li>GOREL</li> <li>DIRESA</li> <li>Instituciones privadas</li> <li>ONG's</li> </ul>

**9.3 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 03:**

**Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.**

**RESULTADO ESPERADO N° 13:** Disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.

**Justificación:** La maternidad es una de las variables clave en el análisis de la trayectoria educativa y laboral de las adolescentes. Dado que, la gestación y la crianza de los niños y niñas pequeños demandan cuidado, atención, tiempo y recursos económicos, muchas veces las adolescentes, sobre todo si se encuentran en situación de pobreza, interrumpen sus estudios, lo que a su vez puede condicionar una inserción

laboral distinta para ellas (en comparación con sus pares que no han experimentado la maternidad y que inician o culminan estudios superiores). Los embarazos adolescentes se asocian a mayores tasas de pérdida intrauterina, mortalidad y enfermedades infantiles, así como a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, lo cual afecta la salud de las madres adolescentes y de sus hijos e hijas. Esto se debe a que, biológicamente la capacidad reproductiva alcanza su plenitud hacia los 18 años (CEPAL y UNICEF, 2007). Los riesgos de salud en la maternidad adolescente pueden implicar una mayor enfermedad —e incluso mortalidad—, tanto en las jóvenes madres como en los niños y niñas, en especial, en las poblaciones residentes en zonas con una disponibilidad restringida de servicios de salud.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Reducir a 10% los casos de embarazo en adolescentes.	% de madres adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad por primera vez.	30% (Fuente: ENDES 2011 PPR).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover e implementar el Sistema de Atención Diferenciada para Adolescentes con espacios y horarios diferenciados en las capitales de provincias y distritos, principalmente en aquellos donde se presentan mayores porcentajes de embarazo en adolescentes.</li> <li>● Fortalecer las acciones preventivas y promocionales del Consejo Regional de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente – CRAJUPEA Loreto.</li> <li>● Fortalecer capacidades de los promotores pares en las Instituciones Educativas.</li> <li>● Eliminar todas las barreras legales y normativas que limitan el libre acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la información y disponibilidad de métodos de planificación familiar, ya que esta es una de las principales causas del embarazo adolescente y de la mortalidad materna en adolescentes.</li> <li>● Promover campañas de sensibilización, a través de entidades públicas y privadas en las II.EE. para ayudar en los diferentes problemas de las niñas, niños y adolescentes.</li> <li>● Difundir, a través de los diferentes medios de comunicación programas de planificación familiar.</li> <li>● Sensibilizar a los padres de familia para poder orientar adecuadamente a sus hijas e hijos.</li> <li>● Implementación de programas productivos en las Instituciones Educativas.</li> <li>● Incluir en la currícula educativa el curso de Educación y Valores.</li> <li>● Construcción y equipamiento de la Casa de la Juventud en las capitales de Provincias.</li> <li>● Promover estrategias comunicativas que ayuden a prevenir el embarazo en adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● DIRESA Loreto</li> <li>● DREL Loreto</li> <li>● GOREL</li> <li>● Gobiernos Locales</li> <li>● Sociedad Civil</li> <li>● ONG's vinculadas al tema.</li> </ul>
Reducir en 0 los casos de embarazo en menores de 12 años de edad.	N° de embarazos en menores de 12 años de edad.	02 embarazos < de 12 años en el 2012 (Fuente: EVAJ-DIRESA Loreto).		

**RESULTADO ESPERADO N° 14:** Disminuir la incidencia de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.

**Justificación:** La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque

además el aborto es ilegal en el Perú. El obstáculo más difícil es que la gente, a pesar que pueda conocer medidas preventivas, no las aplica. Muchos estudios en diversos países han demostrado que la mayoría de la gente se cree fuera del riesgo de contraer el VIH. Hay que reconocer que además de la falta de buena información, existen factores culturales y psicológicos muy complejos que hacen que las personas tomen riesgos fatales que podrían evitarse. Analizando el comportamiento del VIH se observó que la morbi mortalidad juvenil tenía la particular y relevante característica de ser desencadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales (drogas, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, ITS, violencia, etc.). Esto dio lugar a que del concepto que se tenía de la adolescencia como edad sana, se pasara al énfasis sobre conductas de riesgo, y que programas dirigidos a dicho periodo etario se enfocaran de modo específico para cada uno de los problemas.

METAL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012	ESTRATEGIA IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Reducir el 75% de los casos de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.	% de casos de ITS, VIH SIDA de las y los adolescentes.	19% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva DIRESA – Loreto 2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover e implementar el Sistema de Atención Diferenciada para Adolescentes con espacios y horarios diferenciados en las capitales de provincias y distritos, principalmente en aquellos donde se presentan mayores porcentajes de ITS, VIH y SIDA.</li> <li>Fortalecer capacidades de los promotores pares.</li> <li>Tamizaje oportuno durante el primer control prenatal para el descarte del VIH.</li> <li>Implementar los lineamientos de Educación Sexual Integral en la currícula educativa, enfocada a la prevención.</li> <li>Implementación de estrategias de comunicación, que tengan un efecto en niñas, niños y adolescentes para la prevención de las ITS, VIH y SIDA.</li> <li>Captación, seguimiento y monitoreo a pacientes adolescentes con TARGA.</li> <li>Promover campañas multisectoriales de prevención y promoción para la reducción de ITS, VIH y SIDA.</li> <li>Garantizar la estabilidad laboral de los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIRESA Loreto</li> <li>DREL Loreto</li> <li>GOREL</li> <li>Gobiernos Locales</li> <li>Sociedad Civil</li> <li>ONG's vinculadas al tema.</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 15:** Prevenir la incidencia del Papiloma Virus Humano (PVH) en niñas de 10 años de edad.

que han iniciado su vida sexual activa a muy temprana edad o que hayan presentado alguna infección de transmisión sexual. El factor de riesgo más importante es la infección con el virus del papiloma humano (HPV).

**Justificación:** Según los reportes de EsSalud, el cáncer al cuello uterino se presenta con mayor frecuencia en mujeres

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2012	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Incrementar en N° de niñas de 10 años de edad con dosis completa de vacuna contra el PVH	N° de niñas de 10 años de edad con dosis completa de vacunas contra el PVH	2,198 (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva – DIRESA Loreto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover e implementar un programa de vacunación contra el virus del papiloma humano en los establecimientos de salud e instituciones educativas a nivel regional.</li> <li>Incrementar la cobertura de vacunas contra el virus del papiloma humano en adolescentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DIRESA Loreto</li> <li>DREL Loreto</li> <li>GOREL</li> <li>Gobiernos Locales</li> <li>Sociedad Civil</li> <li>ONG's vinculadas al tema</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 16:** Acceso de adolescentes en la edad normativa a la educación secundaria intercultural, inclusiva y de calidad, con énfasis en zonas rurales y comunidades indígenas.

**Justificación:** Se reconoce el derecho de los adolescentes a una educación de calidad, que considere y respete sus diferentes capacidades y necesidades educativas, costumbres, etnia, idioma, discapacidad, edad, etc.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Incrementar al 40% la cobertura de matrícula en educación secundaria para adolescentes en edad normativa en zona rural	% de adolescente matriculados en el nivel educativo secundario en edad normativa por zona rural	14,343 (23.5%) (Fuente: Ministerio del Educación-Censo escolar-ESCALE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el Consejo Regional de Educación Intercultural Bilingüe en la Región Loreto, instalado mediante OR N° 012-2011-GRL-CR.</li> <li>Mejorar la infraestructura de las instituciones educativas, priorizando materiales propios de la zona.</li> <li>Equipar las instituciones educativas con mobiliario y material didáctico, respetando la cultura de las y los estudiantes de comunidades indígenas.</li> <li>Reformular el calendario de estudios de acuerdo a la realidad climatológica de las zonas.</li> <li>Promover e implementar programas de formación para docente en la producción de materiales educativos e investigación aplicada para mejorar la calidad de la educación intercultural bilingüe de las niñas y niños indígenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DRE – Loreto</li> <li>GOREL</li> <li>Gobiernos Locales</li> <li>Empresas privadas</li> </ul>



**RESULTADO ESPERADO N° 17:** Protección frente al trabajo peligroso en adolescentes.

**Justificación:** La niñez y la adolescencia son etapas especiales en la vida del ser humano, caracterizadas por el crecimiento y desarrollo biológico, la maduración sexual y además por la estructuración de su aparato psíquico e integración como sujeto a la sociedad. Resulta necesario adoptar medidas orientadas a proteger a las niñas, niños y adolescentes contra todo riesgo de explotación que afecte su integridad física, moral y psicológica, así como proteger a las y los adolescentes que trabajan en malas condiciones de trabajo, horarios inadecuados, riesgos de maltrato, riesgos de salud a través de enfermedades y accidentes.

El trabajo infantil y adolescente genera graves consecuencias psicológicas, ya que son tomados por los mismos como una gran obligación, ocasionando altos niveles de tensión y estrés. Como consecuencia de dichas actividades, desarrollan una madurez irregular, presentan conductas propias de un adulto y por lo tanto, se comportan como una persona menor, en relación a su edad. Si bien es cierto, durante el trabajo los adolescentes pueden adquirir ciertas destrezas, ningún trabajo presenta la variedad de estímulos para el pensamiento, el lenguaje, la creatividad, la atención y la memoria que se desarrollan en la escuela y que los adolescentes necesitan para desarrollarse mental, social y emocionalmente.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Reducir el número de adolescentes que realizan trabajo peligroso dentro de la edad mínima permitida.	N° de adolescentes de 14 a 17 años de edad con algún tipo de trabajo peligroso.	Provincias de Maynas, Alto Amazonas y Requena: 126 (Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo). No se cuenta con información de las otras provincias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover e implementar un observatorio para niñas, niños y adolescentes trabajadores.</li> <li>• Promover la conclusión de la secundaria en adolescentes que trabajan mediante estímulos vinculados a capacitaciones que los preparen para acceder luego a trabajos seguros y decentes.</li> <li>• Ejecución de campañas comunicacionales de concientización en la población en las empresas, para evitar el trabajo adolescente peligroso.</li> <li>• Incorporar a las y los adolescentes trabajadores dentro de la edad permitida y en condiciones no peligrosas al Sistema de Seguridad Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GOREL.</li> <li>• Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo.</li> <li>• Gobiernos Locales.</li> <li>• Cámara de Comercio.</li> <li>• ONG's vinculadas al tema.</li> </ul>

**RESULTADO ESPERADO N° 18:** Disminución de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.

**Justificación:** Se denomina adolescente en conflicto con la ley penal al grupo de adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años que realizan actos con el fin de lesionar la integridad física o atentar contra la vida y el patrimonio de las personas, dañar bienes públicos o privados u ocasionar desmanes que alteren el orden público.

Esta situación debe prevenirse mediante acciones oportunas de parte del Estado. Sabemos que la adolescencia es una etapa de intensa búsqueda de identidad, lo cual puede llevar a confusión y a incurrir en determinadas situaciones que podrían interferir con un proyecto de vida saludable. Algunas de estas situaciones devienen en graves y complejos problemas al entrar en conflicto con la ley penal.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Disminuir el número de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.	N° adolescentes involucrados en conflicto con la ley penal.	36 adolescentes (Fuente: Poder Judicial del Perú. Corte Superior de Justicia de Loreto. Segundo Juzgado Especializado de Familia de Maynas - 2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover iniciativas a nivel local y regional para incorporar a las y los adolescentes en conflicto con la Ley Penal dentro de programas recreativos, técnicos y productivos.</li> <li>Implementar servicios de reinserción social que brinden orientación, educación, capacitación y seguimiento a las y los adolescentes en conflicto con la Ley Penal, así como ayuda profesional a los familiares para un mejor ajuste social del adolescente.</li> <li>Implementar un registro único de las instituciones del Sistema de Justicia para contar con información de su población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poder Judicial</li> <li>Ministerio Público</li> <li>DREL</li> <li>GOREL</li> <li>Gobiernos Locales</li> <li>ONG 's vinculados al tema.</li> </ul>

**9.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 04:  
Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes.**

**RESULTADO ESPERADO N° 19:** Incrementar el número de casos denunciados y sentenciados de trata, explotación sexual, violencia sexual y violencia familiar de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

**Justificación:** El Decreto Supremo N° 007-2008-IN, se aprueba el Reglamento de la Ley N°007-2008-IN se aprueba el Reglamento de la Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico ilícito de Migrantes, que en su artículo señala que el Grupos de Trabajo Multisectorial Permanente contra la Trata de Personas, coordinará con los Gobiernos Regionales y Locales, la promoción, constitución y funcionamiento de redes descentralizadas de lucha contra la trata de personas para cumplir la finalidad, así como la incorporación de políticas en los planes de desarrollo regionales y locales.

Anivel de la prevención, existen actividades que se realiza en forma multisectorial. Desde el gobierno regional y los

gobiernos locales (aunque no interactúan entre sí y su relación con los sectores es escasa). Encontramos un gran compromiso en las organizaciones sociales de base, que en forma conjunta buscan disminuir el porcentaje de la problemática de la explotación de niños, niñas y adolescentes – ESNNA. Se hace necesario y obligatorio conocer la ruta y protocolo que deben seguirse para asegurar una atención eficiente a las víctimas, situación que afecta la coordinación de acciones y las propias de cada sector. El Grupo Multisectorial de coordinación con las autoridades locales y regionales en su conjunto, puede realizar un trabajo articulado y organizado, en bienestar de los Niños, Niñas y Adolescentes. Motivando a la población a mantener una lucha frontal contra la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, con ello se lograrán resultados más efectivos y eficientes.

El aumento de penas y más recursos son parte de los anuncios para frenar el incremento de casos, según indica el gobierno. En el último semestre los abusos a menores aumentaron en un 22,2%.

Aunque la prevención del abuso de las personas vulnerables es fundamental para la población, la mejor práctica es prestar mucha atención a nuestras propias vidas y a la forma como ejercemos nuestro liderazgo desde un fortalecimiento del protagonismo de los NNA, además de un mayor conocimiento de las rutas y protocolo que deben seguirse para asegurar una atención eficiente a las víctimas.

La violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia. Entendida como una forma de interacción enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, siendo los dos ejes de desequilibrio de dicho poder dentro de la familia el género y la edad.

La violencia en la familia se caracteriza por agresiones físicas, psicológicas o sexuales, cometidas por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares. También comprende los tutores o encargados de la custodia. Afectando a todas las familias sin distinción de edad, raza, educación o condiciones socioeconómicas. En tal sentido es necesario contribuir en la reducción de ésta violencia familiar, porque la familia es el primer marco de referencia en el que se inicia la socialización, y por lo tanto la personalidad del individuo, Asimismo, se especializa en la formación de papeles para sus miembros, más que en preparar las condiciones para la libre asunción para su identidad.

META AL 2021	INDICADOR	17 (Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos 2012).	12 (Fuente: Poder Judicial)	9 (Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos - 2012).	No se cuenta con información. Se elaborará la línea de base.	RESP.
ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR						
Incrementar el número de casos denunciados de trata con fines de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.	N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la Mesa Regional para la prevención, atención y sanción de casos de trata de personas.</li> <li>Organizar operativos macros, previa labor de inteligencia de la Policía Nacional del Perú.</li> <li>Involucrar a las Organizaciones de niñas, niños y adolescentes; y OSB capacitando y facilitando acceso al sistema de detección.</li> <li>Fortalecer el sistema de recuperación psicoemocional de niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual y laboral (Módulos de Salud Mental y MAMIs).</li> <li>Conformar un Equipo Técnico, como modelo de intervención integral, que facilite la elaboración, diseño y monitoreo de proyectos para la protección de niñas, niños y adolescentes, integrado a nivel nacional y regional.</li> <li>Fortalecer el sistema de protección de los distritos, a través del trabajo articulado de los operadores de Salud, Educación, Justicia y comunidad organizada contra la trata con fines de explotación sexual y laboral</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>GOREL.</li> <li>Gobiernos Locales.</li> <li>Ministerio Público.</li> <li>Poder Judicial.</li> <li>Policía Nacional</li> <li>Sección Trata.</li> <li>Centro de Emergencia Mujer.</li> <li>ONGs</li> <li>Dirección Regional de Salud de Loreto.</li> <li>DREL</li> </ul>
Incrementar el número de casos sentenciados de trata con fines de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.	N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.					
Incrementar el número de casos denunciados de trata con fines de explotación laboral de niñas, niños y adolescentes.	N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.					
Incrementar el número de casos sentenciados de trata con fines de explotación laboral de niñas, niños y adolescentes.	N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes.					

continúa ...

<p>Incrementar el número de casos denunciados de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>	<p>Nº de denuncias registradas de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>	<p>No se cuenta con información Se elaborará la línea de base.</p>	<p>● Fortalecer capacidades de los operadores (PNP, MP y Serenazgo y MINSA), a través de talleres de sensibilización, detección y referencia de casos de niñas, niños y adolescentes en situación de explotación sexual. ● Asignación de presupuesto para el fortalecimiento de Defensorías del Niño y el Adolescente. ● Implementar planes preventivos en las escuelas contra la ESNNA que incluyan el trabajo con las familias. ● Fortalecer el sistema de recuperación psico-emocional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de trata de personas con fines de explotación laboral.</p>	<p>● GOREL ● Gobiernos Locales Provinciales y Distritales ● Ministerio Público ● Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo ● Policía Nacional del Perú – Sección Trata ● Centro de Emergencia Mujer ● ONGs vinculadas al tema ● Dirección Regional de Salud de Loreto</p>
<p>Incrementar el número de casos sentenciados de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>	<p>Nº de casos de ESNNA sentenciados.</p>	<p>01 (Fuente: centro Emergencia Mujer – 2012)</p>	<p>● Fortalecer las capacidades de operadores para la detección, atención, y sanción de casos de abuso sexual. ● Capacitar a operadores y población en general en la Ruta de detección, atención y sanción de casos de abuso sexual. ● Capacitación de Promotores Adolescentes Pares formados por los Establecimientos de Salud en la Región (para su captación). ● Fortalecimiento del SIRVAES. ● Fortalecer las capacidades de los Operadores para la detección, atención y sanción de casos de abuso sexual. ● Capacitar a Operadores y público en general en la Ruta de detección, atención y sanción de casos de abuso sexual. ● Elaborar boletines en las entidades públicas en las zonas rurales sobre el Abuso Sexual Infantil y Adolescente. ● Fortalecer el sistema de recuperación psicoemocional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p>	<p>● Poder Judicial ● Ministerio Público ● Policía Nacional ● Gobierno regional ● Gobierno local ● Dirección Regional de Salud ● Centro de Emergencia Mujer ● Dirección Regional de Educación ● Dirección Regional de Salud de Loreto</p>
<p>Incrementar el número de casos denunciado de violencia sexual en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad.</p>	<p>Nº de casos denunciados de violencia sexual en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad, en el Sistema de Estadística del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos.</p>	<p>97(Iquitos, Yurimagus, Datem del Marañón y Requena (Fuente: Principales Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Iquitos. 2012).</p>	<p>● Fortalecer el sistema de recuperación psicoemocional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual.</p>	<p>● Poder Judicial ● Ministerio Público ● Policía Nacional ● Gobierno regional ● Gobierno local ● Dirección Regional de Salud ● Centro de Emergencia Mujer ● Dirección Regional de Educación ● Dirección Regional de Salud de Loreto</p>

continúa ...

<p>Incrementar el número de casos denunciados de violencia familiar en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad.</p>	<p>N° de casos denunciados de violencia familiar en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años de edad, en el Sistema del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos.</p>	<p>210 (Iquitos, Yurimaguas, Datem del Marañón y Requena (Fuente: Principales Estadísticas, Centro de Emergencia Mujer Iquitos, 2012).</p>	<p>● Sensibilizar a la población para la prevención de violencia familiar.                  ● Fortalecer las capacidades de operadores para la detección, atención, y sanción de casos de violencia familiar.                  ● Fortalecer el sistema de recuperación psicoemocional de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar.  <b>Pacto Ciudadano por la Primera Infancia de Loreto:</b>                  ● Diseñar e implementar un Programa Regional, Provincial y Local de Prevención, que tenga como eje la familia y la escuela, así como un Sistema de Vigilancia y Seguimiento Contra la Violencia y Castigo Físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Policía Nacional</li> <li>● Gobierno Regional</li> <li>● Gobierno Local</li> <li>● Dirección Regional de Salud</li> <li>● Centro de Emergencia Mujer</li> <li>● Dirección Regional de Educación</li> </ul>
--	---	--	--	---

**RESULTADO ESPERADO N° 20:** Participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas regionales y locales.

**Justificación:** Los Niños, Niñas y Adolescentes tienen derecho a organizarse y como tal, a desarrollar su protagonismo en bienestar de si mismo haciendo reconocer sus derechos y de todas infancias. Así mismo tienen la capacidad de formular, implementar y vigilar las políticas públicas, por lo tanto se hace necesario facilitar los espacios

de organización y promoción de los derechos de los NNAs. “El protagonismo infantil es el proceso social mediante el cual se pretende que niñas, niños y adolescentes desempeñen el papel principal en su desarrollo y el de su comunidad, para alcanzar la realización plena de sus derechos, atendiendo a su interés superior. Es hacer práctica la visión de la niñez como sujeto de derechos y, por lo tanto, se debe dar una redefinición de roles en los distintos componentes de la sociedad: niñez y juventud, autoridades, familia, sectores no organizados, sociedad civil, entidades, etc.”.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Incrementar en N° de gobiernos locales reconoce a las organizaciones de niñas, niños y adolescentes como espacio de ejercicio del derecho de participación.	N° de gobiernos locales que reconoce a las organizaciones de niñas, niños y adolescentes como espacio de ejercicio del derecho de participación.	1 Gobierno Local (Municipalidad Distrital de San Juan Bautista) está implementando 1 proyecto presentado por la REDNNA a través del presupuesto participativo. (Fuente: Gerencia de desarrollo Socio económico-MDSJB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidencia en Municipios Provinciales para generar marco legal en los municipios Distritales que reconozcan a las organizaciones de niñas, niñas y adolescentes.</li> <li>• Implementación del Registro Único de Organizaciones de Niñas, Niños y Adolescentes desde los gobiernos locales.</li> <li>• Fortalecer el Consejo Regional de Defensa de los Derechos de la Infancia y Adolescencia.</li> <li>• Realizar incidencia a fin de que las ONNAS participen en el Consejo Regional de Defensa de los Derechos de la Infancia y Adolescencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobierno Regional</li> <li>• Gobierno Local</li> <li>• DEMUNAS</li> </ul>
Incrementar el N° de propuestas del GOREL que promuevan y convoquen a niñas, niños y adolescentes en la formulación e implementación de políticas públicas	N° de organizaciones de niñas, niños y adolescentes conformados en la región Loreto.  N° de propuestas del GOREL que promuevan y convoquen a niñas, niños y adolescentes para la formulación e implementación de políticas públicas.	Actualmente existe 01 Red de Niñas, Niños y Adolescentes que reúne a 15 organizaciones (Fuente: REDNNA)  El Gobierno Regional de Loreto está promoviendo el Consejo Regional por la Defensa de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de Loreto-CORDDIA (Fuente: GRDS-SGPS- GOREL)		



**RESULTADO ESPERADO N° 21:** Disminución de niñas, niños y adolescentes en situación de calle con alto riesgo psicosocial.

**Justificación:** Nuestra razón de ser es brindar protección integral a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y riesgo social, y por sobre todo derecho al Buen Trato. La Pobreza no puede ser una razón para separar a los Niños, niñas y adolescentes de su medio familiar, lo cual determina la responsabilidad del Estado en garantizar la Inclusión Social y el fortalecimiento de la Familia. Se podría crear un movimiento en el cual los niños sean invitados a

organizarse en núcleos que reunirán a grupos de jóvenes marginados. Estos núcleos se convertirían en un espacio de debate, donde los niños pueden decidir y diseñar actividades para reivindicar sus derechos como ciudadanos. Estos grupos deberán integrarse en las actividades culturales que les ofrece este Movimiento: la representación de obras de teatro, la coreografía y aprendizaje de bailes populares y hasta la grabación de canciones. Estas manifestaciones artísticas servirán al mismo tiempo de terapia para socializarse y vencer los traumas de la droga y de la violencia y se pueden convertir incluso en una importante fuente de ingresos para los jóvenes artistas.

META AL 2021	INDICADOR	LÍNEA DE BASE DEPARTAMENTAL AÑO 2011	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES
Disminución de casos de niñas, niños y adolescentes en situación de calle.	N° de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de calle.	Actualmente no se cuenta con línea de base regional. Se elaborará a partir de la implementación del Plan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar y capacitar a operadores que atienden a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo a fin de mejorar su intervención.</li> <li>Fortalecer la Casa Estancia para niñas, niños y adolescentes en situación de calle.</li> <li>Capacitar y concientizar a los padres de familia sobre la responsabilidad en el desarrollo de sus hijas e hijos.</li> <li>Iniciativa legislativa para sancionar a los padres que incluyen a sus hijas e hijos en la explotación sexual y laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gobierno Regional</li> <li>Gobierno Local</li> <li>Ministerio Público</li> <li>INABIF</li> </ul>

**X.- MONITOREO Y EVALUACIÓN**

La Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Loreto deberá conformar, respetando los principios del presente Plan, una Comisión de Seguimiento

Concertado, a fin de garantizar el cumplimiento de los resultados y metas establecidas, teniendo en cuenta la siguiente matriz:

PROPUESTA					
MATRIZ DE MONITOREO DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LORETO 2012 - 2021					
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	LÍNEA BASE	FUENTE DE INFORMACIÓN	
1.- Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.	1.- Gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención integral durante la gestación, el parto, puerperio, período neonatal y primera infancia, con adecuación cultural.	% de muertes maternas en mujeres adultas.	78% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva-DIRESA Loreto).	Reporte DIRESA Loreto.	
		% de muertes maternas en adolescentes.	22% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva-DIRESA Loreto).		
		Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.	38 x mil (Fuente: ENDES 2011).		
		% de nacidos con bajo peso al nacer (<2,5 Kg.).	12.1% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
		% de partos atendidos por profesionales de la salud.	54.1% (Fuente: ENDES PpR2011).		
	2.- Acceso universal del derecho al nombre y a la identidad.	N° de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que cuentan con DNI.		401,097 (95,94%). Fuente: RENIEC-31 de Diciembre 2012.	Reporte RENIEC.
		% de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad.		29.6% (Fuente: ENDES 2012 – Patrón OMS)	
		% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia.		55.5% (Fuente: ENDES PpR 2011).	
		% de anemia en mujeres en edad fértil		61.8% (Fuente: EVAJ-DIRESA Loreto-2011).	Reporte DIRESA Loreto y ENDES.
		% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad que recibió suplemento de hierro.		14.4% (Fuente: ENDES PpR 2011).	
3.- Alimentación y nutrición saludable para las niñas y niños.	% de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva.		69.6% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
	% de menores de 36 meses de edad con EDAs.		34.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
	% de menores de 36 meses de edad con IRAs.		30.1% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
	% de menores de 36 meses de edad con CRED completo.		35.7% (Fuente: ENDES PpR 2011).	Reporte DIRESA Loreto y ENDES.	
	% de menores de 36 meses de edad con vacunas completas según calendario nacional.		60.5% (Fuente: ENDES PpR 2011).		
4.- Acceso universal al agua segura y saneamiento básico.	% de hogares con acceso a agua segura.		52.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).	Reportes Ministerio de Vivienda.	
	% de hogares con saneamiento básico.		68.9% (Fuente: ENDES PpR 2011).		

continúa ...

<p><b>2.- Promover condiciones favorables para una salud integral y educación básica de calidad para todas las niñas y niños de 6 a 14 años de edad con enfoque inclusivo e intercultural.</b></p>	<p><b>5.- Niñas y niños acceden oportunamente a programas de estimulación temprana.</b></p>	<p>% de niñas y niños matriculados en Educación Inicial.</p>	<p>40.53% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012-ESCALE)</p>	<p>Reportes DREL</p>
	<p><b>6.- Acceso a una Educación Inicial de calidad e intercultural.</b></p>	<p>% de brecha en educación inicial.</p>	<p>59.47% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012-ESCALE)</p>	
	<p><b>7.- Asegurar el acceso universal a servicios de salud integral para niñas y niños de 6 a 14 años de edad.</b></p>	<p>% de niñas y niños de 3 a 5 años de edad que acceden a educación inicial en el área rural.</p>	<p>20.35% (Fuente: Encuesta Censal. MED. 2012-ESCALE)</p>	<p>Reportes SIS Loreto, DIRESA – DAIS y ENDES</p>
	<p><b>8.- Niñas y niños de 6 a 14 años de edad acceden y concluyen en la edad normativa una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</b></p>	<p>% de Establecimientos de Salud equipados con adecuación cultural.</p>	<p>0.56% (Fuente: Oficina DAIS-DIRESA Loreto-2012)</p>	
	<p><b>9.- Logro de competencias de comprensión lectora y matemáticas.</b></p>	<p>% de niñas y niños de 0 a 17 años de edad que cuentan con algún tipo de seguro de salud.</p>	<p>171,729 (41.07%). Fuente: Oficina SIS Loreto – Diciembre 2012.</p>	<p>Reportes MED y DREL.</p>
	<p><b>10.- Reducción del trabajo Infantil peligroso de niñas y niños en edad escolar.</b></p>	<p>N° de niñas y niños que acceden a educación primaria en edad normativa.</p>	<p>155,307 (Fuente: Ministerio de Educación-Censo escolar 2012-ESCALE)</p>	
		<p>No de niñas y niños que concluyen la educación primaria en edad normativa.</p>	<p>Actualmente no se cuenta con línea de base. Se elaborará a partir de la implementación del Plan</p>	
		<p>% de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, según la ECE en Comprensión lectora.</p>	<p>6.1% (Fuente: MED – Evaluación Censal a Estudiantes ECE 2011)</p>	
		<p>% de estudiantes de 2° grado de primaria de IEP, que se encuentran en el nivel 2, según la ECE en Matemática.</p>	<p>1.4% (Fuente: MED – Resultados ECE 2011).</p>	
		<p>N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que trabajan.</p>	<p>Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 720 (Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo. Julio 2011).</p>	
	<p>N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que realizan algún tipo de trabajo peligroso.</p>	<p>No se cuenta con datos a nivel regional.</p>	<p>Reporte Dirección Regional de Trabajo.</p>	
		<p>N° de niñas y niños de 6 a 13 años de edad que realizan algún tipo de trabajo peligroso.</p>	<p>Provincias de Maynas, Requena y Alto Amazonas: 84 (Fuente: DRType. Julio 2011).</p>	
			<p>No se cuenta con datos a nivel regional.</p>	

continúa ...

<p><b>3.- Generar condiciones favorables para el desarrollo integral de las y los adolescentes.</b></p>	<p><b>11.-</b> Niñas y niños cuentan con espacios seguros saludables y recreativos fomentando un óptimo desarrollo bio psicosocial.</p> <p><b>12.-</b> Niñas y niños con conocimientos en contenidos de Educación Sexual Integral para la salud integral insertados en la currícula educativa con énfasis en salud sexual y reproductiva.</p> <p><b>13.-</b> Disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.</p> <p><b>14.-</b> Disminuir la incidencia de ITS, VIH y SIDA en las y los adolescentes.</p> <p><b>15.-</b> Prevenir la incidencia del Papiloma Virus Humano (PVH) en niñas de 10 años de edad</p> <p><b>16.-</b> Acceso de adolescentes en la edad normativa a la educación secundaria intercultural, inclusiva y de calidad, con énfasis en zona rural.</p> <p><b>17.-</b> Protección frente al trabajo peligroso en adolescentes.</p> <p><b>18.-</b> Disminución de adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.</p>	<p>No de espacios para el desarrollo bio psicosocial de las niñas y niños.</p> <p>N° de instituciones educativas que incluyen y desarrollan contenidos sobre educación sexual integral.</p> <p>% de madres adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad por primera vez.</p> <p>N° de embarazos en menores de 12 años de edad.</p> <p>% de casos de ITS, VIH SIDA en las y los adolescentes.</p> <p>No de niñas de 10 años de edad con dosis completas de vacunas contra el PVH</p> <p>% de adolescente matriculados en el nivel educativo secundario en edad normativa en zona rural.</p> <p>N° de adolescentes de 14 a 17 años de edad con algún tipo de trabajo peligroso.</p> <p>N° adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal.</p>	<p>- Creación e implementación de 35 Centros de Vigilancia Comunal en comunidades y 04 en Iquitos; (DIPROMSA - DIRESA Loreto)</p> <p>- Creación e Implementación de 02 Ludotecas (DIPROMSA- DIRESA Loreto)</p> <p>40 (Fuente: DREL-DGP-Tutoría)</p> <p>30% (Fuente: ENDES 2011 PpR).</p> <p>02 embarazos &lt; de 12 años en el 2012 (Fuente: EYAJ-DIRESA Loreto).</p> <p>19% (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva DIRESA – Loreto 2012).</p> <p>2,198 (Fuente: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva – DIRESA Loreto)</p> <p>14,343 (23.5%). Fuente: Ministerio de educación-Censo escolar-2012-ESCALE</p> <p>Provincias de Maynas, Alto Amazonas y Requena: 126 (Fuente: Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo).</p> <p>No se cuenta con información de las otras provincias.</p> <p>36 (Fuente: Poder Judicial del Perú. Corte Superior de Justicia de Loreto. Segundo Juzgado Especializado de Familia de Maynas - 2011).</p>	<p>Reportes GOREL y Gobiernos Locales.</p> <p>Reportes DITOE y DREL.</p> <p>Reportes DIRESA y ENDES.</p> <p>Reportes MED y DREL.</p> <p>Reportes Dirección Regional de Trabajo y Gobiernos Locales.</p> <p>Reportes del Poder Judicial de Loreto.</p>
---	--	---	---	---

continua ...

<p><b>4.- Fortalecer los sistemas de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.</b></p>	<p><b>19.- Incrementar el número de casos denunciados y sentenciados de Trata, explotación sexual, abuso sexual y maltrato infantil de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.</b></p>	<p>N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.</p>	<p>22 (Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos - 2012)</p>	<p>Reportes de la Sección Trata de la V-DIRTEPOL, Ministerio Público y CEM Iquitos.</p>
		<p>N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>	<p>12 (Fuente: Poder Judicial)</p>	
		<p>N° de denuncias registradas de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes en el Sistema RETA.</p>	<p>4 (Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos - 2012)</p>	
		<p>N° de casos sentenciados de Trata con fines de Explotación Laboral de Niñas, Niños y Adolescentes.</p>	<p>No se cuenta con información. Se elaborará la línea de base</p>	
		<p>N° de denuncias registradas de Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes</p>	<p>No se cuenta con información. Se elaborará la línea de base</p>	
		<p>N° de casos de ESNNA sentenciados.</p>	<p>1 caso sentenciado por ESNNA (Fuente: Estadística Centro Emergencia Mujer)</p>	
		<p>N° de casos denunciados de violencia sexual en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años, en el Sistema de estadística del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos</p>	<p>97 (Iquitos, Yurimaguas, Datem del Marañón y Requena) (Fuente: Principales Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Iquitos. 2012).</p>	<p>Reportes del Ministerio Público y el CEM Iquitos.</p>
		<p>N° de casos denunciados de violencia familiar en la niñez y adolescencia de 0 a 17 años, en el Sistema del Centro de Emergencia Mujer - Iquitos.</p>	<p>210 (Iquitos, Yurimaguas, Datem del Marañón y Requena) (Fuente: Principales Estadísticas. Centro de Emergencia Mujer Iquitos. 2012).</p>	

continúa ...

	<p><b>20.-</b> Participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en la formulación, implementación y vigilancia de las políticas públicas regionales y locales.</p>	<p>No de gobiernos locales que reconoce a las organizaciones de niñas, niños y adolescentes como espacio de ejercicio del derecho de participación.</p> <p>No de organizaciones de niñas, niños y adolescentes conformados en la región Loreto.</p> <p>No de propuestas del GOREL que promueva y convoca a niñas, niños y adolescentes para la formulación e implementación de políticas públicas.</p>	<p>01 Gobierno Local ( Municipalidad Distrital de San Juan Bautista) está implementando 01 proyecto presentado por la REDNNA a través del presupuesto participativo.(Fuente: Gerencia de desarrollo Socio económico-MDSJB)</p> <p>Actualmente existe 01 Red de Niñas, Niños y Adolescentes que reúne a 15 organizaciones (Fuente: REDNNA)</p>	<p>Reportes del Gobierno Regional, REDNNA, Gobiernos Locales.</p>
<p><b>21.-</b> Disminución de niñas, niños y adolescentes en situación de calle.</p>	<p>Nº de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situación de calle.</p>	<p>Actualmente no se cuenta con línea de base a nivel regional. Se elaborará a partir de la implementación del Plan.</p>	<p>Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo.</p>	



# CAPITULO V

## ANEXOS

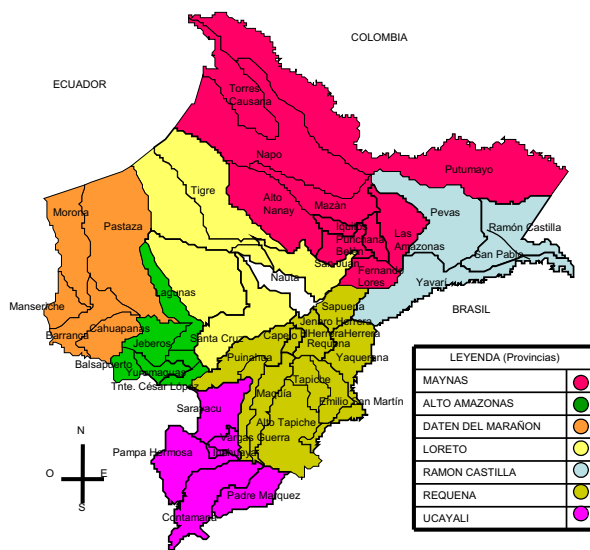




Foto: Fundación Cayetano Heredia

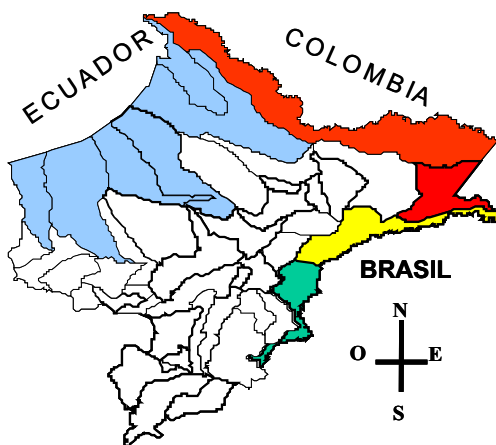
Las niñas, los niños y adolescentes tienen derecho a:  
crecer en libertad

**Gráfico N° 1**  
**Mapa de la Región Loreto por Provincias y Distritos. Año 2010**



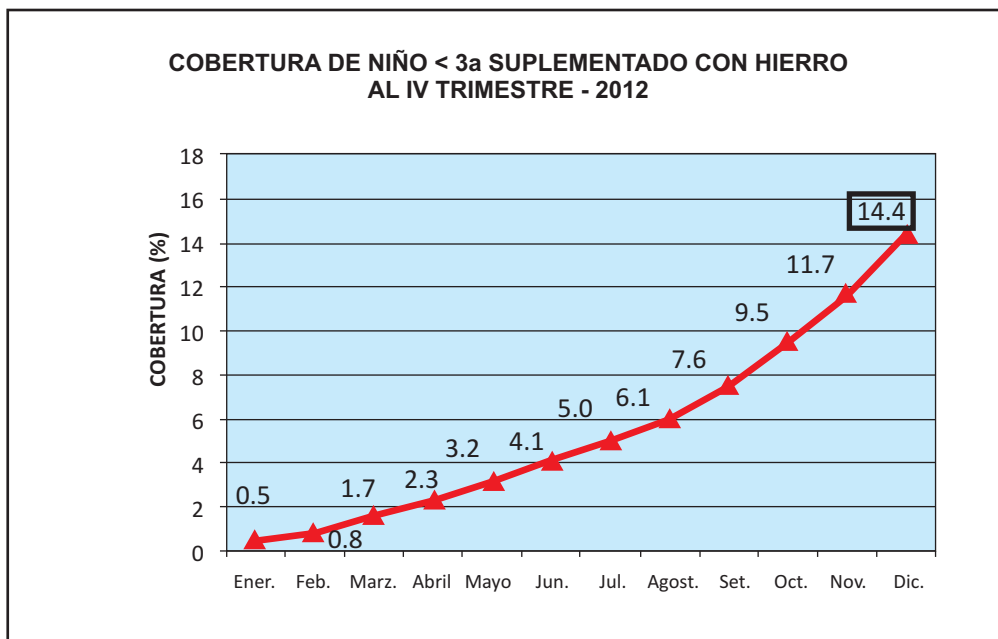
FUENTE: Gobierno Regional de Loreto.

**Gráfico N° 2**  
**Distritos Fronterizos de la Región Loreto. Año 2010**



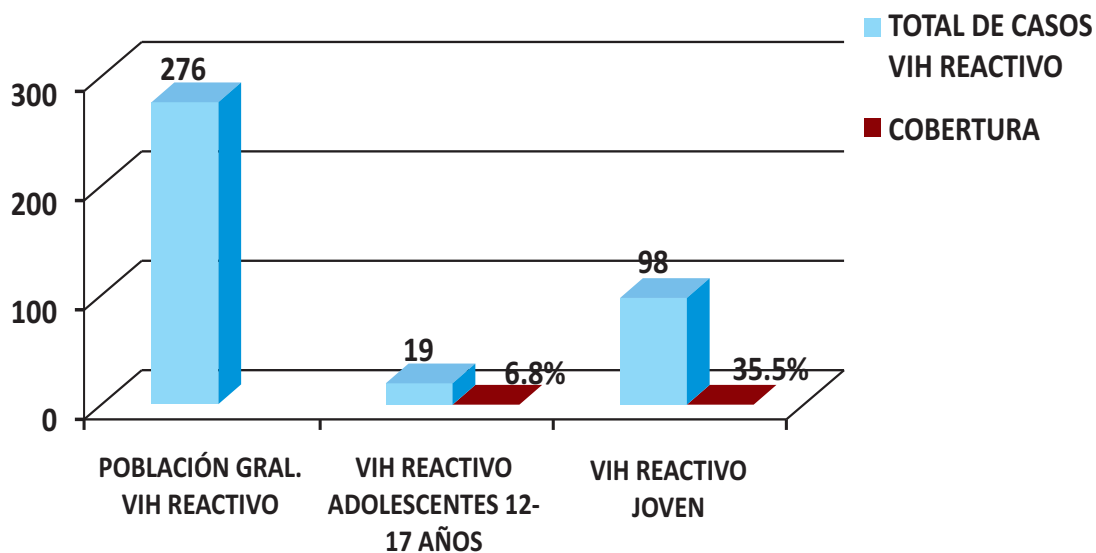
Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología

Gráfico N° 3



Fuente: Base de datos HIS-Estadística-DIRESA

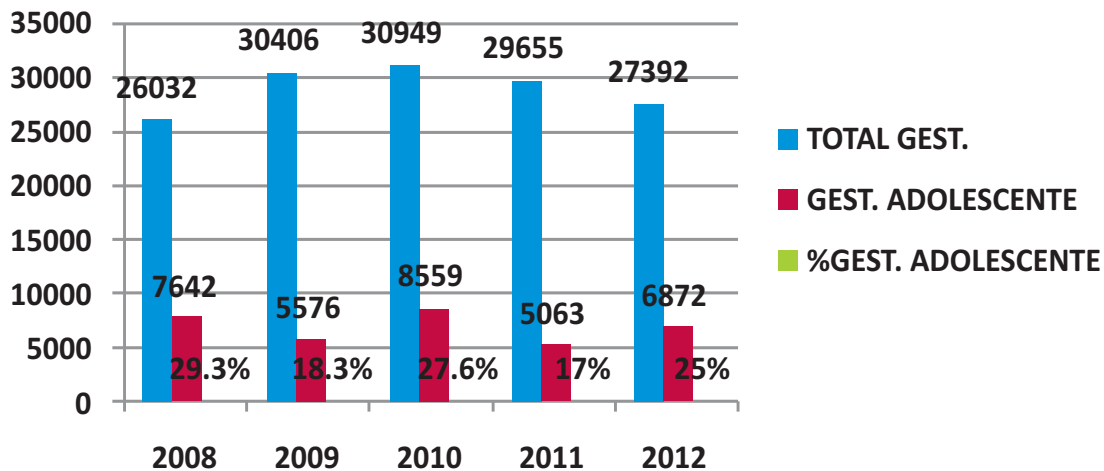
**Gráfico N° 4**  
**NUMERO DE CASOS DE VIH REACTIVOS EN LA ETAPA VIDA ADOLESCENTE EN EL AÑO 2012**



FUENTE: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - DIRESA Loreto

Gráfico N° 5

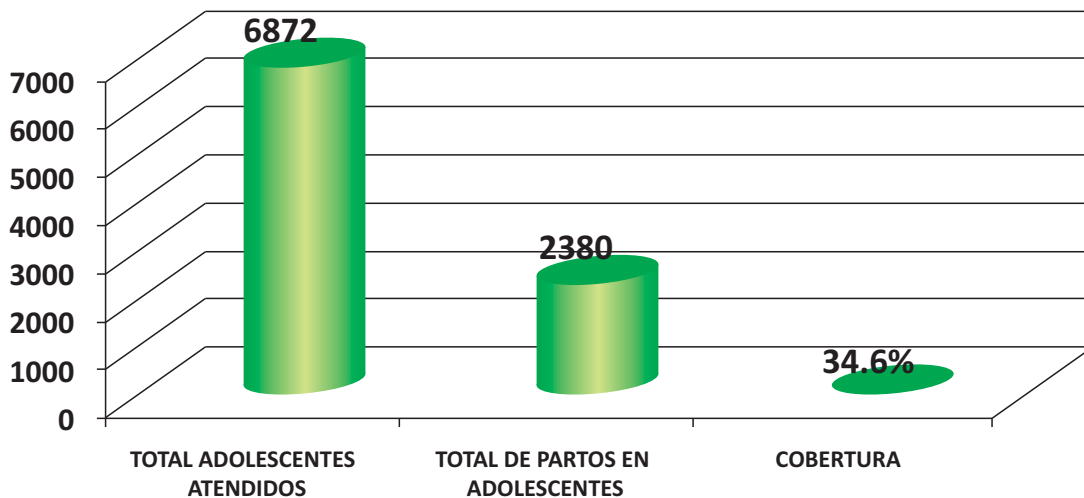
**PORCENTAJE DE GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS AL AÑO 2012**



FUENTE: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - DIRESA Loreto

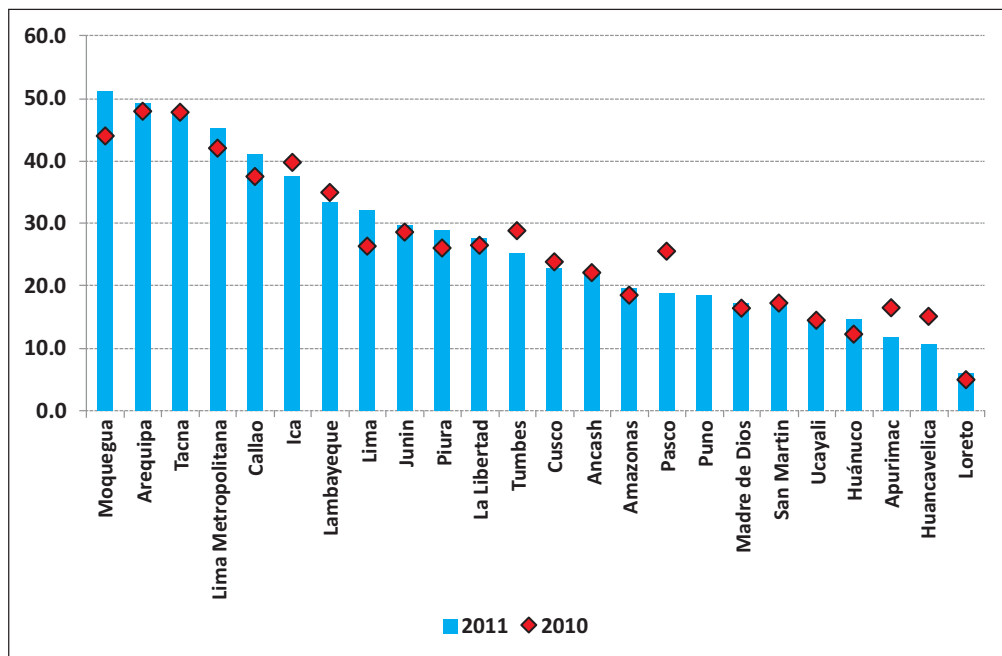
Gráfico N° 6

**PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES ATENDIDOS EN ADOLESCENTES EN EL AÑO 2012**



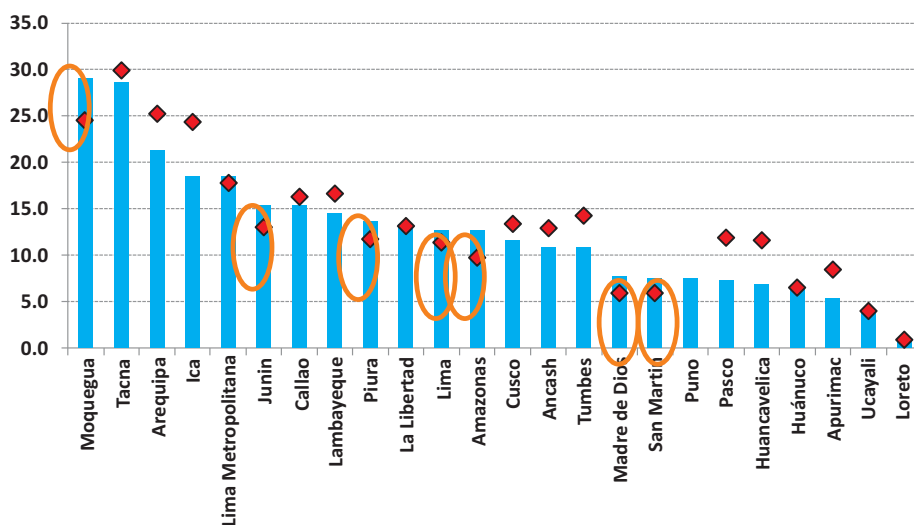
FUENTE: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - DIRESA Loreto

**GRÁFICO N° 7**  
**PORCENTAJE DE ESTUDIANTES QUE ALCANZAN EL NIVEL 2 EN**  
**COMPRESIÓN LECTORA, PERIODO 2010 - 2011**



FUENTE: MED. Resultados de la Evaluación Censal de Estudiantes 2011.

**GRÁFICO N° 8**  
**PORCENTAJE DE ESTUDIANTES QUE ALCANZAN EL NIVEL 2 EN MATEMÁTICA,**  
**PERIODO 2010-2011**



FUENTE: MED. Resultados de la Evaluación Censal de Estudiantes 2011.



**CUADRO N° 1**  
**LORETO: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA Y POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE**  
**EDAD POR GRUPOS QUINQUENALES, SEGÚN PROVINCIA, 2011**

REGION/ PROVINCIA	POBLACION TOTAL	MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD			
		TOTAL	0-5	06-11	12-17
<b>NACIONAL</b>	<b>29'797,694</b>	<b>7'049,794</b>	<b>3'531,002</b>	<b>3'518,792</b>	<b>3'501,174</b>
<b>REGIONAL</b>	<b>995,355</b>	<b>417,605</b>	<b>146,607</b>	<b>145,178</b>	<b>125,820</b>
Maynas	545,095	218,052	77,646	64,976	75,430
Alto Amazonas	116,035	53,856	19,589	17,425	16,842
Requena	72,188	34,505	13,020	10,490	10,995
Ucayali	69,771	32,719	12,487	9,914	10,318
Loreto	68,868	32,662	12,405	10,305	9,952
Mariscal Ramón Castilla	65,251	28,345	11,199	8,466	8,680
Datem del Marañón	58,147	29,465	11,606	9,847	8,012

**Fuente:** INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Región, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025 - Boletín Especial N° 22 y REDATAM 2007.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 2**  
**LORETO: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA Y POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE**  
**EDAD POR GRUPOS QUINQUENALES, 2012**

REGIÓN	POBLACION TOTAL	MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD			
		TOTAL	0-5	06-11	12-17
<b>NACIONAL</b>	<b>30'135,875</b>	<b>10'525,484</b>	<b>3'510,842</b>	<b>3'518,093</b>	<b>3'496,549</b>
<b>REGIONAL</b>	<b>1'006,953</b>	<b>418,051</b>	<b>144,363</b>	<b>145,723</b>	<b>127,965</b>

**Fuente:** INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025 - Boletín Especial N° 22 y REDATAM 2007.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 3**

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009 - 2011			
Territorio	2009	2010	2011
<b>Perú</b>	<b>34.8</b>	<b>31.3</b>	<b>29.1</b>
<b>Región Loreto</b>	<b>56.0</b>	<b>49.1</b>	<b>48.6</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. Oficina de Gestión de la Información y Estadística

**Nota:** Los datos del año 2011 son estimados (Proyectados)  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 4**  
**LORETO: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y**  
**POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PROVINCIA EN EL AÑO 2011**

PROVINCIA	TOTAL POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD	TOTAL POBLACIÓN DE 0-5 AÑOS	
		N°	%
<b>NACIONAL</b>	<b>7,049,794</b>	<b>3,531,002</b>	<b>50.08</b>
<b>REGIONAL</b>	<b>417,605</b>	<b>146,607</b>	<b>35.7</b>
Maynas	218,052	77,646	35.6
Alto Amazonas	53,856	19,589	36.37
Requena	34,505	13,020	37.73
Ucayali	32,719	12,487	38.16
Loreto	32,662	12,405	37.97
Datem del Marañón	29,465	11,606	39.38
Mariscal Ramón Castilla	28,345	11,199	39.5

Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Región, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025 - Boletín Especial N° 22 y REDATAM 2007  
 Elaboración propia

**CUADRO N° 5**  
**NÚMERO DE MUERTES MATERNAS LA REGIÓN LORETO. COMPARATIVO AÑOS**  
**2010-2012**

2010		2011		2012	
Adultas	Adolescentes	Adultas	Adolescentes	Adultas	Adolescentes
28	5	31	4	21	6
<b>33</b>		<b>35</b>		<b>27</b>	

Fuente: DIRESA Loreto  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 6**  
**PERÚ: MORTALIDAD NEONATAL, POSTNEONATAL, INFANTIL Y EN LA NIÑEZ, SEGÚN**  
**REGIÓN, 2011**

Departamento	Mortalidad Neonatal	Mortalidad Post neonatal	Mortalidad Infantil	Mortalidad en la Niñez
Cusco	17	18	35	43
<b>Loreto</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>38</b>	<b>51</b>
Puno	15	25	40	52
Ucayali	15	11	26	36

FUENTE: INEI – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2011). Diez años anteriores a la encuesta.

**CUADRO N° 7**  
**PROPORCIÓN DE NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA**  
**CON BAJO PESO AL NACER (<2.5 KG.), SEGÚN REGIÓN, 2009-2010 Y 2011**

N°	Región	2009-2010	2011
	Total Perú	<b>8</b>	<b>7.1</b>
<b>1</b>	<b>Loreto</b>	<b>11.8</b>	<b>12.1</b>
2	Apurímac	8.2	11.4
3	Cajamarca	9.1	10.3
4	Huánuco	9.6	9.9
5	Huancavelica	7.5	9.8

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011.  
 Elaboración: ENDES PpR 2011

**CUADRO N° 8**  
**PERÚ: MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON NACIMIENTOS EN LOS**  
**CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, POR PERSONA QUE**  
**PROPORCIONÓ EL CUIDADO PRENATAL PARA EL ÚLTIMO NACIMIENTO, SEGÚN**  
**REGIÓN, 2011**

Región	Persona que proporcionó la atención prenatal				No recibió atención prenatal
	Médico	Obstetriz	Enfermera	Técnico en enfermería/ Promotor de salud	
<b>Loreto</b>	<b>15.3</b>	<b>55.5</b>	<b>5.1</b>	<b>12.9</b>	<b>11.1</b>
Madre de Dios	27.5	59.4	5.9	5.3	2.0
Moquegua	67.9	30.3	1.8	0.0	0.0
Pasco	20.6	58.0	12.9	6.8	1.7
Piura	36.3	56.1	2.8	2.4	1.6
Puno	22.7	69.0	3.3	2.8	2.2
San Martín	19.8	67.8	0.3	10.8	1.0
Tacna	18.6	77.8	3.5	0.0	0.0
Tumbes	26.0	72.9	0.0	0.0	1.0
Ucayali	19.1	64.4	8.9	3.0	4.5
<b>Total 2011</b>	<b>32.9</b>	<b>57.5</b>	<b>4.9</b>	<b>2.9</b>	<b>1.6</b>
Total 2000	34.6	36.4	11.5	1,3 a/	15.5

Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 9**  
**PROPORCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL 1/ DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS 5**  
**AÑOS ANTES DE LA ENCUESTA, SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
		<b>Total Perú</b>	<b>81.3</b>	<b>83.2</b>
<b>24</b>	<b>Loreto</b>	<b>56.4</b>	<b>51.4</b>	<b>54.1</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2009, 2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 10**  
**MORBILIDAD ANEMIA ADOLESCENTES Y JÓVENES POR SEXO EN LA REGIÓN**  
**LORETO EN EL AÑO 2011**

MORBILIDAD	Sexo	TOTAL	Edad	
			12 a 17 años	18 a 29 años
Anemia por deficiencia de hierro sin especificaciones	TOTAL	33,652	3,338	4,387
	Masculino	12,853	1,082	808
	Femenino	20,799	2,256	3,579

FUENTE: Área Etapa Vida Adolescente y Joven EVAJ- DIRESA Loreto

**CUADRO N° 11**  
**DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN LA REGIÓN LORETO 2010 – 2012**

Indicador	2010		2011		2012	
	Loreto	Perú	Loreto	Perú	Loreto	Perú
DCI	31%	23.2%	34.2%	19.5%	29.6%	18.6%

FUENTE: INEI- Encuesta ENDES 2012-REF. Patrón OMS

**CUADRO N° 12**  
**PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA,**  
**SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
		<b>Total Perú</b>	<b>50.4</b>	<b>50.3</b>
1	Puno	72.7	78.1	71.1
2	Cusco	76.3	58.6	64.1
3	Madre de Dios	53.4	58.3	59.2
4	Junín	60.5	41.4	57.2
<b>5</b>	<b>Loreto</b>	<b>45.2</b>	<b>55.9</b>	<b>55.5</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009, 2010 y 2011.  
 Elaboración: ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 13**  
**PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD QUE**  
**RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO, SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009-2010	2011
	Total	18.4	17
15	<b>Loreto</b>	<b>14.2</b>	<b>14.4</b>
16	Lambayeque	20.8	13.2
17	Madre de Dios	22.2	13.1
18	Arequipa	19.8	12.4
19	La Libertad	8.4	11.3
20	Ucayali	14.5	10.6
21	Moquegua	8.3	10.3
22	Puno	7.3	10.1
23	Ica	7.1	7.8
24	Piura	13.2	6.6

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 14**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA,**  
**SEGÚN REGIÓN, 2009-2011 (Porcentaje)**

N°	Región	2009	2010	2011
	Total Perú	68.5	68.3	70.6
16	<b>Loreto</b>	<b>82.3</b>	<b>63</b>	<b>69.6</b>
17	Madre de Dios	58.5	58	63.8
18	Tumbes	45.2	47.4	62.8
19	Tacna	56.7	72.5	62
20	Lima	59.1	55	61.7
21	Ica	64	43.7	57
22	Piura	63	43.4	53.2
23	Arequipa	38.5	66.7	48.6
24	Moquegua	77.6	72.9	41.3

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009, 2010 y 2011.  
 Elaboración ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 15**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y**  
**DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2009,**  
**2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
	Total Perú	27.7	40	47.3
24	<b>Loreto</b>	<b>8.2</b>	<b>24.8</b>	<b>35.7</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2009, 2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 16**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES DE EDAD CON VACUNAS BÁSICAS**  
**COMPLETAS PARA SU EDAD, SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
	<b>Total Perú</b>	<b>61.5</b>	<b>67.3</b>	<b>78.3</b>
<b>24</b>	<b>Loreto</b>	<b>35.8</b>	<b>46</b>	<b>60.1</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009, 2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 17**  
**PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 18 A 29 MESES DE EDAD CON VACUNAS BÁSICAS**  
**COMPLETAS, SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011 1/**

N°	Región	2009	2010	2011
	<b>Total Perú</b>	<b>51.4</b>	<b>58.6</b>	<b>71</b>
<b>18</b>	<b>Loreto</b>	<b>41.9</b>	<b>53.9</b>	<b>63.5</b>

1/ Vacunas Básicas Completas incluye 1 Dosis de BCG, 3 Dosis de DPT, 3 Dosis contra la Poliomeilitis y 1 Dosis contra el Sarampión.  
 FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2009, 2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 18**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS**  
**PARA SU EDAD, SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
	<b>Total Perú</b>	<b>54.8</b>	<b>61.8</b>	<b>72.7</b>
<b>22</b>	<b>Loreto</b>	<b>40.7</b>	<b>48.4</b>	<b>60.5</b>
<b>23</b>	Madre de Dios	44.7	56.9	57.8
<b>24</b>	Amazonas	60.7	58	54.7

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011.  
 ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 19**  
**PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS**  
**ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON EDA, SEGÚN REGIÓN, 2009-2010 Y 2011**  
**(Porcentaje)**

N°	Región	2009-2010	2011
	<b>Total Perú</b>	<b>18.9</b>	<b>17.6</b>
<b>1</b>	<b>Loreto</b>	<b>35.4</b>	<b>34.9</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009, 2010 y 2011.  
 Elaboración: ENDES PpR 2011.



**CUADRO N° 20**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES CON ACCESO A AGUA TRATADA,**  
**SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
		<b>Total Perú</b>	<b>91.1</b>	<b>91.5</b>
<b>24</b>	<b>Loreto</b>	<b>62.8</b>	<b>52.8</b>	<b>52.9</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009,2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 21**  
**PROPORCIÓN DE HOGARES CON SANEAMIENTO BÁSICO,**  
**SEGÚN REGIÓN, 2009, 2010 Y 2011**

N°	Región	2009	2010	2011
		<b>Total Perú</b>	<b>83.3</b>	<b>85.3</b>
<b>23</b>	<b>Loreto</b>	<b>65.7</b>	<b>60.4</b>	<b>68.9</b>
<b>24</b>	<b>Huancavelica</b>	<b>59.3</b>	<b>65.4</b>	<b>64.7</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2009,2010 y 2011. ENDES PpR 2011.

**CUADRO N° 22**  
**PERÚ: PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS**  
**ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA,**  
**SEGÚN REGIÓN, 2009-2010 Y 2011**  
**(Porcentaje)**

N°	Región	2009-2010	2011
		<b>Total Perú</b>	<b>18.3</b>
<b>1</b>	<b>Loreto</b>	<b>33.9</b>	<b>30.1</b>

FUENTE: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2009, 2010 y 2011.  
 Elaboración: ENDES- PpR 2011

**CUADRO N° 23**  
**DEFUNCIONES POR NEUMONÍAS EN MENORES DE 5 AÑOS EN DISTRITOS**  
**AFECTADOS POR LA INUNDACIÓN. AÑO 2012 (S.E 28)**

Distrito	Menor de 2 meses	De 2 a 11 meses	De 1 a 4 años	Total
Punchana	4	5	1	10
Nauta	3	2	0	5
Barranca	0	3	1	4
Belén	0	4	0	4
Requena	0	1	1	2
Alto Tapiche	1	0	0	1
Andoas	0	1	0	1
Balsapuerto	0	1	0	1
Capelo	0	1	0	1
Iquitos	1	0	0	1
Lagunas	0	1	0	1
Pastaza	0	0	1	1
Ramón Castilla	0	1	0	1
San Juan Bautista	0	1	0	1
Yurimaguas	0	1	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>35</b>

FUENTE: DIRESA - Loreto

**CUADRO N° 24**  
**DRE Loreto: MATRÍCULA EBR POR TIPO DE GESTIÓN, ÁREA GEOGRÁFICA Y SEXO,**  
**NIVEL EDUCATIVO INICIAL POR ESTRATEGIA O FORMA DE ATENCIÓN, 2011-2012**

Nivel educativo y estrategia/ característica	2011					2012								
	Total	Gestión		Área		Sexo	Total	Gestión		Área		Sexo		
		Pública	Privada	Urbana	Rural			M	F	Pública	Privada		Urbana	Rural
<b>Inicial ciclo I (0-2 años) 1/</b>	<b>2,311</b>	<b>2,000</b>	<b>311</b>	<b>2,085</b>	<b>226</b>	<b>1,155</b>	<b>1,156</b>	<b>2,722</b>	<b>2,399</b>	<b>323</b>	<b>2,648</b>	<b>74</b>	<b>1,383</b>	<b>1,339</b>
Cuna	104	63	41	104	0	51	53	102	57	45	102	0	58	44
Cuna Jardín 2/	981	711	270	981	0	497	484	1,193	915	278	1,193	0	621	572
SET	74	74	0	62	12	38	36	62	62	0	62	0	23	39
PIET	102	102	0	41	61	47	55	0	0	0	0	0	0	0
PIETBAF	1,050	1,050	0	897	153	522	528	1,365	1,365	0	1,291	74	681	684
<b>Inicial ciclo II (3-5 años)</b>	<b>55,303</b>	<b>53,020</b>	<b>2,283</b>	<b>36,038</b>	<b>19,265</b>	<b>27,723</b>	<b>27,580</b>	<b>55,802</b>	<b>53,586</b>	<b>2,216</b>	<b>35,551</b>	<b>20,251</b>	<b>28,147</b>	<b>27,655</b>
Jardín 3/	45,118	43,312	1,806	27,970	17,148	22,616	22,502	46,171	44,314	1,857	28,083	18,088	23,350	22,821
Cuna-jardín 4/	6,260	5,783	477	6,233	27	3,161	3,099	6,282	5,923	359	6,258	24	3,169	3,113
PRONOEI	3,925	3,925	0	1,835	2,090	1,946	1,979	3,349	3,349	0	1,210	2,139	1,628	1,721

1/ Incluye niños con edades mayores a dos años matriculados en programas de inicial ciclo I.

2/ Comprende matrícula de 0-2 años en cuna-jardín.

3/ Incluye matrícula en aula de articulación.

4/ Comprende matrícula de 3-5 años en cuna-jardín.

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Censo Escolar.

Elaboración Propia.

**CUADRO N° 25**  
**DRE Loreto: ÍNDICE DE COBERTURA Y DÉFICIT EN EDUCACIÓN INICIAL,**  
**REGIÓN LORETO, 2011 – 2012**

Población estimada de 0-5 años de edad		Niñas y niños de 0 a 5 años de edad matriculados en educación inicial			
2011	2012	2011		2012	
		N°	%	N°	%
146,607	144,363	57,614	39.29	58,524	40.53

Fuente: Encuesta Censal. MED 2012. Población Estimada: INEI. Boletín Especial N° 22.

**CUADRO N° 26**  
**LORETO: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y POBLACIÓN**  
**TOTAL ESTIMADA DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PROVINCIA EN EL AÑO 2011**

REGIÓN/PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD	
		N°	%
<b>NACIONAL</b>	<b>7,049.79</b>	<b>3,518.79</b>	<b>49.91</b>
<b>REGIONAL</b>	<b>417,605</b>	<b>145,178</b>	<b>34.76</b>
Maynas	218,052	64,976	29.79
Alto Amazonas	53,856	17,425	32.35
Requena	34,505	10,490	30.4
Loreto	32,662	10,305	31.55
Ucayali	32,719	9,914	30.3
Datem del Marañón	29,465	9,847	33.41
Mariscal Ramón Castilla	28,345	8,466	29.86

Fuente: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025 - Boletín Especial N° 22 y REDATAM 2007.

**CUADRO N° 27**  
**NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS AFILIADOS A ALGÚN SEGURO DE SALUD CON DNI**  
**PERIODO 2011-2012, POR PROVINCIA Y GÉNERO**

PROVINCIA/DISTRITO, PERIODO Y GÉNERO	2011			2012		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
MAYNAS	14,304	14,781	<b>29,085</b>	23,785	25,021	<b>48,806</b>
ALTO AMAZONAS	3,492	3,632	<b>7,124</b>	11,178	11,538	<b>22,716</b>
LORETO	1,588	1,630	<b>3,218</b>	5,551	5,741	<b>11,292</b>
MARISCAL RAMÓN CASTILLA	1,449	1,445	<b>2,894</b>	4,909	5,014	<b>9,923</b>
REQUENA	1,414	1,475	<b>2,889</b>	5,279	5,362	<b>10,641</b>
UCAYALI	1,416	1,536	<b>2,952</b>	3,826	3,751	<b>7,577</b>
DATEM DEL MARAÑÓN	1,925	1,929	<b>3,854</b>	4,363	4,395	<b>8,758</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25,588</b>	<b>26,428</b>	<b>52,016</b>	58,891	60,822	<b>119,713</b>

FUENTE: Oficina SIS Loreto – Enero 2013.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 28**  
**DRE Loreto: MATRÍCULA EBR POR TIPO DE GESTIÓN, ÁREA GEOGRÁFICA Y SEXO, NIVEL EDUCATIVO**  
**PRIMARIA POR ESTRATEGIA O FORMA DE ATENCIÓN, 2011-2012**

Nivel educativo y estrategia/característica	2011					2012								
	Total	Gestión		Área		Sexo	Total	Gestión		Área		Sexo		
		Pública	Privada	Urbana	Rural			M	F	Pública	Privada		Urbana	Rural
<b>Primaria</b>	<b>178,600</b>	<b>169,088</b>	<b>9,512</b>	<b>99,452</b>	<b>79,148</b>	<b>91,572</b>	<b>87,028</b>	<b>155,307</b>	<b>147,796</b>	<b>7,511</b>	<b>88,213</b>	<b>67,094</b>	<b>79,537</b>	<b>75,770</b>
Polidocente Completo	103,988	95,478	8,510	93,514	10,474	52,835	51,153	93,306	86,241	7,065	83,209	10,097	47,425	45,881
Polidocente Multigrado	44,658	43,914	744	5,098	39,560	23,167	21,491	39,106	38,708	398	4,416	34,690	20,232	18,874
Unidocente Multigrado	29,954	29,696	258	840	29,114	15,570	14,384	22,895	22,847	48	588	22,307	11,880	11,015

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Censo Escolar  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 29**  
**RESULTADOS POR UGEL EN EL AREA DE COMPRENSIÓN LECTORA POR**  
**PROVINCIA, ECE 2010-2011**

UGEL	ECE 2010	ECE 2011
	Nivel 2	Nivel 2
	%	%
UGEL Maynas	9.9	9.2
UGEL Alto Amazonas – Yurimaguas	8.4	6.7
UGEL Alto Amazonas - San Lorenzo	3.7	2.7
UGEL Loreto – Nauta	3.9	2.6
UGEL Ramón Castilla – Caballo Cocha	5.2	3.3
UGEL Requena	2.1	3.3
UGEL Ucayali – Contamana	4.5	5.3
UGEL Putumayo	5.8	4.1

Fuente: ECE 2010 y 2011.  
 Elaboración propia

**CUADRO N° 30**  
**RESULTADOS POR UGEL EN EL AREA DE MATEMATICA**  
**ECE 2010 - 2011**

UGEL	ECE 2010	ECE 2011
	Nivel 2	Nivel 2
	%	%
UGEL Maynas	2.9	2.1
UGEL Alto Amazonas – Yurimahuas	2.6	2.4
UGEL Alto Amazonas - San Lorenzo	1.1	2.6
UGEL Loreto – Nauta	1.6	1
UGEL Ramón Castilla – Cabalococha	4.4	1.5
UGEL Requena	1.6	2.2
UGEL Ucayali – Contamana	2.7	2.3
UGEL Putumayo	2.3	0.6

Fuente: ECE 2010 y 2011

**CUADRO N° 31**  
**POBLACIÓN DE 6 A 17 AÑOS DE EDAD QUE TRABAJA - 2011**

UGEL	MODALIDAD	Edades								sub total		Total General
		6 a 11		12		13		14 a 17				
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Maynas	Trabajo Infantil	122	58	71	52	73	37	220	147	486	294	780
	Trabajo Peligroso	20	9	11	7	16	7	81	11	128	34	162
<b>Sub Total Maynas</b>		<b>142</b>	<b>67</b>	<b>82</b>	<b>59</b>	<b>89</b>	<b>44</b>	<b>301</b>	<b>158</b>	<b>614</b>	<b>328</b>	<b>942</b>
Alto Amazonas	Trabajo Infantil	21	9	5	1	5	0	4	2	35	12	47
	Trabajo Peligroso	2	0	0	0	2	0	17	5	21	5	26
<b>Sub Total Alto Amazonas</b>		<b>23</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>56</b>	<b>17</b>	<b>73</b>
Requena	Trabajo Infantil	65	80	37	33	31	20	54	43	187	176	363
	Trabajo Peligroso	4	0	0	2	3	1	10	2	17	5	22
<b>Sub Total Requena</b>		<b>69</b>	<b>80</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>64</b>	<b>45</b>	<b>204</b>	<b>181</b>	<b>385</b>

Fuente: DIRECCIÓN REGIONAL DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO. Julio 2011.

**CUADRO N° 32**  
**PERÚ: POBLACIÓN IDENTIFICADA CON DNI POR GRANDES GRUPOS DE EDAD Y SEXO, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2012**

Lugar de Residencia	Total	Menores de edad ( De 0 a 17 años )		
		Total	Masculino	Femenino
<b>Total Población Identificada</b>	<b>31 217 651</b>	<b>9 844 713</b>	<b>5 004 184</b>	<b>4 840 529</b>
<b>Departamento de Loreto</b>	<b>993 596</b>	<b>401 097</b>	<b>204 042</b>	<b>197 055</b>
Alto Amazonas	121 968	53 955	27 398	26 557
Dátem del Marañón	53 240	26 622	13 299	13 323
Loreto	69 233	31 512	16 160	15 352
Mariscal Ramón Castilla	62 527	26 179	13 370	12 809
Maynas	554 238	206 309	105 048	101 261
Requena	70 620	29 876	15 182	14 694
Ucayali	61 770	26 644	13 585	13 059

Fuente: Registro Único de Identificación de Personas Naturales (RUIPN) – RENIEC

Elaboración: SGE/GPP/RENIEC

Fecha elaboración: Enero 2013



## CUADRO N° 33

## LORETO: POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PROVINCIA, 2011

REGIÓN / PROVINCIA	TOTAL	POBLACIÓN ADOLESCENTE DE 12-17 AÑOS DE EDAD
<b>NACIONAL</b>	<b>7,049,794</b>	<b>3,501,174</b>
<b>LORETO</b>	<b>417,605</b>	<b>125,820</b>
Maynas	218,052	75,430
Alto Amazonas	53,856	16,842
Requena	34,505	10,995
Ucayali	32,719	10,318
Loreto	32,662	9,952
Mariscal Ramón Castilla	28,345	8,680
Datem del Marañón	29,465	8,012

FUENTE: INEI - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025 - Boletín Especial N° 22 y REDATAM 2007.  
Elaboración propia.

## CUADRO N° 34

## ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD AFILIADOS AL SIS CON DNI PERIODO 2011-2012, POR PROVINCIA Y GÉNERO

PROVINCIA/DISTRITO, PERIODO Y GÉNERO	2011			2012		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
MAYNAS	5,476	5,573	<b>11,049</b>	9,046	8,931	<b>17,977</b>
ALTO AMAZONAS	1,260	1,246	<b>2,506</b>	4,317	4,437	<b>8,754</b>
LORETO	572	679	<b>1,251</b>	2,132	2,313	<b>4,445</b>
MARISCAL RAMÓN CASTILLA	488	513	<b>1,001</b>	1,688	1,645	<b>3,333</b>
REQUENA	529	615	<b>1,144</b>	1,884	2,026	<b>3,910</b>
UCAYALI	499	548	<b>1,047</b>	1,383	1,490	<b>2,873</b>
DATEM DEL MARAÑÓN	783	820	<b>1,603</b>	1,567	1,592	<b>3,159</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9,607</b>	<b>9,994</b>	<b>19,601</b>	<b>22,017</b>	<b>22,434</b>	<b>44,451</b>

FUENTE: Oficina SIS Loreto. Enero 2013.  
Elaboración propia.

**CUADRO N° 35**  
**PERÚ: EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES**  
**(15-19 AÑOS DE EDAD) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS**  
**POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2011**

Región	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	
<b>PERÚ</b>	<b>9,9</b>	<b>2,6</b>	<b>12,5</b>
<b>Loreto</b>	<b>26,6</b>	<b>3,4</b>	<b>30,0</b>
Madre de Dios	21,1	6,9	27,9
Ucayali	20,1	4,8	24,9
San Martín	17,3	3,9	21,2
Amazonas	15,6	5,7	21,4

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

**CUADRO N° 36**  
**DRE Loreto: MATRÍCULA EBR POR TIPO DE GESTIÓN, ÁREA GEOGRÁFICA Y SEXO, NIVEL EDUCATIVO SECUNDARIA**  
**POR ESTRATEGIA O FORMA DE ATENCIÓN 2011-2012**

Nivel educativo y estrategia/característica	2011					2012								
	Total	Gestión		Área		Sexo	Total	Gestión		Área		Sexo		
		Pública	Privada	Urbana	Rural			M	F	Pública	Privada		Urbana	Rural
Secundaria	78,589	72,429	6,160	60,257	18,332	42,297	36,292	60,932	56,462	4,470	46,589	14,343	32,548	28,384
Presencial	77,673	71,513	6,160	60,113	17,560	41,755	35,918	60,342	55,872	4,470	46,465	13,877	32,189	28,153
A distancia	215	215	0	69	146	112	103	207	207	0	57	150	108	99
En alternancia	701	701	0	75	626	430	271	383	383	0	67	316	251	132

Fuente: MINISTERIO DE EDUCACIÓN - Censo Escolar.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 37**  
**RANKING DE PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL**  
**ATENDIDAS POR EL PNCVFS SEGÚN, TIPO DE VIOLENCIA, GRUPO DE EDAD, SEXO**  
**DE LA VICTIMA Y CENTRO EMERGENCIA MUJER**

REGIÓN	CEM	Violencia Familiar						Violencia Sexual						Total
		0-17 años		18-59 años		60+ años		0-17 años		18-59 años		60+ años		
		Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	
LORETO	IQUITOS (*)	79	55	247	6	10	3	55	2	9	0	0	0	466
LORETO	YURIMAGUAS	39	27	253	10	9	4	22	3	7	0	0	0	374
LORETO	DATEM DEL MARAÑÓN	4	2	66	4	2	0	13	0	2	0	0	0	93
LORETO	REQUENA	8	6	17	3	0	1	2	0	1	0	0	0	38
	<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>90</b>	<b>583</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>92</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>971</b>

Fuente: Sistema de Registro de Casos y Atenciones de Violencia Familiar y Sexual del Centro Emergencia Mujer

**CUADRO N° 38**  
**CASOS DE TRATA DE PERSONAS REGISTRADOS EN LA SECCIÓN DE TRATA DE**  
**PERSONAS-DIVINCRI-AJ-IQUITOS, AÑO 2012**

DELITO Y MODALIDAD	VÍCTIMAS MENORES DE EDAD RESCATADAS	
	F	M
<b>Explotación Sexual</b>	17	0
<b>Explotación Laboral*</b>	7	2
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>2</b>

\* 2 de los casos reportaron además, violación sexual.

Fuente: PNP. División de Investigación Criminal y Apoyo a la Justicia. V DIRETEPOL Iquitos.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 39**  
**ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL SENTENCIADOS EN LOS**  
**AÑOS 2010 Y 2011 EN EL DEPARTAMENTO DE LORETO**

INFRACCIÓN	2010	2011
<b>Contra el Patrimonio</b>	10	19
<b>Contra la Libertad Sexual</b>	14	10
<b>Contra la Vida, el Cuerpo y la Salud</b>	5	6
<b>Contra la Salud Pública</b>	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>36</b>

FUENTE: Poder Judicial del Perú. Corte Superior de Justicia de Loreto. Segundo Juzgado Especializado de Familia de Maynas.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 40**  
**ADOLESCENTES EN CONFLICTOS CON LA LEY PENAL CON MEDIDAS**  
**SOCIO-EDUCATIVAS EN EL PERIODO 2010-2011**

INFRACCIÓN	GENERO Y EDAD							
	FEMENINO				MASCULINO			
	Sub Total	15	16	17	Sub Total	15	16	17
Contra el Patrimonio	3		1	2	6	1	1	4
Contra la Libertad Sexual					4	1	1	2
Contra la Vida, el Cuerpo y la Salud					4		2	2
Contra la Salud Pública								
Contra la Fe Pública	1		1					
Violencia con Autoridad					1			1
Violación Sexual					1	1		
Tráfico Ilícito de Drogas					1	1		
Hurto Simple					4		2	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>				<b>21</b>			

Fuente: Corte Superior de Justicia de Loreto. Psicología.  
 Elaboración propia.

**CUADRO N° 41**  
**INCIDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS. ESCOLARES DEL 1° AL 5° AÑO DE**  
**EDUCACIÓN SECUNDARIA REGULAR EN CIUDADES DE MÁS DE 30 MIL**  
**HABITANTES, LORETO – 2009**

TIPO DE DROGA	INCIDENCIA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO
<b>Drogas legales</b>	
Alcohol	13.1
Tabaco	7.1
<b>Drogas ilegales</b>	
Inhalantes	1.3
Marihuana	1.9
Pasta básica de cocaína	0.8
Cocaína	0.9
Éxtasis	1.6
<b>Drogas médicas</b>	
Tranquilizantes	1.6
Estimulantes	0.9

FUENTE: DEVIDA. III Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2009.

**CUADRO N° 42**  
**DEFENSORIAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE REGIÓN LORETO 2009 - 2012**

DEFENSORÍAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE REGIÓN LORETO								
AÑO	TOTAL	PROVINCIAL	DISTRITAL	ESCOLAR	COMUNAL	CENTRO POBLADO	PARROQUIAL	OTROS
2009	65	7	10	14	30	0	1	3
2010	76	8	11	18	35	0	1	3
2011	90	7	11	19	49	0	1	3
2012	92	7	14	18	48	1	1	3

FUENTE: Base de datos de la Dirección de Sistemas Locales y Defensorías - MIMP.

Impreso en:

