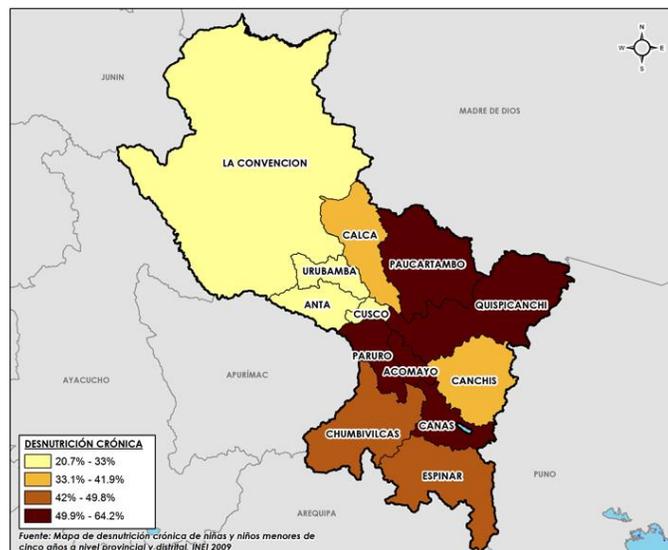




PRANNA 2014 - 2021

# Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes 2014 - 2021



[Escriba aquí]

## **Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes**

**2014-2021**

Presidente Regional : Ing. Edwin Licona Licona

Gerente General : Ing. Henry Enciso Boluarte

Gerente Regional de  
Desarrollo Social : Lic. Tania Cardeña Zuniga  
Econ. Boris Enrique Aguilar Luna  
Econ. Rocío del Carmen Palomino Ricalde

Sub Gerente de Desarrollo  
Humano y Promoción Social : Mg. Tania Villafuerte de Villasante

Sub Gerencia de la Mujer : Lic.

### **GOBIERNO REGIONAL CUSCO**

Dirección : Av. Tomasa Tito Condemayta, Wanchaq Cusco  
Central telefónica : +51 84 252666  
Página web : [www.regioncusco.gob.pe](http://www.regioncusco.gob.pe)

Derechos Reservados  
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Impresión : Editora Gráfica Aquarela

1era edición  
Tiraje: 1000 ejemplares  
Mayo de 2015

*\*Prohibida la reproducción total o parcial de las características gráficas de este documento sin la autorización de los editores.*

**EQUIPO TÉCNICO DEL GOBIERNO REGIONAL**

- Gerencia de Desarrollo Social:
  - o Tania Villafuerte de Villasante
  - o Guido Sumarriva Valenzuela
  - o Maruja Herrera Valdivia
  - o Frida Nina Huamán
- Gerencia de Planeamiento, presupuesto y acondicionamiento territorial:
  - o René Bonet Gutiérrez
  - o Martha Bautista Álvarez

**COMITÉ TÉCNICO DE ELABORACION DEL PRANNA**

- Gobierno Regional Cusco: Tania Villafuerte de Villasante
- Asociación Kallpa/ MCLCP: Zuly Evelyn Alvarez Manrique
- Asociación Pasa la Voz / Red Semilla Nueva: Loreto Santé Abal
- Asociación Qosqomaki: Gabriela Pacheco Paliza
- Plan Internacional: Edgar Vignatti Valencia
- World Vision Perú: Teófilo Silva García
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Deisy Moscoso Zambrano

**GRUPO IMPULSOR**

- Dirección Regional de Trabajo Cusco
- Dirección Regional de Educación Cusco: Aníbal Carrasco Espinoza
- Dirección Regional de Salud –Dirección de Promoción de la Salud
- Municipalidad Provincial de Cusco –Sub Gerencia de DEMUNA
- Municipalidad Distrital de Wanchaq
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social –Oficina de enlace Cusco
- Defensoría del Pueblo Cusco
- Registro Nacional de Identidad y Estado Civil –Gerencia de Restitución a la Identidad y Apoyo Social –GRIAS Cusco
- Instituto Nacional de Estadística e informática –INEI Cusco
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza Cusco
- Centro de Emergencia Mujer Cusco - MIMP
- Aldeas Infantiles SOS Perú
- Asociación Inti Runakunaq Wasin
- Asociación Arariwa
- Red Semilla Nueva
- Red de Defensorías Parroquiales Teresa Colque
- Asociación Wara
- Coordinadora de Derechos del Niño –CODENI: Yeny Arriaga Calderón

**EQUIPO TÉCNICO CONSULTOR**

- Juan Spelucín Runciman

**SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

ASIS	Análisis de Situación de Salud
CAR	Centro de Atención Residencial
CCONNA	Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes
CORENNA	Consejo Regional de Niñas, Niños y Adolescentes
CEDRO	Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas
CEM	Centro de Emergencia Mujer
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
DREC	Dirección Regional de Educación Cusco
EBR	Educación Básica Regular
ECE	Evaluación Censal de Estudiantes
EIB	Educación Intercultural Bilingüe
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EESS	Establecimientos de Salud
IDE	Índice de Densidad del Estado
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IIEE	Instituciones Educativas
IMC	Índice de Masa Corporal
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MINEDU	Ministerio de Educación
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
n.v.	Nacidos vivos
ODM 5	Objetivo de Desarrollo del Milenio 5
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PBC	Pasta básica de cocaína
PBI	Producto Bruto Interno

---

PEA	Población Económicamente Activa
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PpR	Presupuesto por Resultados
PRANNA	Plan Regional por las Niñas, Niños y Adolescentes
PRANNA	Plan Regional por las Niñas, Niños y Adolescentes
RENAMU	Registro Nacional de Municipalidades
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SDR	Síndrome de Distress Respiratorio
SIS	Seguro Integral de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## Índice

Presentación .....	7
Introducción .....	9
1 Marco Conceptual y metodológico .....	11
1.1 Definiciones.....	11
¿Qué es una niña o niño? .....	11
1.2 Principios Rectores en el marco del PNAIA 2012 – 2021 y PRANNA 2014 - 2021.....	13
a. El interés superior del niño .....	13
b. Igualdad de oportunidades.....	13
c. Participación.....	13
1.3 Enfoques del Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes del Cusco PRANNA 2014 -2021. ....	14
a. El Enfoque de Derechos .....	14
b. El Enfoque del Ciclo de Vida .....	14
c. El Enfoque Intercultural .....	15
d. El Enfoque de Género .....	15
e. El Enfoque de Equidad .....	15
1.4 Metodología.....	16
a. Conducción del proceso de construcción participativa del PRANNA, incluyendo a niñas, niños y adolescentes. ....	16
b. Elaboración de un diagnóstico situacional de los indicadores de la infancia y la adolescencia en la Región (fuentes secundarias). ....	17
c. Elaboración del documento final del PRANNA.....	17
d. Talleres Participativos.....	17
1.5 Para qué sirve el PRANNA desde el punto de vista de las Niñas, Niños y Adolescentes.....	18
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CUSCO. ....	19
2.1 DATOS GENERALES.....	19
a. Población: madres, Niñas, Niños y Adolescentes en la Región Cusco .....	19
b. Población por Género.....	19
c. Población por Ruralidad .....	20
d. Población por Lengua Materna .....	21
e. Población por Etapas de Vida por Provincia .....	21
f. Pirámide Poblacional .....	22
g. Ciclos de Vida .....	22
h. Índice de Desarrollo Humano (IDH) e Índice de Densidad del Estado (IDE) .....	23
i. Niveles de pobreza económica .....	26
j. Cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) en niñez y adolescencia .....	29
2.2 ETAPA DE VIDA DE 0 A 5 AÑOS .....	29
a. Condiciones del parto .....	29
b. Mortalidad perinatal.....	32
c. Mortalidad infantil .....	37
d. Desnutrición Infantil .....	38
e. Cobertura de vacunaciones .....	41
f. Cobertura de matrícula de 0 a 2 años .....	42
g. Cobertura de matrícula de 3 a 5 años.....	44
h. Cobertura de Documento Nacional de Identidad (DNI) en niñas y niños menores de 5 años .....	46
2.3 ETAPA DE VIDA DE 6 A 11 AÑOS .....	48
a. Cobertura de matrícula en población primaria (6 a 11 años) .....	48
b. Asistencia escolar .....	49

c. Culminación de educación oportuna del nivel primario .....	50
d. Logros de aprendizaje de acuerdo a la Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) .....	52
2.4 ETAPA DE VIDA DE 12 A 17 AÑOS .....	56
a. Cobertura de matrícula en población secundaria (12 -16 años).....	56
b. Culminación de educación oportuna del nivel secundario.....	57
c. Embarazo en adolescentes .....	60
d. Salud sexual y reproductiva .....	62
e. Consumo de drogas en adolescentes .....	64
f. Nivel de Bullying .....	67
g. Cyberbullying .....	69
h. Adicción al Internet.....	70
i. Salud física y nutricional .....	71
2.5 PROTECCIÓN DE DERECHOS.....	73
a. Identidad y partida de nacimiento.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
b. Situación de violencia .....	73
c. Situación de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidado parental .....	75
d. Situación de las Defensorías del Niño y Adolescente .....	76
f. Trabajo en la adolescencia .....	76
2.6 INVERSIÓN EN LA NIÑEZ, INFANCIA Y ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CUSCO.....	78
2.7 OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD Y EDUCACIÓN .....	80
a. Oferta de servicios de salud en el Departamento del Cusco .....	80
b. Oferta de servicios educativos en el Departamento del Cusco .....	82
2.8 EVALUACIÓN DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2006 – 2012 .....	85
a. Educación .....	85
b. Salud .....	87
c. Protección .....	89
d. Conclusiones .....	90
3. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS EMBLEMÁTICAS DEL PRANNA 2014 – 2021 .....	92
3.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS .....	93
3.2 METAS EMBLEMÁTICAS AL 2021 .....	94
4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS, METAS, INDICADORES Y ESTRATEGIAS .....	95
5. SISTEMA REGIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PRANNA 2013 – 2021 .....	109
BIBLIOGRAFIA .....	112
ANEXOS .....	113

## Presentación

El Gobierno Regional de Cusco, en cumplimiento con sus funciones y competencias, prioriza la atención a grupos vulnerables de la población, en este caso, las niñas, niños y adolescentes de nuestra región. Ellos constituyen la base fundamental de nuestra sociedad regional y son parte de esta generación que tiene que vivir en un mundo globalizado donde el conocimiento y el aprendizaje durante toda la vida son condición imprescindible para el desarrollo pleno e integral como ciudadanos. Por ello, se tiene que procurar que la inversión social, desde los diferentes niveles del Estado, pueda y deba desempeñar un papel esencial en el proceso de desarrollo de sus oportunidades y en áreas tan cruciales como la educación, la salud y el desarrollo socio-cultural posibilitando avanzar hacia un desarrollo regional centrado en el potencial humano.

En este propósito, habiéndose cumplido el período de vigencia del Plan Regional de Acción por la Niñez y la Adolescencia (PRANA) 2006-2012, el Gobierno Regional pone a consideración de las instituciones y población regional un nuevo documento: el “Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes” (PRANNA), cuya vigencia abarcará el periodo 2014 al 2021. Este Plan debe ser la herramienta de gestión regional para formular políticas públicas en materia de infancia y adolescencia vinculadas a los objetivos del Estado y de los diferentes sectores involucrados. El PRANNA convoca a la institucionalidad del Estado y de la Región, a priorizar en sus agendas la atención a la infancia y adolescencia con el objetivo de garantizarles el pleno acceso y ejercicio de sus derechos.

El PRANNA es un instrumento de planificación multisectorial que contiene orientaciones técnicas, éticas y operativas necesarias, para construir una nueva visión de “hacer política pública” en el ámbito de la infancia y adolescencia. Bajo esta visión, la implementación de esta herramienta implica una serie de acciones como es; ponerse de acuerdo acerca de la corresponsabilidad de cada uno de los actores públicos y privados; concordar y concertar en las orientaciones de valoración por la niñez y la adolescencia que han de guiar el trabajo colectivo; diseñar conjuntamente la priorización e implementación de acciones y, garantizar la eficiencia y eficacia en la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de Cusco.

Los objetivos estratégicos del PRANNA se encuentran alineados en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, PNAIA 2012 – 2021, los mismos que priorizan la protección de los derechos por etapas de vida, género, interculturalidad y equidad; se sustentan en los propósitos emblemáticos de disminuir la desnutrición, promover el acceso a una educación temprana, mejorar de los logros educativos en comprensión lectora y matemática, y, de desarrollar habilidades para la vida en adolescentes, en la dirección de enfrentar situaciones de riesgo, que les ayude a evitar el embarazo precoz entre otras problemáticas. Asimismo, se ha considerado como meta emblemática la creación e implementación de espacios de participación de las niñas, niña y adolescente que les permita contribuir en la construcción de las políticas regionales en los temas que los afecta y otros de su interés.

Este nuevo Plan demanda un compromiso real y eficaz que requerirá la optimización de recursos con el fin de mejorar la cobertura y calidad de los servicios destinados a la atención, protección y acceso a los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Además, será necesario y prioritario la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación que permita identificar los logros, así como las dificultades que surjan en el camino de su implementación. Los resultados de una buena evaluación y seguimiento a sus indicadores permitirán ir afinando este instrumento de política así como las estrategias de intervención que propone.

La formulación de la presente política pública es liderado por el Gobierno Regional y ha representado un esfuerzo de planificación concertada y participativa de las instituciones de los diferentes niveles del Estado en la Región, de la sociedad civil involucrada en la temática y de diferentes colectivos comprometidos con las niñas, niños y adolescentes, lo que respalda su legitimidad y representatividad a nivel de la sociedad cusqueña.

Por último, expresamos nuestro reconocimiento al compromiso mostrado por las diversas instituciones que integraron el comité técnico y que junto con el Gobierno Regional, impulsaron este proceso de formulación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia. En este sentido participaron; la Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza (MCLCP), Asociación Kallpa, Asociación Civil "Pasa la Voz", Plan Internacional, World Visión, Red Semilla Nueva, UNICEF, Qosqomaki, Inti Runakunaq Wasin, entre otras organizaciones de la Sociedad Civil.

Ing. Edwin Licona Licona  
Presidente  
Gobierno Regional

## Introducción

El presente Plan Regional de Acción para las Niñas, Niños y Adolescentes 2014 – 2021 (PRANNA), constituye una de las políticas más importantes del Gobierno Regional Cusco y tiene como propósito garantizar el reconocimiento y acceso a los derechos fundamentales de la población infantil y adolescente. Es parte de un planteamiento que considera las particularidades de las diferentes etapas de vida, el género y la cultura como ejes transversales de las diferentes políticas en la región. Debe ser el documento que sirva de eje articulador del accionar entre el Estado y la Sociedad Civil para establecer prioridades de intervención dirigidas a Niñas, Niños y Adolescentes.

El PRANNA es un compromiso dirigido a ofrecer una alternativa de lo que ha venido siendo la planificación estratégica y participativa en la Región del Cusco. De esta forma, para construir un Plan con estas características, la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional Cusco conformó un Comité Técnico, especializado en el tema de infancia y adolescencia e integrado por representantes de los diferentes sectores del Gobierno, la Cooperación Técnica Internacional y la Sociedad Civil organizada, junto con el cual impulsó un proceso participativo de reflexión y construcción del presente PRANNA.

El primer capítulo está referido a generalidades, se inicia con la justificación de la necesidad de contar con una Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia, y su correspondencia en un Plan Regional de Acción para las niñas, niños y adolescentes, que es el PRANNA 2014 -2021. También, en este mismo capítulo, se presenta el marco conceptual sobre el que se sustenta el PRANNA 2014-2021, que incluye los términos, principios rectores y enfoques que deberán ser la base del diseño, implementación y evaluación de todos y cada uno de los programas, servicios y beneficios para la infancia y adolescencia de la región. Este hecho es con el fin de garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos fundamentales por parte del Estado y, en particular el Gobierno Regional. Adicionalmente da cuenta de la metodología empleada en la construcción de este Plan, destacando los talleres participativos como la técnica principal de construcción del mismo, seguida de las consultas de fuentes secundarias.

En el segundo capítulo se comparte el diagnóstico, comenzando por la exposición y el reconocimiento de la importancia de los datos demográficos que definen este colectivo entre los 0 y los 17 años. Posteriormente, en función de su etapa de vida (0-5 años, 6-11 años y 12-17 años) y del estado de protección de sus derechos, se señala la problemática y las tendencias que dan cuenta de las desigualdades y las brechas existentes en su desarrollo pleno con garantía de derechos.

En este mismo capítulo, como parte también del diagnóstico, se informa sobre los resultados de la evaluación del Plan anterior (PRANA 2006-2012), que fue llevada a cabo mediante un proceso de entrevistas y talleres con participación de la sociedad civil y que permitió conocer el nivel de avances, logros y dificultades en relación a los indicadores planteados en dicho documento.

En el tercer capítulo se da cuenta del consenso alcanzado sobre la Visión, Misión y el establecimiento de las Metas Emblemáticas priorizadas en el Plan. Estas metas identifican y señalan aquellos temas y etapas de vida donde se concentra la problemática más acuciante que afecta a este colectivo y que debería ser atendida de forma apremiante desde el Estado y la sociedad civil.

En el cuarto capítulo se proponen las áreas estratégicas de intervención de esta Política de Niñez y Adolescencia, priorizándose el crecimiento y el desarrollo para cada una de las etapas de vida así como los aspectos más relevantes de la protección integral para este colectivo. Se describen las metas, las estrategias y los indicadores consensuados para poder obtener los resultados esperados que se señalan en cada una de las áreas. Finalmente, y siguiendo esta línea, se describen las evidencias recogidas que apoyan las estrategias planteadas en el Plan para el logro de estos resultados.

El quinto capítulo presenta la propuesta para un sistema de monitoreo y evaluación que permita ir controlando los avances y retrocesos durante la implementación del Plan. De este modo, a través de la vigilancia permanente y programada de los indicadores priorizados por cada objetivo estratégico, este sistema podría servir para fortalecer las estrategias exitosas y corregir aquellas que no lo son, permitiendo una evolución y mejora constante tanto de las políticas contenidas en este Plan como de los resultados buscados.

Por último, y a modo de epílogo para esta introducción, el Gobierno Regional Cusco, plantea la implementación del presente Plan, como parte de la responsabilidad social compartida por todos, y espera que las autoridades de diferentes niveles, así como funcionarios que asumen decisiones, los organismos no gubernamentales y las organizaciones de base lo hagan suyo para que en un mediano plazo se pueda constatar la reducción de las desigualdades y se posibilite la protección integral para las niñas, niños y adolescentes de la Región. En este sentido, todos los esfuerzos que se dediquen a generar y asegurar las mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades para la Niñez y la Adolescencia cusqueña, enfocadas a su desarrollo pleno y a su participación activa en la sociedad, serán la mejor inversión que se les pueda ofrecer para la construcción de su ciudadanía y de una sociedad mejor en la que crecerán y vivirán.

La Comisión Técnica PRANNA

## 1 Marco Conceptual y metodológico

### 1.1 Definiciones

#### ¿Qué es una niña o niño?

Según la Constitución Política del Perú, la defensa de la persona y el respeto de su dignidad es el fin supremo del Estado, constituyéndose entonces en una premisa fundamental para el Estado y que permite el diseño de las políticas públicas. La Constitución establece también, en su artículo 4, que la comunidad y el Estado protegen de manera especial a la niña, al niño y al adolescente.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) fue aprobada en 1989 y ratificada por el Perú en 1990, conjuntamente con sus dos Protocolos Facultativos; con ello el Perú se obligó a cumplir las disposiciones que estos protocolos contienen, convirtiéndose en las herramientas que norman e inspiran las políticas nacionales y regionales en materia de infancia y adolescencia, las cuales se expresan en el presente Plan Regional de Acción por la Niña, Niño y Adolescente del Cusco 2014- 2021.

Recogiendo la definición que se hace en el PNAIA 2012-2021, se resaltan los paradigmas conceptuales tradicionales adjudicados al niño como “objeto” y no al niño en tanto “sujeto” de derechos. La Convención de los Derechos del Niño, otorga un avance sustancial en la comprensión de la niñez y adolescencia a nivel mundial al iniciar el tránsito conceptual de “objeto” a “sujeto” de derechos. *La niña y el niño, sin importar distingos de género, etnia, estrato social o cualquier otra consideración, es hoy definido como sujeto pleno de derechos. Es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión.* (PNAIA, 2012).

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

Bajo este análisis, el niño, la niña y el adolescente deben ser escuchados y ser reconocidos como sujetos participantes; en ese sentido, el PRANNA 2014 -2021 enfoca el análisis de la situación de las niñas, niños y adolescentes, colocándolos en la condición de sujetos titulares de derechos y establece el interés superior para la población infantil como el criterio fundamental para tomar decisiones y la perspectiva de la protección integral. *Este principio tiene un impacto directo en el tipo, calidad y oportunidad de los servicios sociales que se brindan a la infancia y adolescencia, y establece claramente la prioridad que debe otorgarse a la asignación de recursos públicos destinados a atender los derechos de las niñas, niños y adolescentes* (Ibíd.).

Con la suscripción de la Convención de los Derechos del Niño, se reconoce explícita e implícitamente la importancia de sus 54 artículos que ponderan los principales derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la infancia y adolescencia, promoviendo una nueva visión de las relaciones jurídico-sociales de la infancia. Complementariamente a este aspecto, el PRANNA 2014 – 2021, además, incorpora la perspectiva del desarrollo humano mediante el cual se promoverá las oportunidades de las personas, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, el acceso a una educación de calidad acorde a la realidad regional o local, con enfoque pluricultural, considerando la transversalidad de la educación ambiental y el disfrute de un nivel de vida digno. Dentro de este concepto, el ingreso no es un fin en sí mismo sino un medio para alcanzar el bienestar esperado y a favor del niño, niña y adolescente.

De acuerdo con los instrumentos internacionales y la legislación peruana, la familia surge como el primer espacio de la sociedad más adecuado para el crecimiento y el bienestar de las niñas, niños y adolescentes, por ser el ámbito de primera socialización y convertirse en el eje fundamental del desarrollo de sus integrantes, así como de valores afectivos; sin embargo, la constatación de la realidad muestra que un alto número de niñas y niños y adolescentes ve afectada su integridad física o sexual y se vulneran sus derechos fundamentales. En un contexto familiar y de la propia sociedad, niñas, niños y adolescentes asumen valores autoritarios, discriminadores por diferencias de género, de etnia, de edad, de estrato social y de orientación sexual. No obstante, considera al ámbito familiar como el contexto más propicio para implementar políticas que generen vínculos afectivos significativos, que favorezcan una socialización que promueva valores democráticos, el respeto a los derechos y la estimulación del desarrollo humano, de tal forma que se incorporen en las estrategias de intervención para el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

Bajo estos considerandos, accionar a favor de la infancia y adolescencia plantea un desafío ético, requiriéndose de una visión que involucre y comprometa a la sociedad y se afine en las estructuras mentales políticas y culturales de la población, de tal manera que los principios y derechos a favor de ellas y ellos pasen a formar parte de la vida cotidiana de todos los peruanos. Deben estar presentes en nuestras convicciones, exigencias, actitudes y conductas.

Lo expresado, demanda el tener que asumir los derechos de la infancia y adolescencia como obligatorios, requiriéndose una intervención compleja, integral y coordinada que recoja el compromiso de todas y todos para construir un país; donde las niñas, los niños y los adolescentes sean preocupación central del Estado, de las familias y de la sociedad, y, donde se propicien las condiciones necesarias para un desarrollo humano con inclusión social y en democracia. Solo así podremos construir una verdadera República de Ciudadanos, próspera y justa, a la cual aspiramos llegar en el bicentenario de la fundación republicana del Perú.

## **1.2 Principios Rectores en el marco del PNAIA 2012 - 2021 y PRANNA 2014 - 2021**

### **a. El interés superior del niño**

Siendo el Perú un país que ha firmado la Convención de los Derechos del Niño, debemos considerar a las niñas y niños como sujetos plenos de derechos que deben ser respetados por la familia, el Estado y la sociedad. Asimismo, debe velarse porque primen los intereses de las niñas y niños en las decisiones de política pública al momento de resolver sobre cuestiones que les afecten.

Las niñas, niños y adolescentes son personas sujetos de derecho, respetados, poseedores de potencialidades a desarrollar y titulares de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

### **b. Igualdad de oportunidades**

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos, todas las niñas, niños y adolescentes nacen libres e iguales y tienen, por lo tanto, la misma dignidad y los mismos derechos. El bienestar durante la infancia resulta crucial para el desarrollo futuro de las personas, y todos merecemos las mismas oportunidades para desarrollar nuestras potencialidades<sup>1</sup>.

Debemos, por lo tanto, eliminar todas las formas de exclusión y discriminación que atenten contra la igualdad y la dignidad de las personas. Siendo el Perú un país diverso y multicultural, resulta inaceptable cualquier discriminación; de género, de edad, étnica, cultural, lingüística, religiosa o de cualquier otra índole.

### **c. Participación**

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a expresar sus opiniones y que sus puntos de vista se tomen en cuenta y se les conceda el debido valor<sup>2</sup>. Su voz merece ser escuchada por la familia, el Estado y la sociedad. Tienen derecho a ser informados y sus opiniones deben ser consideradas en función de su edad y estado de madurez.

Niñas, niños y adolescentes deben participar en los asuntos y decisiones que les conciernen, y esta participación debe ser promovida por la familia, pues es el núcleo central en la formación de la persona. Es al interior de la misma donde la niña, el niño y el adolescente deben recibir el afecto, la seguridad, la orientación y los valores esenciales para su desarrollo como seres humanos libres y felices, capaces de ejercer efectivamente sus derechos, respetar los derechos de las demás personas y llegar a ser ciudadanos productivos y responsables. La Convención de los Derechos del Niño señala a la familia como una unidad fundamental de la sociedad y, el entorno natural como un espacio esencial para el crecimiento y el bienestar de sus miembros. Los menores de edad en especial, deben tener la oportunidad de ejercer su rol como sujeto de derechos,

---

<sup>1</sup> [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30167.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30167.html)

<sup>2</sup> [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_30168.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30168.html)

para canalizar sus demandas en beneficio de ellos mismos y del desarrollo del país y la región.

### **1.3 Enfoques del Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes del Cusco PRANNA 2014 -2021.**

#### **a. El Enfoque de Derechos**

La Infancia debe de ser protegida integralmente. El Enfoque de Derechos busca garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado, la comunidad y la familia, de acuerdo al rol y la responsabilidad de cada uno<sup>3</sup>. El correcto ejercicio de derechos es un primer paso que posibilita el incremento y desarrollo de sus capacidades. Sin las mismas, las personas no tendrían oportunidad, en última instancia, de tomar sus propias decisiones y disfrutar del ejercicio de su libertad. Establece que los Derechos Humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos. Los cuales son inalienables y deben ser ejercidos sin discriminación.

El Enfoque de Derechos Humanos permite crear canales y mecanismos que faciliten la participación activa de todas las personas en el manejo de los asuntos públicos y en la adopción de las decisiones comunitarias para avanzar en el camino del bienestar humano. La niña, niño y adolescente, a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño, pasa de ser objeto a ser sujeto de derechos; es decir, son participantes y hacedores de sus vidas, no son más los tutorados, sino que tienen derecho a voz y su interés es fundamental en la toma de decisiones respecto de lo que les concierne.

#### **b. El Enfoque del Ciclo de Vida**

El Enfoque de Ciclo de Vida toma en consideración las distintas necesidades de las personas en distintos momentos de su vida. Por lo tanto, si se busca garantizar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes se deben atender a las características propias de cada etapa del ciclo de vida, posibilitando así una mejor calidad de vida. No debe perderse de vista una aproximación a la realidad que integre una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, mediante un enfoque interrelacionar que vincule una etapa con la otra y defina factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro.

El Ciclo de Vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas, y la priorización de intervenciones claves.

---

<sup>3</sup> [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_framework.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_framework.html)

### **c. El Enfoque Intercultural**

La Convención de los Derechos del Niño, en su Artículo 2 señala que el cumplimiento de los mismos debe darse “sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole”<sup>4</sup>. Partiendo de esta afirmación y del hecho de que vivimos en un país sumamente diverso hemos de reconocer y respetar el derecho a la diversidad y fomentar la interacción entre culturas de una forma equitativa. No se puede concebir que ningún grupo cultural se encuentre por encima del otro.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que el Enfoque Intercultural implica una relación entre diferentes culturas con respeto y horizontalidad; es decir, ninguna está por encima de la otra. En esta relación se busca favorecer que las niñas, niños y adolescentes de diferentes culturas de nuestra Región puedan ser atendidos y atendidos en sus demandas acorde a las condiciones peculiares de cada una de las culturas que los representan, con lo que se estará posibilitando la mejora en la atención de sus derechos acorde al contexto al que pertenecen. Así, se espera que las niñas, niños y adolescentes del espacio andino y amazónico puedan y deban tener la oportunidad de ser escuchados y atendidos.

### **d. El Enfoque de Género**

Siendo una categoría de análisis, este enfoque permitirá conocer la realidad de la que es parte la niña, niño y adolescente, a la luz de las expectativas, roles y comportamientos que ha ido adquiriendo, identificando las diferencias y desigualdades construidas y socialmente atribuidas desde su primera infancia, tanto al varón como a la mujer en función de su sexo, a partir de lo cual se puede desnaturalizar y reflexionar en torno a las desigualdades, dificultades u oportunidades que dichas atribuciones generan.

En el marco de este análisis, se podrá analizar y explicar las causas de estas desigualdades en la estructura social, económica, vida cotidiana y relaciones sociales en general; de esta manera, el comprender las necesidades diferenciadas que viven las niñas, niños o adolescentes será parte del reconocimiento que deberá estar inmerso en la visión de desarrollo de nuestra sociedad.

Bajo el análisis expuesto, se reconoce la necesidad de formular políticas orientadas a implementar medidas políticas, sociales, económicas, entre otras, que generen cambio hacia la igualdad de oportunidades para las niñas, niños y adolescentes, libres de discriminación y ejerciendo sus derechos.

### **e. El Enfoque de Equidad**

El Plan expresa un enfoque equitativo, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida de niñas, niños y adolescentes. El Plan debe contribuir a eliminar las diferencias en las oportunidades para desarrollar

---

<sup>4</sup> <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

las potencialidades de niñas, niños y adolescentes, distribuyendo recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los diferentes grupos de población en función de sus necesidades para un desarrollo óptimo.

#### **1.4 Metodología**

La metodología del PRANNA 2014 -2021 ha sido impulsada por la Gerencia Regional de Desarrollo Social en coordinación con la Gerencia Regional de Planificación, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial; contando para ello, el apoyo permanente del Comité Técnico. Su construcción tuvo un carácter participativo con la población, involucrando en el proceso a todos los actores públicos y privados que se encuentran vinculados en acciones de promoción y desarrollo de la infancia y la adolescencia.

##### **a. Conducción del proceso de construcción participativa del PRANNA, incluyendo a niñas, niños y adolescentes.**

La formulación del PRANNA 2014 -2021 se ha iniciado con un balance del PRANA 2006 -2012, la misma que fue de manera participativa, habiéndose identificado avances, logros y dificultades, sobre el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Esta fase fue desarrollada mediante la aplicación de técnicas de evaluación participativa.

Se organizaron mesas de trabajo multisectoriales, en función a las etapas de vida y de protección, con el objetivo de identificar la problemática por grupos de edad. Una de las herramientas que ha ayudado a la identificación de la problemática, las posibilidades y potenciales resultados a obtener; fue la construcción de una matriz de resultados, objetivos y metas, las mismas que han sido debatidas ampliamente por cada una de las mesas de trabajo, reconociéndose que los grupos de trabajo especializados han sido quienes lograron acertadamente colocar los planteamientos esperados en el Plan.

Es importante señalar que la validación de los objetivos, indicadores y resultados a obtener, ha inducido a la realización de Talleres Participativos con entidades públicas (representantes del Gobierno Regional, Direcciones Regionales de Salud, Educación, Establecimientos de Protección, Gobiernos Locales), instituciones privadas, representantes de la sociedad civil. Es preciso señalar que en los debates de los mismos, se ha considerado como política pública central los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el marco de los objetivos del desarrollo humano.

A su vez, también es necesario señalar, que los objetivos y metas emblemáticas planteadas, se encuentran alineadas a la política nacional del PNAIA 2012 -2021, poniéndose en evidencia la urgente necesidad de generar sinergias coherentes para reducir las brechas de desigualdad contra las niñas, niños y adolescentes (NNA).

El recojo de información oficial y no oficial fue un insumo importante para el análisis de los logros alcanzados en los últimos 6 años; las instituciones de las mesas de trabajo fueron quienes en gran medida colaboraron en la misma. Se recurrió a la información del INEI, ENDES, así como a la información que se obtiene para el Presupuesto por

Resultados en los programas que involucran a la infancia y adolescencia, además de la información regional y local que se viene recogiendo en los últimos años.

**b. Elaboración de un diagnóstico situacional de los indicadores de la infancia y la adolescencia en la Región (fuentes secundarias).**

El diagnóstico fue construido a partir de fuentes secundarias y tiene ocho bloques. En la primera parte, se presenta información general sobre aspectos demográficos. Los siguientes tres bloques se han organizado por ciclos de vida que comprenden las etapas de 0 a 5 años, 6 a 11 años y de 12 a 17 años. El quinto bloque dedicado al estado de la protección de los derechos de NNA. El sexto bloque presenta información financiera de los costos dirigidos a la infancia y la adolescencia a través de los programas presupuestales estratégicos. El séptimo bloque se encarga de la oferta de servicios que se brinda en los sectores de salud y educación, fundamentalmente desde el Estado. Y finalmente, en el último bloque se ofrece un resumen de los resultados de la evaluación del PRANA 2006-2012.

**c. Elaboración del documento final del PRANNA.**

El PRANNA siguió las pautas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, iniciándose con la identificación de las problemáticas, las mismas que han sido debatidas en los talleres participativos, lo que ha permitido identificar estrategias que conduzcan a una intervención coherente y eficaz.

**Talleres Participativos**

Es necesario mencionar que el proceso de construcción del PRANNA 2014 – 2021 ha incluido la participación de los sectores público y privado, así como de los titulares del mismo, y grupos de niñas, niños y adolescentes de organizaciones representativas de la región. Podemos describir este proceso de la siguiente manera:

Talleres de validación del diagnóstico: se realizaron dos talleres para revisar el diagnóstico de manera participativa con el colectivo ampliado de instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil, lo que permitió contar con sus apreciaciones, las cuales, además, fueron recogidas en consultas virtuales.

Taller para elaborar la propuesta programática del Plan: se realizó con el objetivo de revisar los objetivos estratégicos, las metas e indicadores a plantear; para ello se conformaron comisiones técnicas, las mismas que remitieron los avances al equipo consultor.

Mesas de trabajo del Comité Técnico: la información obtenida participativamente con todas las instituciones públicas y privadas ha sido revisada y validada entre el Comité Técnico y el equipo consultor hasta llegar a obtener el documento final que contenía la propuesta programática del documento: Visión, Misión, Objetivos Estratégicos, Metas Emblemáticas y Matrices por Ciclo de Vida y Protección.

Talleres de validación y consulta: se han realizado dos talleres descentralizados en las provincias de La Convención y Espinar para socializar el documento elaborado y recoger comentarios y sugerencias. Asimismo, se ha realizado un taller participativo con niñas, niños y adolescentes de la Alianza Regional de Líderes Cusqueños – ARLIC, la misma que cuenta con NNA integrantes de organizaciones infantiles y adolescentes de 10 provincias de la región.

### **1.5 Para qué sirve el PRANNA desde el punto de vista de las Niñas, Niños y Adolescentes**

El Plan Regional de Acción por las niñas, niños y adolescentes del Cusco recoge, desde el punto de vista de sus titulares, sus principales problemas y necesidades sentidas para tener un buen desarrollo personal y social. En base a estas percepciones se plantea la utilidad del documento y a continuación presentamos las percepciones al respecto:

“Para realizar acciones que ayuden a Niñas, Niños y Adolescentes a desarrollar sus potencialidades y apoyar su educación, salud, etc., y para que tengan una vida en plenitud”.

“Dar solución a problemas de NNA”.

“Para ir por buen camino y alcanzar lo que queremos”.

“Para que los niños aprendan a sonreír y participar”.

“Para que el trato a niñas y niños cambie y sea mejor”.

“Para un mejor desarrollo y una mejora en los servicios públicos”.

“Incidencia política de NNA”.

“Mejorar la situación actual de los NNA y mejorar su entorno”.

“Para entender las necesidades de los NNA”.

“Para disminuir las tasas de violencia, maltrato y para que se respeten nuestros derechos”.

“Para dar orientaciones a NNA”.

“Para que los NNA den su opinión”.

“Proteger los derechos de NNA – Derechos Humanos: derecho a la educación, derecho a la salud y derechos laborales”.

“Para que los niños hablen y tengamos un mundo mejor”.

“Para que sepan, aprendan a saber y cuidar sus derechos”.

“Para proteger a NNA”.

“Para vivir mejor”.

## 2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CUSCO.

### 2.1 DATOS GENERALES

#### a. Población: madres, niñas, niños y adolescentes en la Región Cusco

En los últimos 7 años la población objetivo del PRANNA se ha venido reduciendo tanto porcentualmente como en números absolutos. Asimismo, se observa que el número de gestantes se encuentra en descenso, tal como se puede apreciar en la Tabla N° 1. Con estos datos podemos afirmar que las mujeres se embarazan menos que antes y que la tasa de natalidad tiene una tendencia a disminuir. Por lo tanto, existe menos población infantil y más recursos para atenderlos, lo cual puede ser considerado como una oportunidad para las nuevas generaciones.

**Tabla N° 1. Población de 0 – 17 años por etapas de vida, gestantes y mujeres en edad fértil.**

Etapas de vida	Edad	Cantidad		Porcentaje de la población total	
		2006	2013	2006	2013
Neonatal	0 – 28 días	2,250	1,934	0,18	0,15
Infantil	0 – 1 año	28,851	25,845	2,28	1,99
Pre-escolar	1 – 5 años	151,943	129,004	12,00	9,92
Escolar	6 – 11 años	181,572	156,642	14,34	12,04
Adolescentes	12 – 17 años	157,340	149,024	12,42	11,46
<b>Población objetivo</b>	<b>0 – 17 años</b>	<b>519,706</b>	<b>460,515</b>	<b>41,04</b>	<b>35,41</b>
Gestantes		36,794	32,047	2,91	2,46
Mujeres en edad fértil	15 – 49 años	308,421	339,024	24,35	26,07

Fuente: DIRESA – Cusco/Dirección de Estadística e Informática.

Para el año 2015, del total de población regional (1, 316,729 habitantes al año 2015); el 34,5% (454,361) son niñas, niños y adolescentes, ratificándose la importancia de la atención integral de estos grupos etarios.

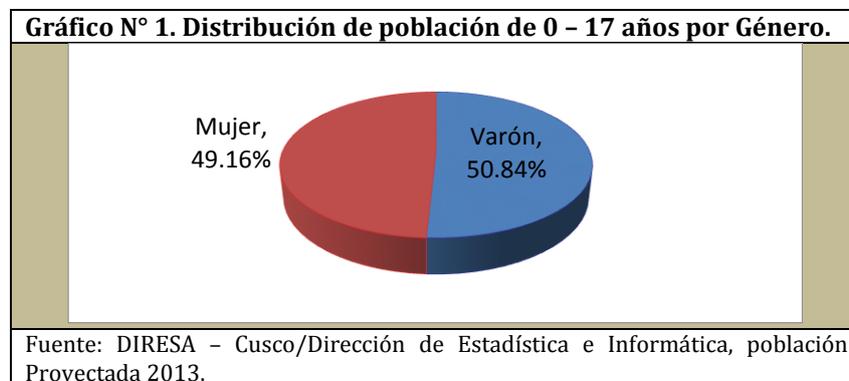
#### Cuadro Nro. 2. Población de niños, niñas y adolescentes Cusco al 2015

Niñez y adolescencia por grupos de edad	Nro.	%
Niños y niñas de 0 a 5 años	150,018	33%
Niños y niñas de 6 a 11 años	155,190	34%
Adolescentes de 12 a 17 años	149,153	33%
<b>Total</b>	<b>454,361</b>	<b>100%</b>

Fuente: INEI Estimaciones y proyecciones de población, por años calendarios y edades simples, 1995-2025, Boletín especial N° 22.

### b. Población por género

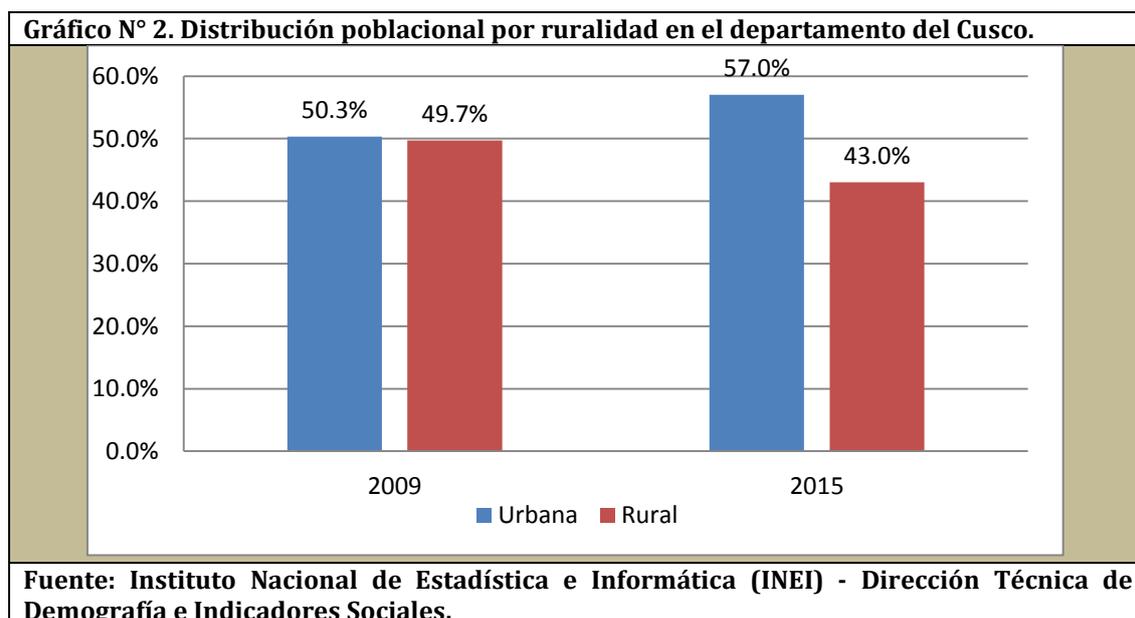
De acuerdo al Gráfico Nro. 1 se observa que la población de niños y adolescentes varones de 0 a 17 años es ligeramente mayor que el número de mujeres en esta etapa de vida (de acuerdo a la población proyectada 2013). En números absolutos, hay una diferencia aproximada de 9 mil varones más que mujeres, lo que no es estadísticamente significativo.



### c. Población por Ruralidad

Como se puede observar en el Gráfico N° 2, la proporción de población rural en el Departamento del Cusco ha disminuido en los últimos 60 años casi 30 puntos porcentuales en relación a la población total. Revisando información estadística del INEI sobre población por zona de residencia, apreciamos que los distritos con mayor población rural son Canas, Chumbivilcas y Paucartambo. Asimismo, los distritos con una mayor proporción de población urbana son Cusco, Canchis y Espinar.

Puede apreciarse que, en los últimos 6 años, la relación rural/urbano se ha invertido, pasando a vivir más personas en las zonas urbanas que en las rurales. Esta migración tiene entre sus ventajas el mayor acceso a servicios en la zona urbana, pero tiene la gran desventaja de enfrentar a la población joven a una transculturación, lo que puede afectar su desarrollo y sus potencialidades.



Tomado del documento prospectivo del Plan Estratégico de Desarrollo Regional Cusco 2016 - 2030

#### d. Población por Lengua Materna

Si tomamos como referencia la lengua que aprendieron a hablar en la niñez, entonces tenemos al Castellano como el idioma predominante con un 59.4% del total de niñas, niños y adolescentes del departamento, seguido del Quechua con un 39.8%. Es decir, 4 de cada 10 niños y niñas tienen como lengua materna el Quechua, tal y como podemos apreciar en la Tabla N° 2. Además, el 0.8% de población infantil y adolescente tiene al Aymara, Machiguenga u otras lenguas originarias de la Amazonía como lengua materna.

Por ello, es importante señalar que todo diseño de estrategia de intervención debe tomar en cuenta esta característica de la población. Un ejemplo de lo anteriormente señalado es el uso de la Educación Intercultural Bilingüe (EIB), como una estrategia de aceptación y respeto a otras culturas, fortaleciendo el desarrollo de la lengua materna.

**Tabla N° 2. Población infantil y adolescente del Departamento de Cusco por Provincia, según lengua materna.**

Provincia	Lengua que aprendió a hablar en la niñez						
	Quechua % de la Provincia	Quechua % del total de la población	Aymara % de la Provincia	Asháninka % de la Provincia	Otras lenguas de la Amazonia	Castellano % de la Provincia	Castellano % del total de la población
<b>Cusco</b>	5.8	1.9	0.1	0	0.1	93.8	31.4
<b>Acomayo</b>	82.3	1.8	0.1	0	0	17.5	0.4
<b>Anta</b>	54.8	2.4	0	0	0	45	2.0
<b>Calca</b>	61.6	3.5	0.1	0	0	38.1	2.1
<b>Canas</b>	86.3	2.6	0.1	0	0	13.5	0.4
<b>Canchis</b>	39.3	3.1	0.1	0	0	60.4	4.8
<b>Chumbivilcas</b>	87.4	5.5	0.1	0	0	12.4	0.8
<b>Espinar</b>	54.7	2.9	0.1	0	0	45	2.4
<b>La Convención</b>	22.6	3.1	0.1	2.6	7.9	66.5	9.2
<b>Paruro</b>	89	2.1	0.1	0	0	10.8	0.3
<b>Paucartambo</b>	83.2	3.2	0.1	0.1	0.5	15.9	0.6
<b>Quispicanchi</b>	69.8	4.8	0.1	0	0	29.9	2.1
<b>Urubamba</b>	37.4	1.8	0.1	0	0	62.2	3.0
<b>TOTAL</b>		<b>38.8</b>					<b>59.4</b>

Fuente: INEI Población infantil según lengua materna. Elaboración: Propia.

#### e. Población por Etapas de Vida por Provincia

En la Tabla Nro. 3 se muestra la población objeto de intervención en cada una de las provincias del Departamento del Cusco para el año 2013. Entendiéndose que existe una relación directa entre provincias con mayor pobreza y una mayor población de niños, niñas y adolescentes. Una de las probables causas de esta relación es que las provincias más pobres tienen menor acceso a servicios de salud e información y, por lo tanto, menores oportunidades de decidir cuántos hijos desean tener. No es casualidad que las provincias de Paucartambo, Chumbivilcas, Acomayo, Canas y Quispicanchis sean las más pobres y con

menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) y que, a su vez, cuatro de cada 10 pobladores tengan menos de 18 años. Por otro lado, desde el punto de vista económico, es una carga importante para la Población Económicamente Activa (PEA).

**Tabla N° 3. Distribución de población de Niñas, Niños y Adolescentes por etapas de vida y por Provincia - 2013.**

Provincias	< 1 año	1 - 5 años	5 - 11 años	12 - 17 años	Total	% de población
Acomayo	612	3,399	4,182	3,182	11,375	40.5%
Anta	1,039	5,263	7,497	7,387	21,186	37.2%
Calca	1,491	7,455	9,508	8,828	27,282	37.3%
Canas	814	4,650	5,803	4,810	16,077	40.4%
Canchis	1,872	10,000	13,178	12,763	37,813	36.8%
Chumbivilcas	1,987	9,817	12,686	10,463	34,953	42.6%
Cusco	6,784	35,603	41,204	46,236	129,827	29.8%
Espinar	1,331	7,399	9,316	8,195	26,241	38.2%
La Convención	3,780	19,200	21,859	19,934	64,773	36.1%
Paruro	677	3,472	4,502	3,468	12,119	38.9%
Paucartambo	1,483	6,724	7,603	5,976	21,786	43.1%
Quispicanchi	2,109	10,355	12,309	10,575	35,348	39.6%
Urubamba	1,201	5,667	6,995	7,207	21,070	33.2%
<b>Total Cusco</b>	<b>25,180</b>	<b>129,004</b>	<b>156,642</b>	<b>149,024</b>	<b>459,850</b>	<b>35.4%</b>

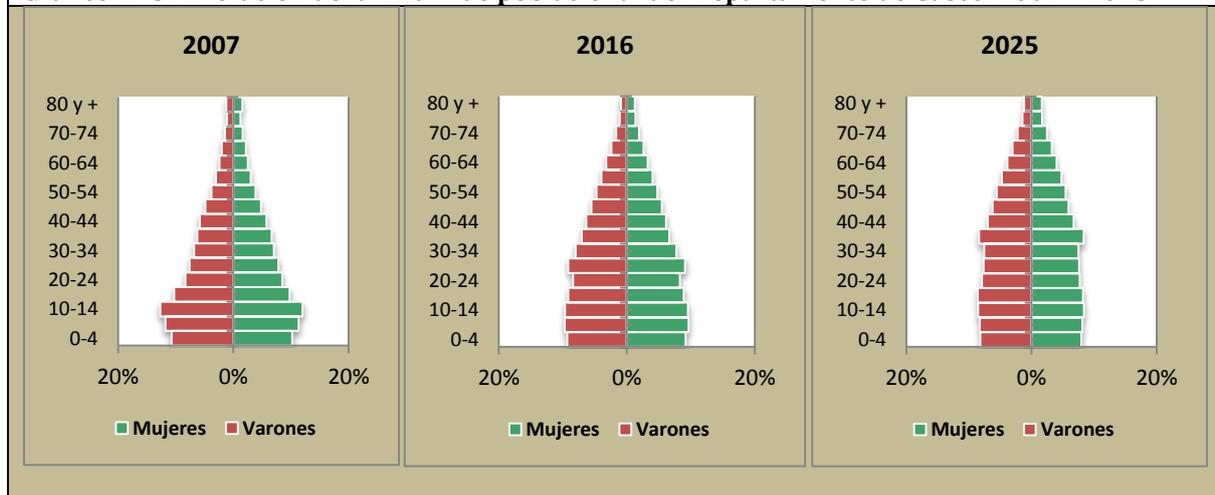
Fuente: DIRESA Cusco/Dirección de Estadística e Informática.

Elaboración: Propia.

#### f. Pirámide Poblacional

Como se puede observar en la pirámide poblacional comparativa entre los censos 2007 y las proyecciones de la población hasta el año 2025, la tendencia en la misma es el estrechamiento de la base, disminuyendo la población infantil. Así pues, existe una tendencia a la figura romboidal, la cual se puede verificar en el siguiente gráfico. Lo que significa que en este momento venimos teniendo un bono demográfico por la población joven con la que contamos y que puede ser un potencial de productividad si es bien encaminado, la tendencia al futuro es que la población adulta y adulta mayor se incremente, aumentando también la dependencia económica de este grupo poblacional.

**Gráfico N° 3. Evolución de la Pirámide poblacional del Departamento de Cusco. 2007 - 2025**



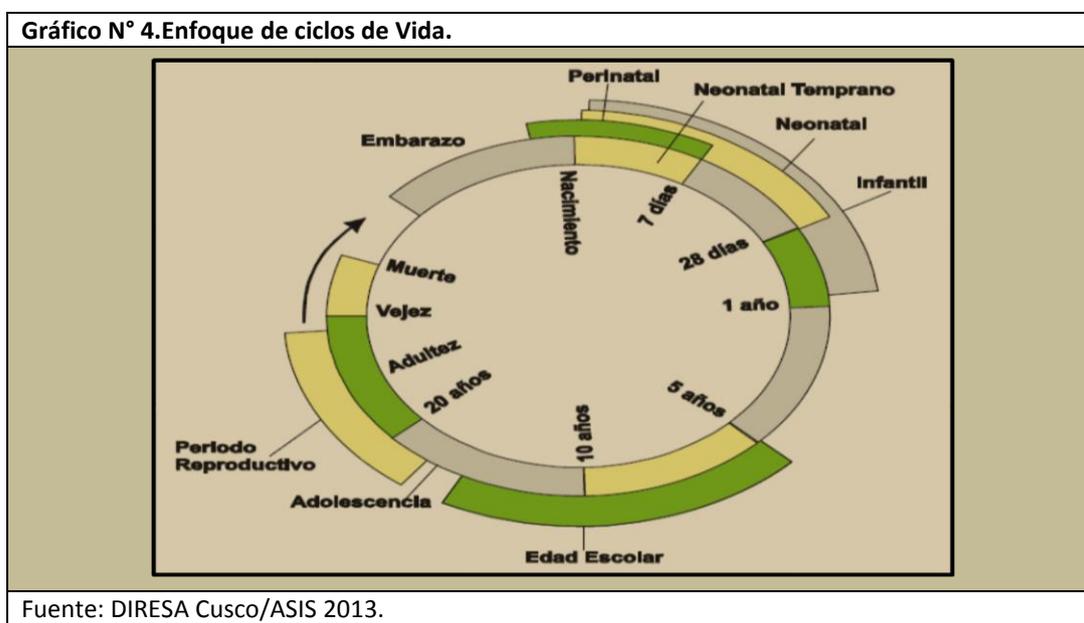
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

Tomado del documento prospectivo del Plan Estratégico de Desarrollo Regional Cusco 2016 - 2030

### g. Ciclos de Vida

El Ciclo de Vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano. Reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones de una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos facilitando la identificación de riesgos y brechas, y la priorización de intervenciones claves.

Para el caso del Departamento del Cusco los primeros ciclos de vida del ser humano continúan siendo los más vulnerables tanto para enfermarse como para morir, así como para desarrollar sus potencialidades. Son, a su vez, los momentos de intervención de mayor costo-efectividad ya que la inversión suele no ser tan cara y los resultados son de mayor impacto, incluso sobre los futuros ciclos.



### h. Índice de Desarrollo Humano (IDH) e Índice de Densidad del Estado (IDE)

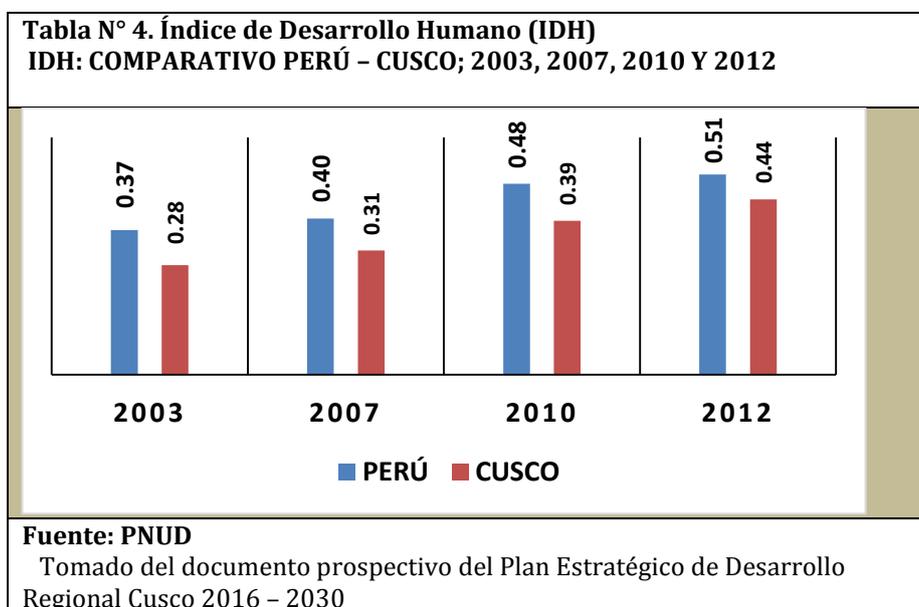
El Desarrollo Humano consiste en la ampliación de las capacidades entendidas como las libertades de las personas para elegir lo que efectivamente puedan disfrutar. Estas libertades incluyen tanto las oportunidades que tienen de vivir de las maneras que consideran valiosas, como de su papel como agentes capaces de escoger libremente entre tales oportunidades y de influir en su sociedad para hacerla plenamente humana, igualitaria y sostenible (Sen, 2000). Este concepto, que va más allá del convencional desarrollo económico medido por el crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI) per cápita, nos permite medir cómo avanzamos en el camino hacia el desarrollo de las personas.

El IDE trata de concentrar la atención en las características de la acción pública, específicamente del funcionamiento como agentes y funcionarios estatales. Desde el

lado del Estado, en el momento de proveer un servicio público están en juego las capacidades de proveedores y usuarios, puesto que puede ocurrir que los funcionarios no sean capaces de interactuar con las personas y de servirlos efectivamente. Ello sucede cuando hay diferencias de idioma, tipos de conducta, muchas veces con un pesado trasfondo de diferencias culturales y étnicas, etc. Un Estado bien organizado, con personal idóneo y con actitud positiva, amplía su campo de acción eficaz e incrementa o facilita las libertades de las personas para que pueden recibir del Estado lo que esperan de él.

Así pues, el IDE busca que el Estado proporcione o facilite a la persona lo mínimo para aspirar al Desarrollo Humano; es decir, identidad, poder beber agua potable, tener acceso a un servicio de salud, tener una conexión eléctrica y poder ir a la escuela/colegio.

El IDH comparativo para la región del Cusco ha experimentado mejoras en los últimos años, pasando de 0.28 el año 2003 a 0.44 en la última medición realizada el año 2012.



El IDH por provincias se encuentra en un nivel entre medio y bajo.

La Provincia de Cusco tiene el nivel de IDH más alto con 0.65 y el nivel más bajo lo tiene la provincia de Paucartambo con 0.48, Paruro con 0.50 y Acomayo con 0.51. Estas marcadas diferencias entre el IDH de la Provincia del Cusco y las demás provincias sustentan los procesos de migración hacia las ciudades y el abandono del campo y las actividades de agricultura en la región. Las provincias con menor IDH son precisamente las de zona alto andina.

[Escriba aquí]

**Tabla N° 4. Índice de Desarrollo Humano (IDH) e Índice de Densidad del Estado por Provincias – Cusco 2009.**

Provincias	Población	Índice de Desarrollo humano		Índice de densidad del Estado		Identidad			Salud		Educación		Saneamiento		Electrificación	
						% Población con acta de nacimiento o DNI		% población menor de 18 años con acta de nacimiento	Médicos por cada 10 mil habitantes		Tasa de asistencia neta a secundaria de 12 a 16 años		% viviendas con acceso a agua y desagüe		% viviendas con electricidad	
		IDH	Ranking	IDE	Ranking	%	Ranking		Razon	Ranki	%	Ranking	%	Ranking	%	Ranking
<b>CUSCO</b>	1,171,403	0,5796	17	0,6406	12	96,86	12	97,49	11,49	12	73,84	12	52,46	12	64,37	15
Cusco	367,791	0,6510	13	0,8906	3	97,24	75	97,90	26,7	4	85,37	6	87,41	2	93,53	3
Acomayo	27,357	0,5136	189	0,5443	98	96,56	104	98,53	5,5	110	70,42	89	38,53	103	53,18	113
Anta	54,828	0,5680	104	0,5466	93	97,33	68	97,13	1,5	193	73,40	76	31,15	124	70,88	57
Calca	65,407	0,5621	137	0,5270	109	96,32	114	98,61	1,4	194	66,87	105	40,65	92	59,41	88
Canas	38,293	0,5215	182	0,4754	144	97,69	43	98,61	3,7	161	73,82	77	21,42	144	37,30	156
Canchis	96,937	0,5686	103	0,6756	36	97,20	78	97,99	7,9	67	81,04	28	64,31	31	73,85	46
Chumbivilcas	75,585	0,5253	175	0,4284	175	97,22	76	97,94	3,0	176	65,69	111	27,13	135	18,54	192
Espinar	62,698	0,5634	114	0,5112	119	98,08	23	98,37	4,9	124	75,33	61	34,92	116	35,55	165
La Convención	166,833	0,5779	90	0,5068	121	95,69	136	95,28	6,0	100	68,19	100	27,85	131	46,59	128
Paruro	30,939	0,5096	190	0,4609	158	96,97	88	98,01	2,6	185	61,89	135	30,16	126	37,28	159
Paucartambo	45,877	0,4844	195	0,4643	156	96,15	118	96,49	3,7	159	48,07	180	34,36	119	45,86	130
Quispicanchi	82,173	0,5215	183	0,5243	112	96,97	89	97,11	2,4	187	63,54	125	41,83	86	56,14	100
Urubamba	56,685	0,6035	52	0,6449	49	95,44	143	98,33	7,2	73	75,94	57	48,83	63	83,15	20

Fuente: Base de datos REDATAM Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI.

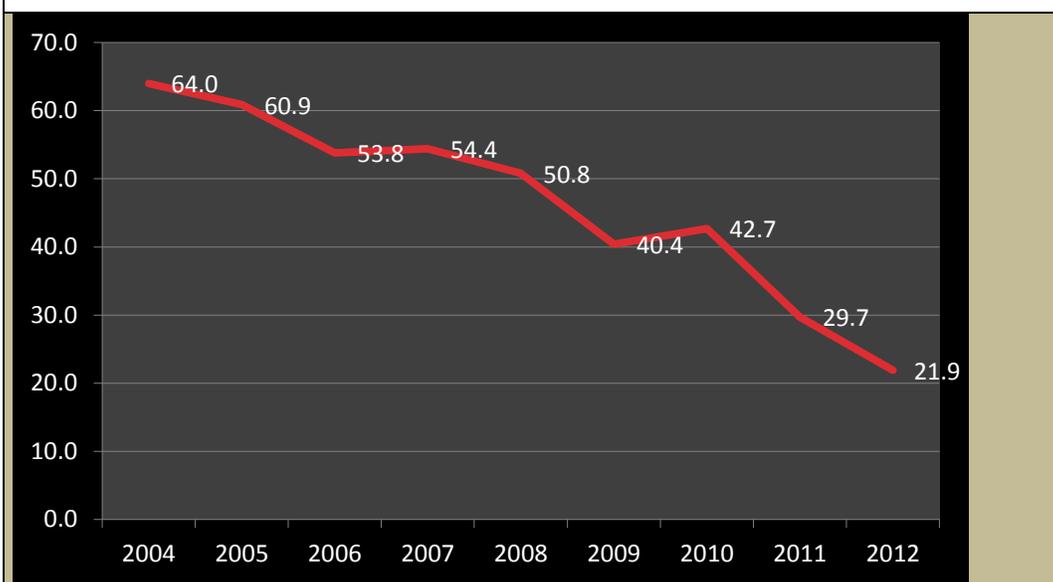
Elaboración: PNUD/Unidad del Informe sobre Desarrollo Humano, Perú.

[Escriba aquí]

### i. Niveles de pobreza económica

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 5, la pobreza total ha disminuido más de 40 puntos en los últimos 8 años en la región. Cusco es una de las pocas regiones que ha experimentado un crecimiento económico de alrededor del 7% en los últimos años, solo comparado con países como China e India. Principalmente este crecimiento se ha debido al incremento de ingresos económicos por canon y sobrecanon de explotación gasífera en la provincia de La Convención, así como el incremento de la actividad turística.

**Gráfico N° 5. Evolución de incidencia de pobreza total en el Departamento del Cusco.**

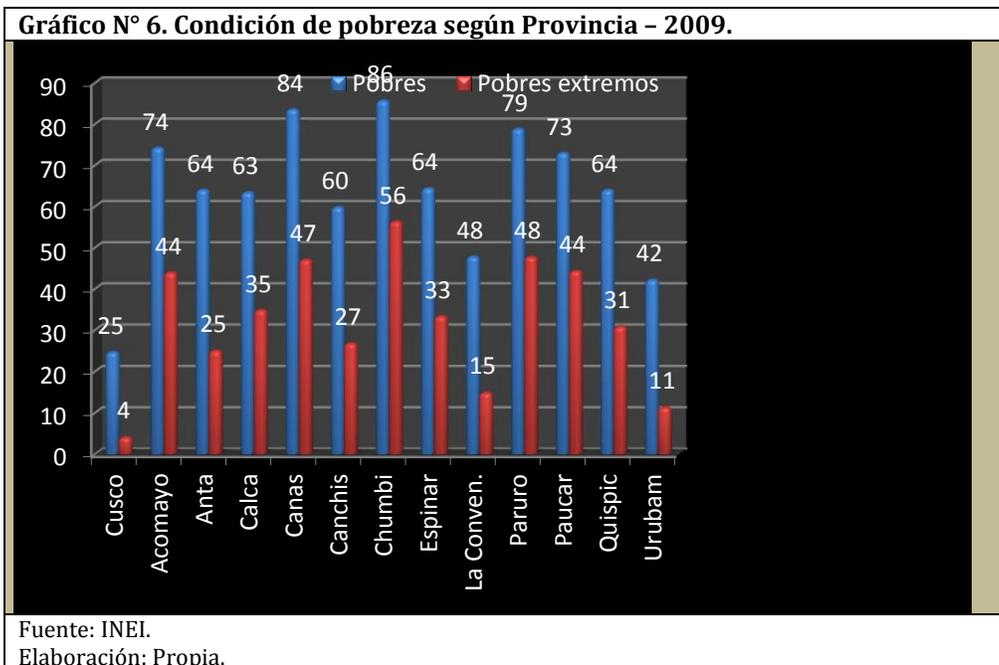


Fuente: INEI, ENAHO 2004-2012.

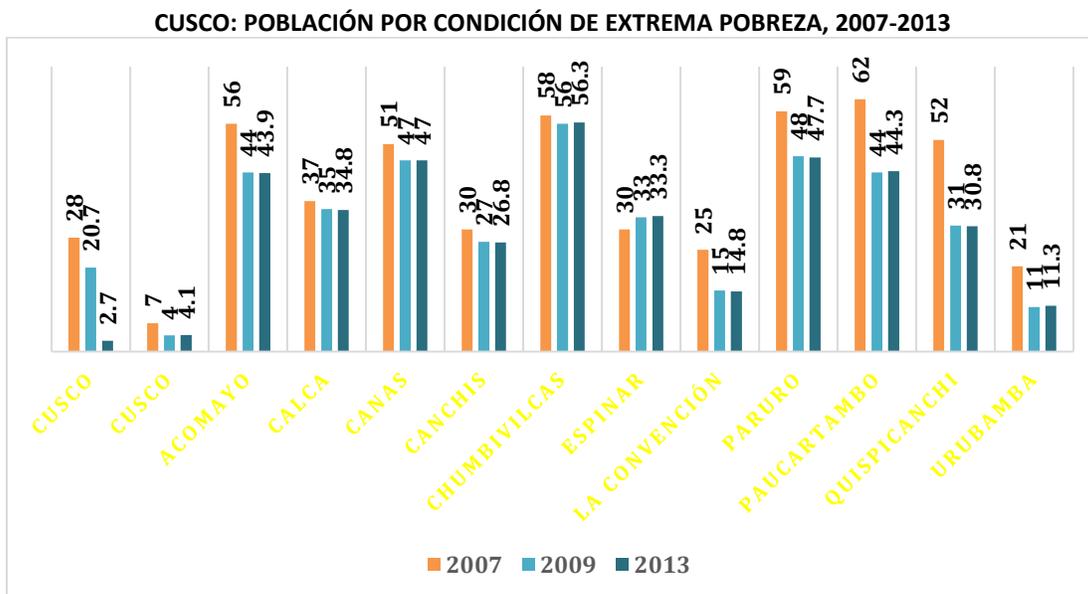
Elaboración: Propia.

A continuación, se puede observar en el Gráfico N° 6 que la distribución de la pobreza a nivel provincial es bastante inequitativa. El número de pobres extremos en algunas provincias, como Cusco, es de 4% y, en otras, como Chumbivilcas, es de 56%; es decir, en la Provincia de Cusco 1 de cada 25 habitantes es pobre extremo, mientras que en la Provincia de Chumbivilcas 1 de cada 2 habitantes es pobre extremo.

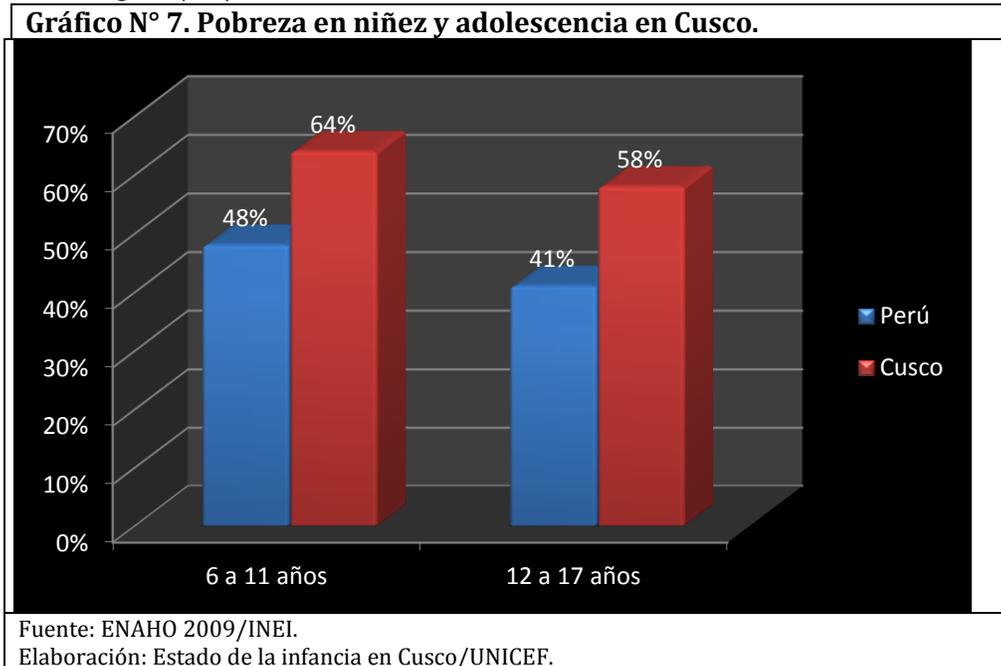
La inequidad es más dramática a nivel distrital donde tenemos a 4 distritos de la región entre los diez más pobres del país: Lares (1), Omacha (2), Checca (8) y Colquepata (10). Por otro lado, tenemos distritos como Camanti (1786) y Wanchaq (1816) que figuran entre los menos pobres del país, estando el Distrito de La Punta (1836) en el Callao, como el menos pobre a nivel nacional.



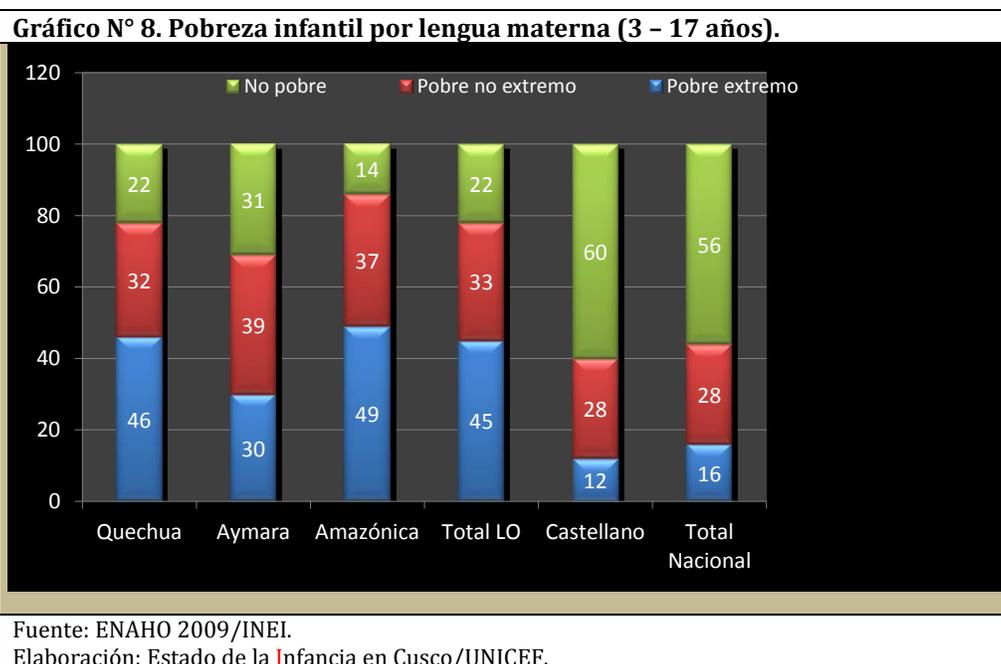
Los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión social, se orientan precisamente a la reducción de la pobreza extrema en el país, así el año 2013 realizaron un estudio de medición de la pobreza por provincias, entre los años 2007 y 2013 las provincias que han experimentado disminución de pobreza han sido: Cusco, Acomayo, Calca, Canchis, La Convención, Paruro, Paucartambo, Quispicanchi y Urubamba, mientras que en otras como Canas, Chumbivilcas, Espinar, la pobreza se ha mantenido o incrementado, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:



La pobreza es mayor para las niñas y niños de Cusco comparados con el promedio nacional para la misma edad, al igual que para los Adolescentes.



En cuanto al idioma materno, la niñez con idioma Quechua (78% son pobres) es más pobre que la niñez con idioma Castellano (40% son pobres). Esta diferencia es incluso mayor para la niñez con lengua originaria amazónica (86%), como se aprecia en el Gráfico N° 8. En cuanto a pobreza extrema, la niñez con lengua Quechua es cuatro veces mayor que la niñez con lengua Castellana.

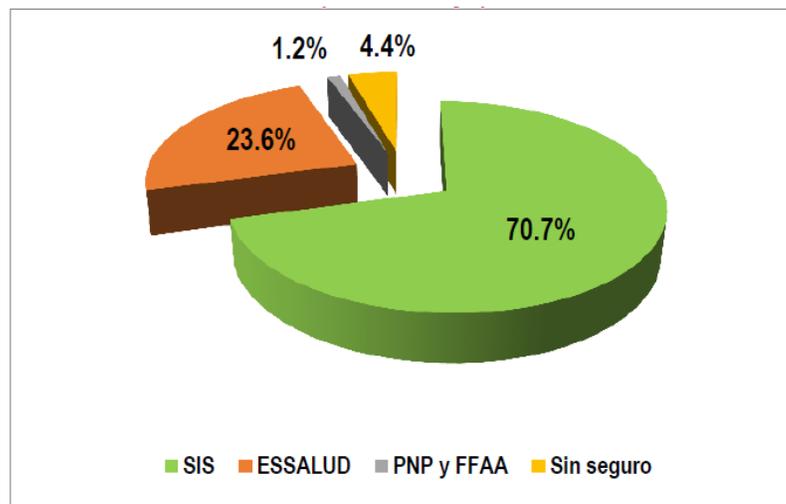


### j. Cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) en niñez y adolescencia

La cobertura del SIS, como se observa en el Gráfico N° 9, alcanza a un 76% de las Niñas y Niños del Cusco y a un 83% de los adolescentes, según datos recogidos en mayo de 2013 por la Dirección de Seguros de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Cusco.

Al realizar un análisis de la información de la cobertura del SIS – tanto en niñas y niños como en adolescentes – ésta supera largamente el número de pobres y extremadamente pobres calculados para esta población. Esto es tomando como referencia tanto la información presentada por el “Estado de la Infancia en Cusco” (UNICEF-ENAHO 2009) como por la información del 2012. Este dato llama la atención ya que se estaría filtrando un grupo importante de población que no debería estar protegida por el SIS en desmedro de aquellos que sí les corresponde. Aunque es fundamental que toda la población de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) esté cubierta por algún tipo de seguro, el SIS, como seguro público, debe dirigir sus limitados recursos a la población que corresponde.

**Gráfico Nro. Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud en la región Cusco – 2016.**



2.2

Fuente: ESSALUD 2016  
Elaboración: Equipo Técnico

### ETAPA DE VIDA DE 0 A 5 AÑOS

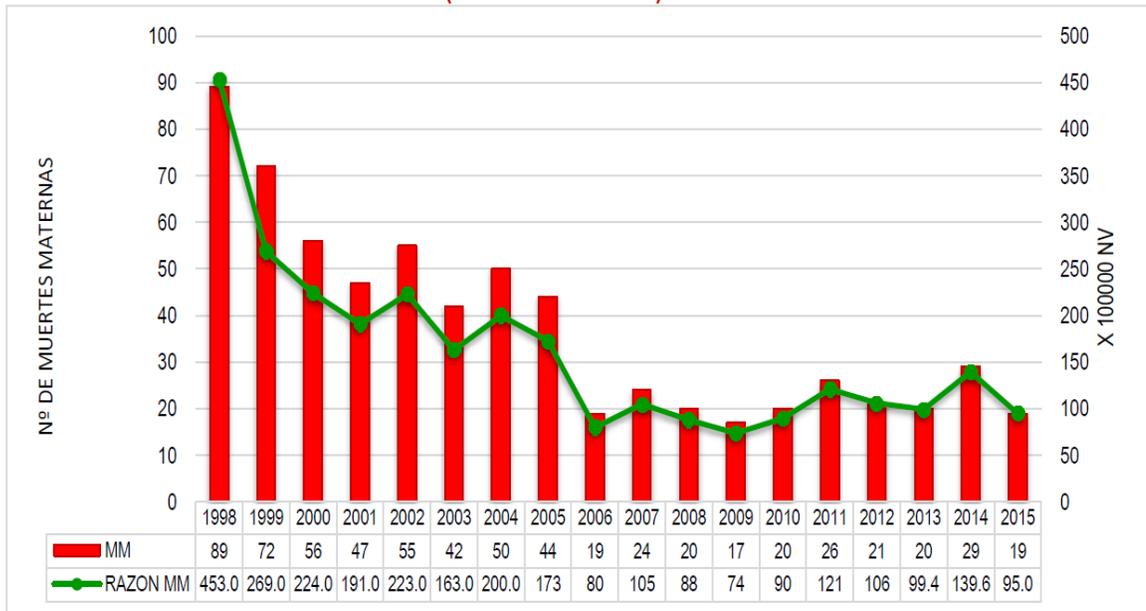
#### a. Condiciones del parto

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, La Región Cusco cuenta con el 3.5% de Mujeres en Edad Fértil (MEF) del país. De este porcentaje, Cusco presenta más del 6% de muertes maternas (MM).

La mortalidad materna ha seguido una tendencia decreciente en el Departamento del Cusco en los últimos quince años, hablamos de muertes maternas por causas directas e

indirectas únicamente para el siguiente análisis (no se consideran las muertes incidentales). Así podemos apreciar que desde el año 2000 en que se registraron 58 muertes maternas, esta tasa fue disminuyendo en 2010 a 21 muertes maternas, manteniendo en los últimos cinco años esta misma tendencia. Lo preocupante es que este indicador no ha mantenido una disminución sostenida en la región, teniendo 30 casos en 2014 y 18 casos reportados hasta la semana 51 del año 2015 y que en la mayoría de casos ya no han ocurrido en comunidad o domicilio, sino más bien en establecimientos de salud del MINSA y de Essalud.

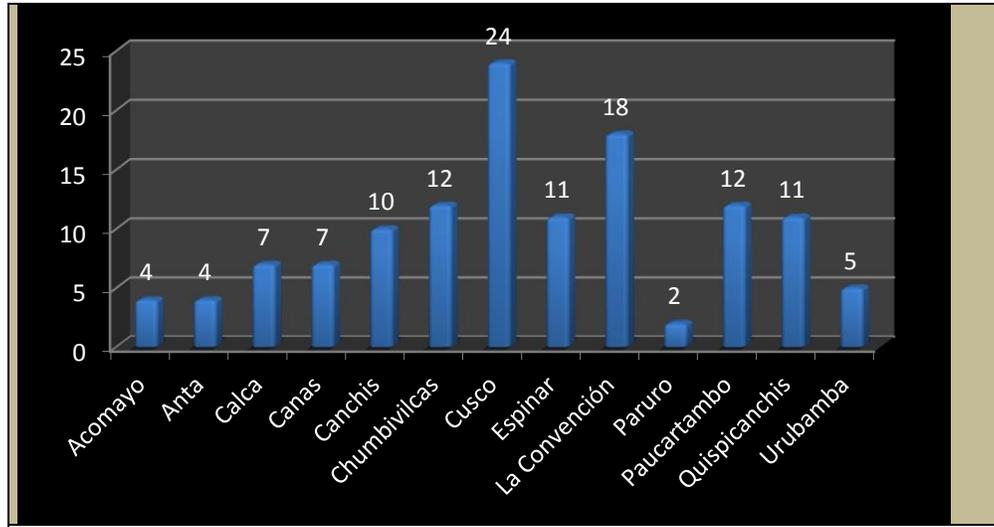
**Gráfico Nro. Razón de mortalidad materna en los últimos años en la región Cusco.**



Fuente: Oficina de Epidemiología – DIRESA 2015  
Elaboración: Equipo Técnico

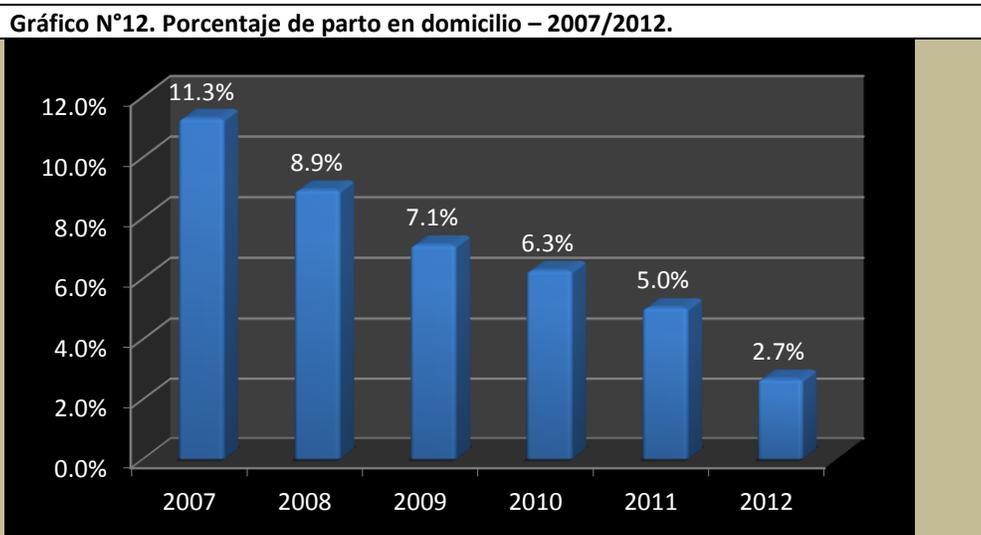
No es suficiente con analizar la muerte materna (MM) desde las cifras departamentales, sino que también es importante analizar los datos desde unidades territoriales más pequeñas provinciales o distritales. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 11, existen provincias donde en los últimos 6 años se han producido un mayor número de muertes. La Provincia de Cusco tiene el mayor número de muertes, tanto por tener mayor número de nacimientos como también por tener los hospitales de referencia del Departamento. A continuación se presentan los datos por provincias; si analizamos por RMM de los últimos 6 años Paucartambo, Canas y Espinar son las provincias que tiene mayor número de muerte materna (MM) por recién nacidos vivos (n. v.).

**Gráfico N°11. Número de Muertes Maternas (MM) acumuladas por provincias – 2007/2012.**



Fuente: DIRESA.  
Elaboración: Propia.

Para entender un poco más las condiciones en que nacen las niñas y niños en el Cusco, en el Gráfico N° 12 se puede apreciar cómo ha ido disminuyendo la frecuencia de parto domiciliario en el Departamento del Cusco. En este cuadro se han agregado los nacimientos de EsSalud. Un dato que es importante recalcar es que los llamados partos verticales dentro del parto institucional en la DIRESA Cusco, según el último Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2013, vienen disminuyendo. En el año 2009, el 29% de los partos institucionales fueron verticales; para el 2012 sólo el 20% de los partos institucionales fueron verticales.



Fuente: DIRESA y EsSalud.  
Elaboración: Propia.

Como podemos apreciar en los últimos cinco años, la proporción de partos atendidos en establecimientos de salud, ha mejorado sustancialmente, llegando a 97,3% en el año 2015, reduciendo así la cantidad de partos atendidos en domicilio que anteriormente representaban factores de riesgo de la mortalidad materna.

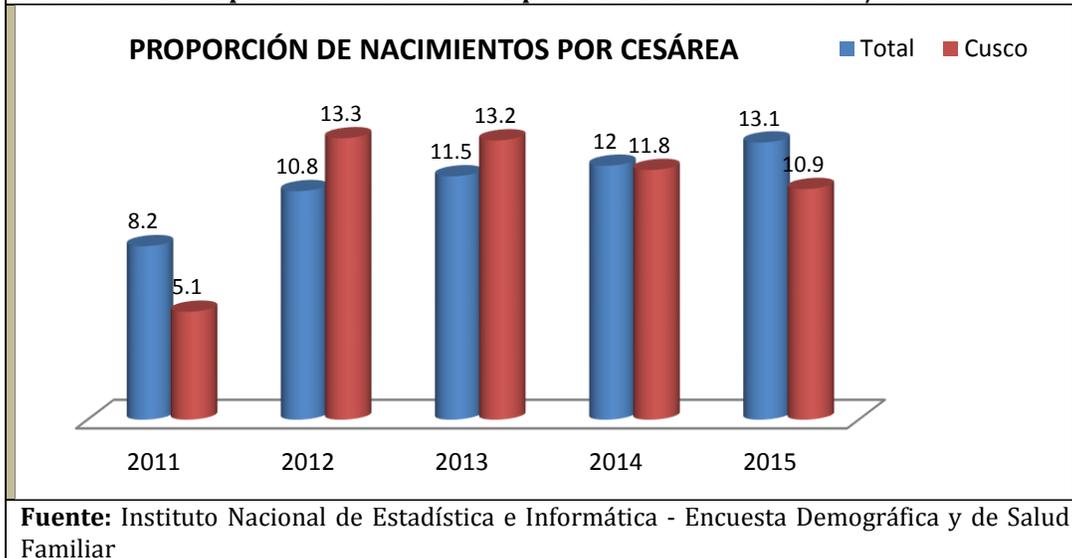
**Tabla Nro 06. Proporción de partos atendidos por personal de salud en EESS 2011 – 2015.**

Resumen de Indicadores PMN	Ámbito	2011	2012	2013	2014	2015
Proporción de nacimientos por cesárea	Nacional	8,2	10,8	11,5	12,0	13,1
	Cusco	5,1	13,3	13,2	11,8	10,9
Proporción de parto atendido por personal de salud en establecimientos de salud	Nacional	83,8	85,9	88,0	89,2	91,8
	Cusco	85,9	93,0	92,8	96,5	97,3
Proporción de parto institucional del último nacimiento de gestantes procedentes del área rural	Nacional	62,5	67,3	68,5	72,0	74,6
	Cusco	77,6	90,0	90,6	95,1	95,9

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

La atención de partos por cesárea también ha ido disminuyendo en los últimos años, hasta llegar a 10.9% en el año 2015, lo cual es positivo para la región, ya que según la OMS debe encontrarse entre 10 y 15%.

**Gráfico N°13. Proporción de nacimientos por cesárea en Cusco – 2011/2015.**



### b. Mortalidad perinatal

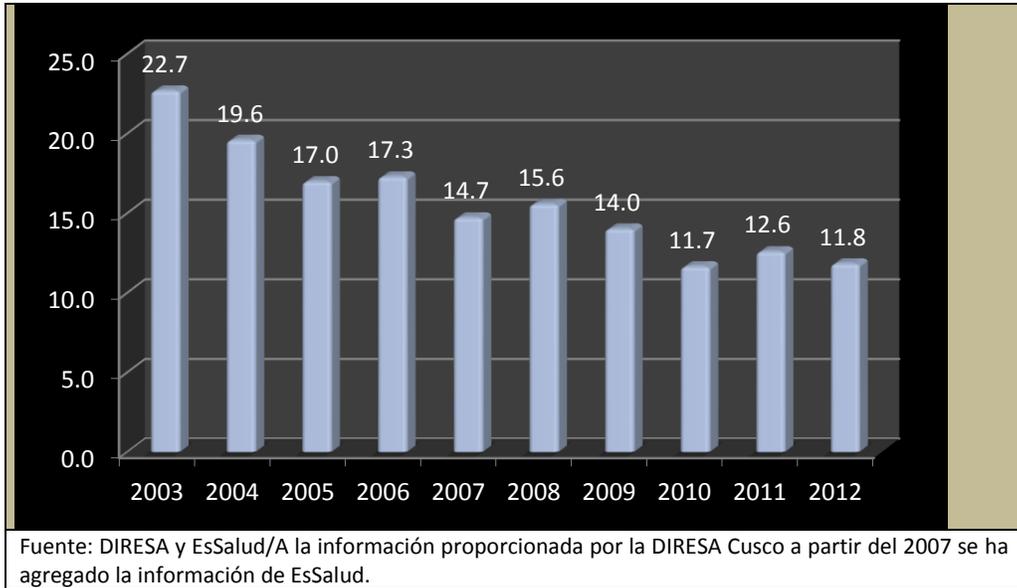
La mortalidad perinatal, que incluye la muerte fetal y la mortalidad del recién nacido por mil nacidos vivos (n. v.), ha disminuido en los últimos años en el Departamento del Cusco, como se puede apreciar en el Gráfico N° 14. La reducción se puede aducir a las estrategias empleadas para disminuir la mortalidad materna (MM) en conjunto con las mejoras en la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, así como el incremento de los profesionales de la salud en el primer nivel de atención. Además, se han mejorado

las condiciones y competencias del personal de los hospitales para el manejo de recién nacidos con enfermedades que requieren Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).



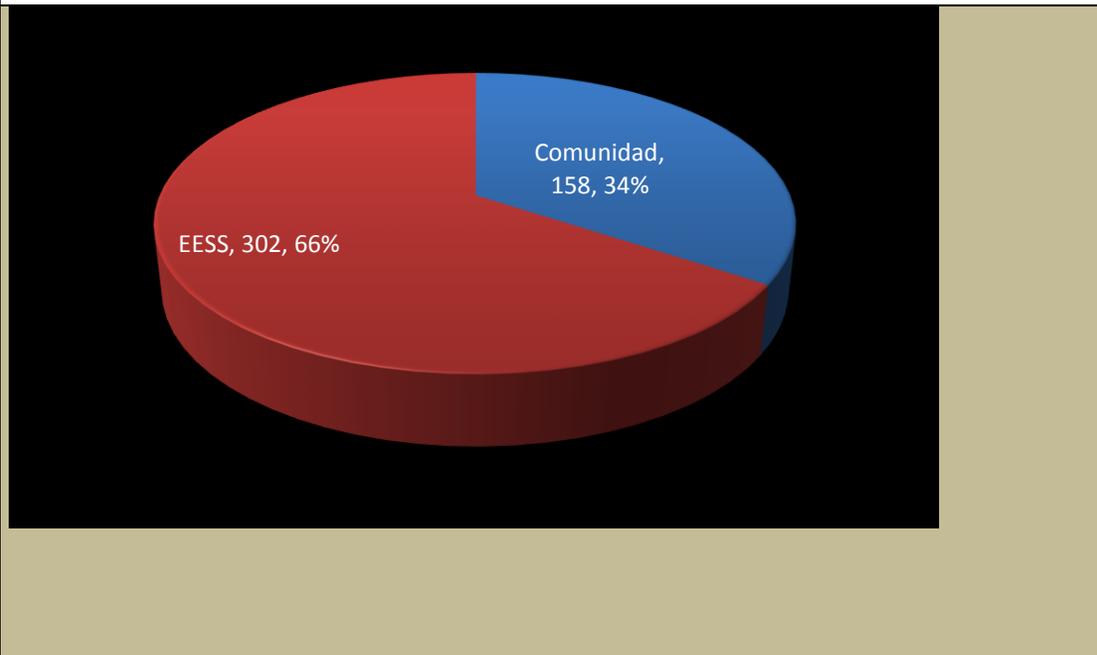
La mortalidad neonatal, que incluye las muertes producidas entre el nacimiento y hasta los 28 días de vida por mil nacidos vivos (n. v.), también ha disminuido en los últimos años, como se observa en el Gráfico N° 15. En los últimos 10 años ha disminuido más de 10 puntos, y teniendo en cuenta que la mortalidad neonatal implica un ratio de más del 60% de la mortalidad infantil, ha incidido también en la disminución de esta última. Comparando la ENDES 2000 con la 2014, la mortalidad neonatal ha disminuido de 48.0 a 12.0 x mil nacidos vivos (n. v.), pero aún se encuentra alejada del nivel nacional que es de 9 x mil nacidos vivos (n. v.). Las causas probables para esta disminución son semejantes a las mencionadas para la muerte perinatal, que incluyen el incremento del parto institucional, la mejora en la organización y calidad de la atención perinatal y neonatal, así como del tratamiento médico que en un menor porcentaje requiere manejo de alta tecnología; por ello la importancia de que los servicios de salud estén dirigidos a mejorar la salud del perinato, optimizando fundamentalmente su organización y calidad en la atención.

**Gráfico N°15. Evolución de la mortalidad neonatal en el Departamento del Cusco.**



Para el año 2012, la tercera parte de las muertes perinatales se produjeron en comunidad, como puede apreciarse en el Gráfico N° 16. Todavía existen grupos de riesgo para mortalidad perinatal que no acuden a los establecimientos de salud probablemente por problemas de acceso (económico, geográfico o cultural) o por desconocimiento de los signos de alarma, tanto de la gestante como del recién nacido. La mayoría de los que fallecen en comunidad son perinatos a término (37 semanas o más).

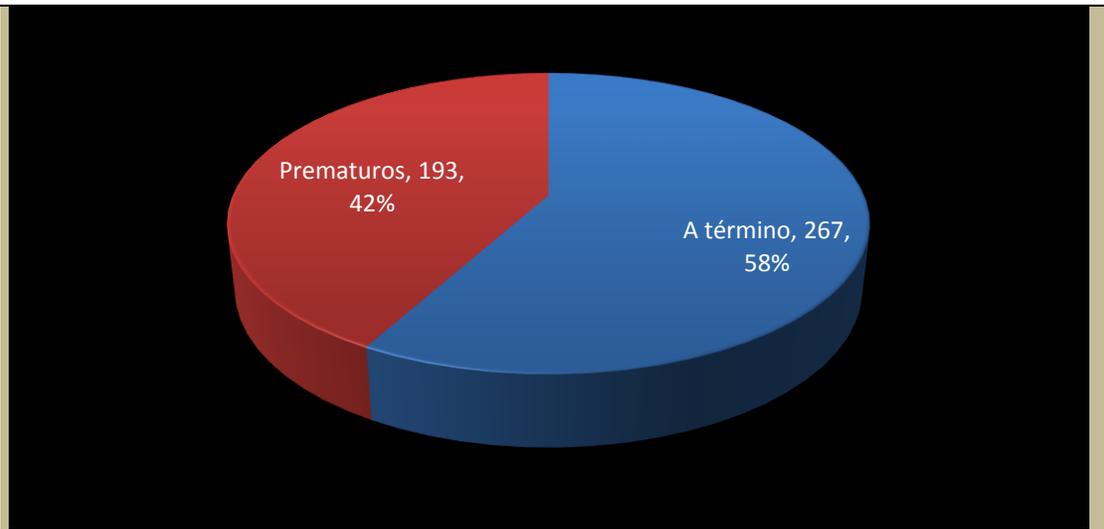
**Gráfico N°16. Lugar de muerte perinatal en el Departamento del Cusco – 2012.**



Fuente: Análisis Situacional de Salud 2012 –DIRESA.

También en el 2012, seis de cada diez muertes perinatales se produjeron en recién nacidos a término, como se puede apreciar en el Gráfico N° 17. En relación al peso, seis de cada diez muertes perinatales tienen bajo peso (peso < a 2500 grs.). La muerte de perinatos a término es un llamado de alerta, ya que en su mayoría son muertes evitables e implica una mejora en la calidad de atención del parto, lo cual va más allá del indicador de atención institucional del parto.

**Gráfico N° 17. Muertes perinatales por edad gestacional en el Departamento del Cusco – 2012.**



Fuente: Análisis Situacional de Salud 2012 –DIRESA.

Las principales causas de muerte en el recién nacido para el año 2012 son el Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR), que refiere la dificultad del niño para respirar por una inmadurez pulmonar, las malformaciones congénitas, la asfixia y la infección, lo cual se puede apreciar en la Tabla N° 5. Se ha mejorado la calidad del diagnóstico, ya que antes figuraba como principal causa de muerte la asfixia, habiendo pasado esta causa al tercer lugar. Todavía falta ajustar los criterios diagnósticos de muerte por malformación congénita en neonatos.

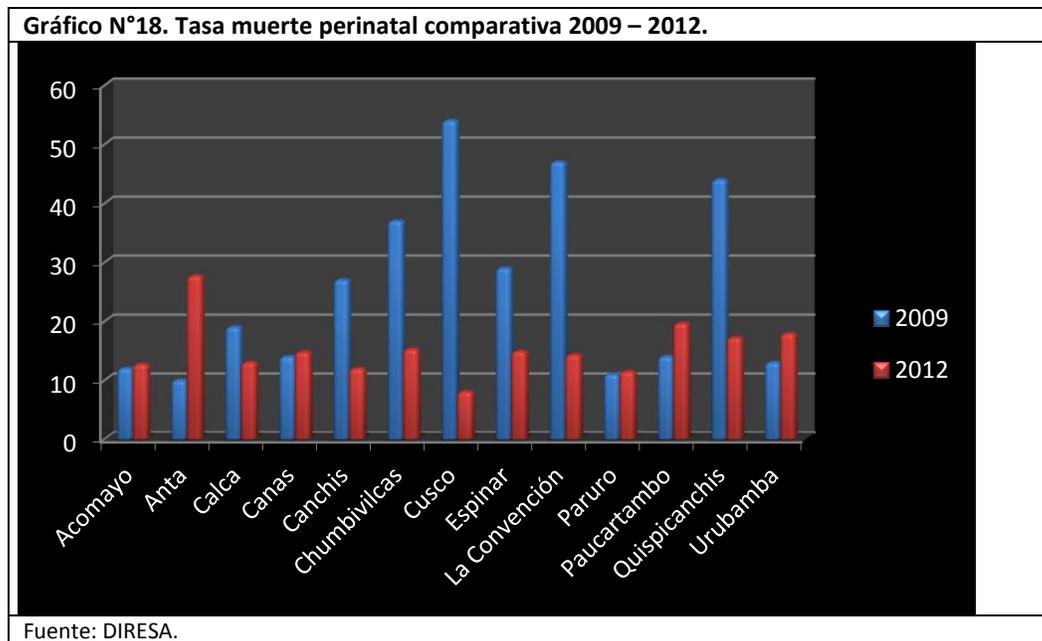
En general, las causas de muerte nos indican que es necesario fortalecer cada vez más los servicios de UCI neonatal en los hospitales de segundo y tercer nivel, pero también el reconocimiento de los signos de alarma en el neonato por parte de los familiares y el personal de salud.

**Tabla N° 5. Causas de muerte perinatal en el Departamento del Cusco – Año 2012.**

Peso	Óbito fetal	Causa de muerte neonatal					Total
		Asfixia	Síndrome de Distrés respiratorio	Infección	Malformación congénita	Otros	
MBPN (500 - 1499)	66	7	53	9	9	5	149
	14.3	1.5	11.5	2	2	1.1	32.4
BPN (1500 - 2499)	50	11	19	14	17	8	119
	10.9	2.4	4.1	3	3.7	1.7	25.9
PN (>2500)	99	28	14	8	24	19	192
	21.5	6.1	3	1.7	5.2	4.1	41.7
<b>TOTAL</b>	<b>215</b>	<b>46</b>	<b>86</b>	<b>31</b>	<b>50</b>	<b>32</b>	<b>460</b>
	<b>46.7</b>	<b>10</b>	<b>18.7</b>	<b>6.7</b>	<b>10.9</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Análisis Situacional de Salud 2012 –DIRESA.

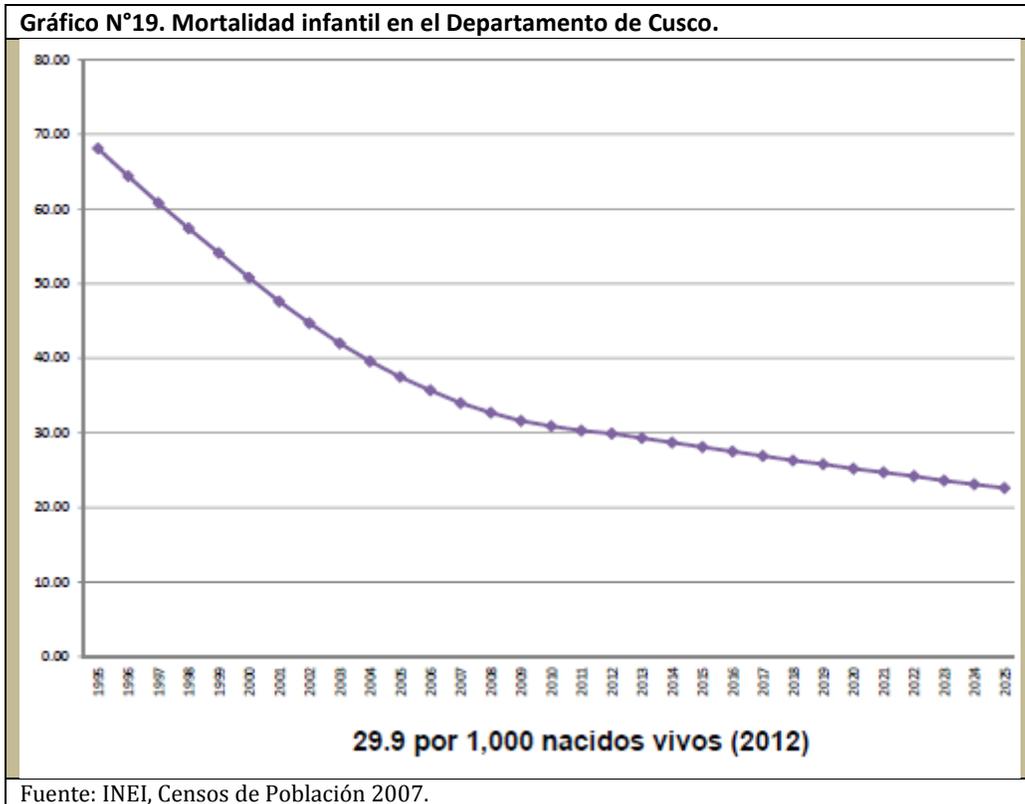
En cuanto a las provincias con tasas más elevadas de mortalidad perinatal, como se puede apreciar en el Gráfico N° 18, se encuentran Anta, Quispicanchis, Paucartambo, Chumbivilcas y Espinar. Aún falta un sinceramiento de la información acerca de dónde proceden los perinatos, ya que si observamos en el 2009 aparentemente la Provincia con mayor tasa de muerte perinatal fue Cusco. En general, la muerte perinatal ha disminuido en la mayoría de provincias del Cusco, a excepción de las provincias de Acomayo, Anta, Canas, Paucartambo y Urubamba.



**c. Mortalidad infantil**

La mortalidad infantil (muerte en menores de un año por mil n. v.) tiene un gran componente de mortalidad neonatal, y habiendo disminuido ésta resulta lógico que la mortalidad infantil haya disminuido. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 19, la mortalidad infantil para Cusco es 29.9 por mil nacidos vivos, según el INEI. Los datos de la DIRESA son contraproducentes (en algunos casos menores a su mortalidad neonatal), pero nos ayudan a definir que las provincias con mayores niveles de mortalidad infantil son Canas, Espinar, Paruro y Quispicanchi.

La mortalidad infantil, aparte de estar afectada grandemente por la mortalidad neonatal, todavía se ve comprometida por causas de muerte evitables como la neumonía y la diarrea, aunque cada vez en menor medida, gracias al incremento de la cobertura con nuevas vacunas y a las mejoras en saneamiento básico. Aunque las causas de mortalidad infantil que se observan en la Tabla N° 6 pueden haber variado, nos da una idea de las principales causas de muerte en menores de un año.



N°	Grupo de causa	N°	%
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	120	27.6%
2	Causas externas de morbilidad y mortalidad	94	21.6%
3	Enfermedades del sistema respiratorio	65	14.9%
4	Traumatismos y envenenamientos	33	7.6%
5	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	31	7.1%
6	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	22	5.1%
7	Enfermedades del sistema nervioso	17	3.9%
8	Enfermedades del sistema circulatorio	14	3.2%
9	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	14	3.2%
10	Enfermedades del sistema digestivo	11	2.5%
11	Todas las demás causas	14	3.2%
		435	100.0%

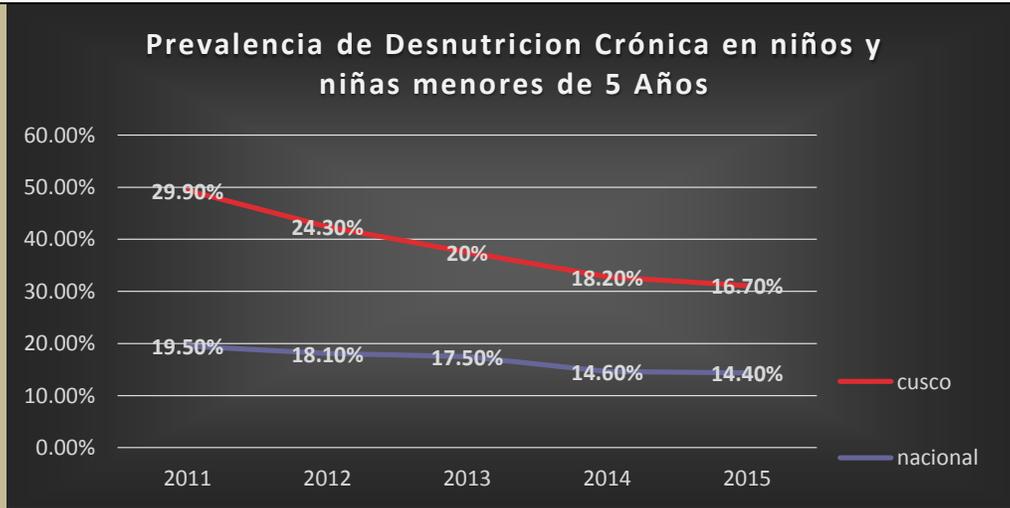
Fuente: ASIS 2006 – DIRESA Cusco.

#### **d. Desnutrición Infantil**

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 20, la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, de acuerdo a los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha disminuido en los últimos años en la región Cusco pasando de 29,9 en el 2011 a 16,70% en el año 2015.

Es difícil saber cuáles han sido las estrategias más efectivas para este importante resultado, ya que es evidente que el Programa Articulado Nutricional (PAN), con una diversidad de estrategias, ha contribuido a bajar los porcentajes de desnutrición infantil a nivel nacional. También se suman los programas sociales como “Juntos”, que con su aporte económico directo a las poblaciones en extrema pobreza contribuye en la disminución de la desnutrición. En Cusco, un factor fundamental ha sido la disminución los niveles de pobreza y pobreza extrema, en especial, en los últimos años.

**Gráfico N°20. Evolución de la Desnutrición Crónica en menores de 5 años en, Cusco y Perú – 2011 al 2015.**



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013- 2015.

Aunque en líneas generales existen mejoras en los niveles de desnutrición en el Cusco, todavía 2 de cada 10 niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica. Es decir, que casi la cuarta parte de este sector de niños y niñas tiene hipotecado su futuro y con mucha posibilidad de perpetuar el ciclo de pobreza.

Tampoco debemos perder de vista que los promedios encierran muchas inequidades, y cuando analizamos los datos a nivel provincial podemos observar que la desnutrición crónica es muy variable. Como se puede observar en la Tabla N° 7, existen provincias como Paruro, Paucartambo, Chumbivilcas, Quispicanchis que duplican el promedio regional y mantienen promedios por encima del 30% de niños menores de cinco años afectados por la DCI.

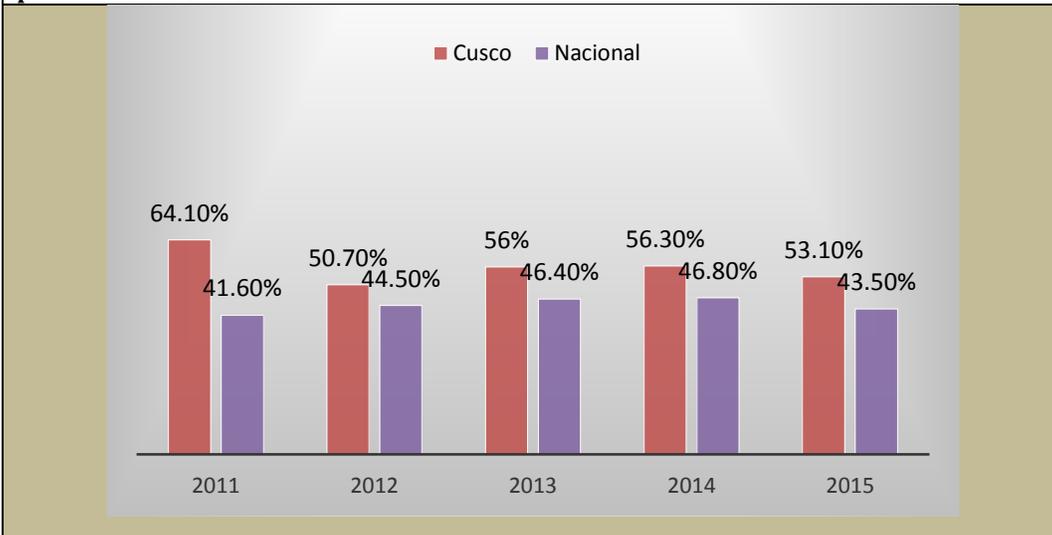
**Tabla N°7. Prevalencia de Desnutrición crónica en menores de 5 años por provincias - Cusco 2011 al 2015.**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Acomayo</b>	35.60	35.68	34.35	31.38	28.27
<b>Anta</b>	27.10	25.66	24.79	21.20	19.38
<b>Calca</b>	30.71	28.71	26.92	22.87	20.84
<b>Canas</b>	39.55	33.46	31.20	29.89	27.58
<b>Canchis</b>	28.03	27.28	25.69	24.16	23.24
<b>Chumbivilcas</b>	39.68	38.78	36.36	33.79	32.06
<b>Cusco</b>	15.83	15.14	13.41	12.49	12.08
<b>Espinar</b>	31.99	31.23	28.16	27.33	27.20
<b>La Convención</b>	25.40	22.39	20.32	22.04	19.82
<b>Paruro</b>	45.43	44.34	41.25	35.89	34.84
<b>Paucartambo</b>	38.52	38.01	33.46	32.19	28.58
<b>Quispicanchi</b>	38.63	36.36	34.30	32.41	30.04
<b>Urubamba</b>	22.83	20.35	20.18	18.12	18.83
<b>Total DIRESA</b>	<b>29.18</b>	<b>26.67</b>	<b>25.08</b>	<b>23.55</b>	<b>22.01</b>

Fuente: DIRESA-Dirección de Estadística,- SIEN 2015 (INS)

Pero la problemática de desnutrición no sólo se encuentra en las variables antropométricas, sino que Cusco continúa siendo uno de los departamentos con mayor porcentaje de niños entre 6 y 36 meses que presentan anemia. Como se observa en el Gráfico N° 21, casi 6 de cada 10 niños entre 6 y 36 meses sufren de anemia, con todas las implicancias en el desarrollo a futuro de la niñez cusqueña. A pesar de que las estrategias para disminuir la anemia parecen tan simples como proporcionar un suplemento que contenga hierro, la adhesión a los multi-micronutrientes continúa siendo un reto.

**Gráfica N° 21. Proporción de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad con prevalencia de anemia**



Fuente: INEI – ENDES.  
Elaboración: Propia.

La situación de anemia infantil por provincias es crítica, para el año 2015 según el INS y la DIRESA más del 70% de niños menores de tres años en las provincias de Cusco, Espinar, Acomayo presentaban anemia. Las provincias con menor porcentaje de anemia infantil son La Convención 39% y Calca 45%, sin embargo todavía son cifras alarmantes dada la trascendencia de esta condición que afecta el normal desarrollo cerebral.

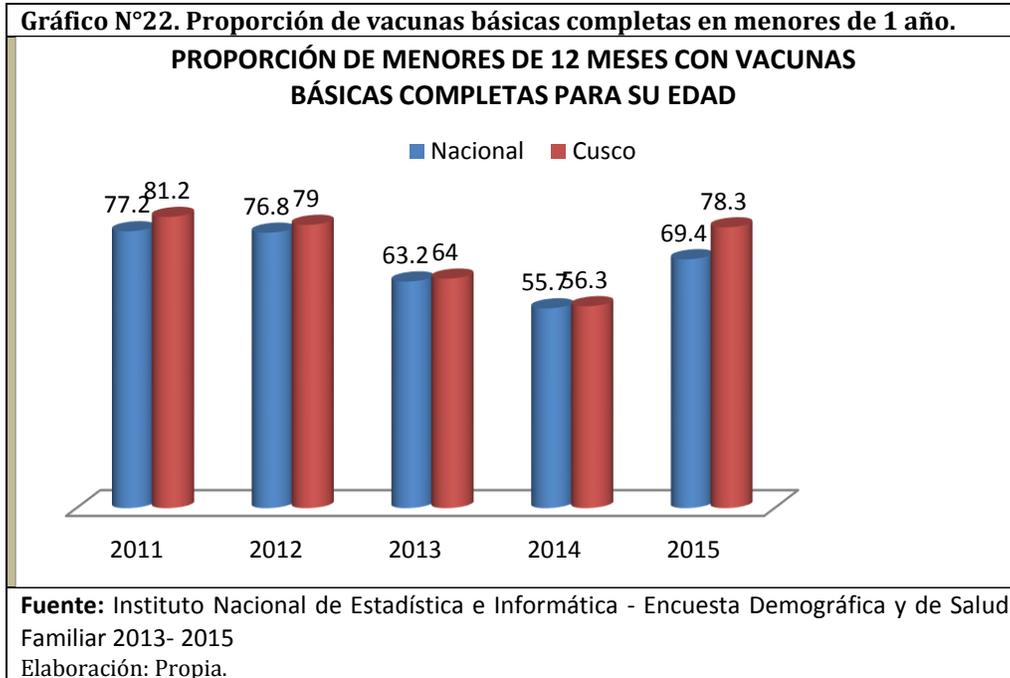
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Acomayo</b>	9.01%	4.68%	66.03%	46.65%	71.37%
<b>Anta</b>	15.91%	7.60%	7.34%	53.53%	50.32%
<b>Calca</b>	20.64%	22.75%	18.43%	54.82%	45.92%
<b>Canas</b>	14.29%	5.21%	80.31%	77.33%	61.60%
<b>Canchis</b>	15.19%	4.33%	57.17%	71.07%	65.13%
<b>Chumbivilcas</b>	15.38%	21.53%	49.51%	65.29%	66.36%
<b>Cusco</b>	24.35%	15.39%	19.45%	76.35%	71.06%
<b>Espinar</b>	10.96%	6.26%	88.28%	86.75%	73.66%
<b>La Convención</b>	34.98%	34.49%	42.93%	39.70%	39.97%
<b>Paruro</b>	15.68%	12.40%	56.46%	71.41%	68.50%
<b>Paucartambo</b>	16.29%	14.89%	18.35%	74.69%	59.61%
<b>Quispicanchi</b>	22.04%	12.34%	52.50%	65.59%	63.66%
<b>Urubamba</b>	30.48%	20.47%	14.47%	58.88%	50.54%
<b>Total DIRESA</b>	<b>22.28%</b>	<b>17.04%</b>	<b>32.53%</b>	<b>64.23%</b>	<b>59.55%</b>

Fuente: sistema informático del estado nutricional (SIEN)/DIRESA Cusco 2015.

Finalmente, en el tema nutricional sigue siendo una preocupación el promedio de meses de lactancia materna exclusiva a pesar de la mejora en los indicadores de desnutrición. En la última ENDES del 2012 el promedio de meses de lactancia materna exclusiva para el Departamento del Cusco se encuentra en 3,9 meses, debiendo estar alrededor de los 6 meses. En este caso, se encuentra por debajo del promedio de la sierra (5,3 meses) e incluso por debajo de los promedio nacionales (4,4 meses). Es importante recordar que apostar por la lactancia materna exclusiva es una de las estrategias más costo-efectiva para disminuir la mortalidad infantil.

#### **e. Cobertura de vacunaciones**

La cobertura de vacunaciones, en general, ha aumentado en el Cusco para el menor de un año, como se observa en el Gráfico N° 22. En el Cusco, casi 8 de cada 10 niñas y niños menores de 1 año tienen sus vacunas completas lo cual es positivo, pero aún se encuentra todavía lejos de lo ideal.

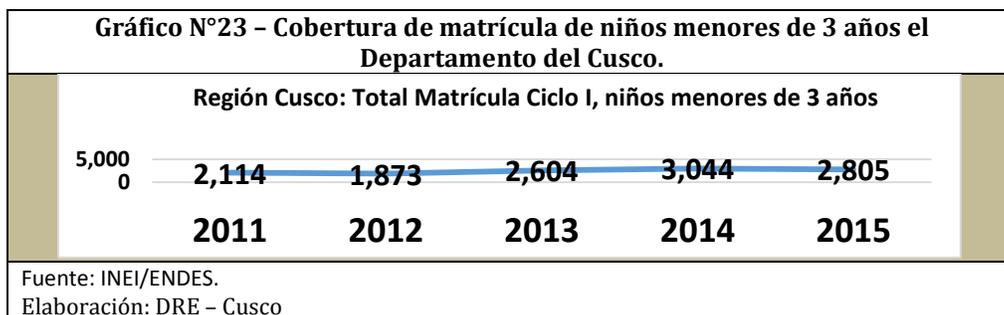


En cuanto a la cobertura de vacunación de menores de 1 año con neumococo y rotavirus, las coberturas para el año 2015 se han incrementado para llegar hasta el 85,7% de niños vacunados, como sabemos estas vacunas son esenciales porque previenen IRAS y EDAS, principales causas de morbi mortalidad infantil.

Algunos indicadores negativos sin embargo en la atención integral de niños menores de 3 años es la cobertura del Control de Crecimiento y Desarrollo para su edad, el cual para el año 2015 fue de 60,9% mientras que el porcentaje de niños y niñas menores de 3 años que recibieron los multimicronutrientes para prevenir la anemia fue apenas de 37,9%.

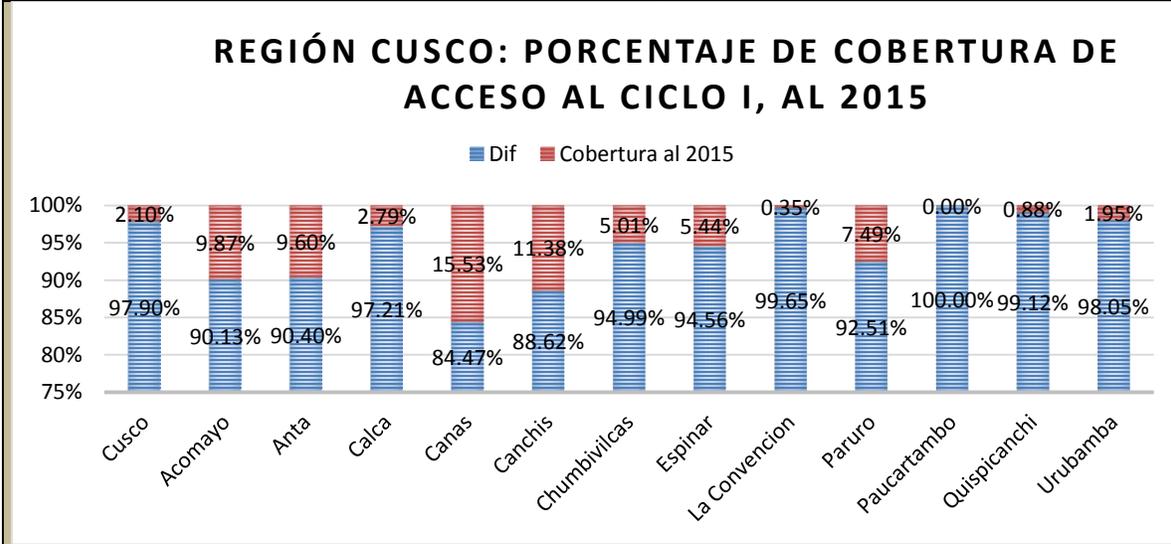
**f. Cobertura de matrícula de niños menores de 3 años (educación temprana)**

Según el padrón nominal de niños y niñas menores de cinco años que maneja el RENIEC, para agosto del 2015 existen registrados 91679 niños y niñas entre 0 y 3 años de edad. El promedio de niños matriculados en I ciclo de educación temprana ha ido fluctuando entre 2114 el año 2011 y lleando hasta 2805 el año 2015, lo cual representa que unicamente el 3.1% de niños menores de 3 años están accediendo a servicios de educación temprana en la región Cusco.



La cobertura de acceso al ciclo I, según la Dirección Regional de Educación Cusco para el año 2015, varía en las provincias del departamento, así tenemos que la provincia de Canas tiene un 15% de cobertura, mientras que Paucartambo se encuentran en un 0% de cobertura, La Convención 0.35% y Quispicanchis 0,8%, siendo preocupante esta situación que debería garantizar las condiciones de aprendizaje temprano para la primera infancia en el departamento.

Gráfico N°23 – Cobertura de acceso al ciclo I al 2015 por provincias - Cusco.



Fuente: DRE – Cusco  
Elaboración: DRE – Cusco

De los pocos niños que acceden al ciclo I de educación, podemos observar que existe un mayor número de niños varones accediendo a este servicio (1407), comparativamente con el número de niñas matriculadas (1398) en el departamento para el año 2015.

Gráfico N°23 – Cobertura de matrícula de ciclo I, 2011 – 2015, el Departamento del Cusco.



Fuente: Elaboración: DRE – Cusco 2016.

**g. Cobertura de matrícula de 3 a 5 años**

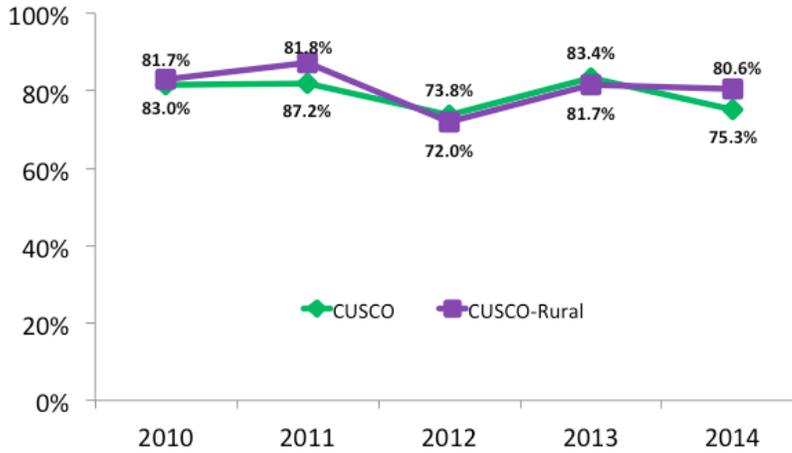
En el Pacto de Lamay firmado en 2013, el gobierno y los gobiernos locales se comprometieron en mejorar las condiciones de atención integral de la infancia en sus territorios, entre estas metas se incluyeron: la reducción de la anemia y desnutrición infantiles, el acceso a saneamiento básico y agua segura, a la identidad y a la educación inicial. Desde entonces el MIDIS mediante su programa Cuna Mas ha impulsado servicios de educación y cuidado del niño menor de 3 años, asimismo se han propuesto metas e incentivos para que los municipios inviertan en Centros de Vigilancia Comunal donde se realicen estas sesiones de cuidado y atención del niño menor de 3 años. En el caso del Ministerio de Educación los PRONOEIs han pasado a ser servicios de educación temprana de I ciclo, todas estas iniciativas sin embargo se encuentran recién implementándose de manera focalizada en algunos distritos de la región.

Según la DREC para el año 2015, la cobertura de educación de nivel inicial es de 86.81%, sin embargo esta cifra disminuye en niños indígenas a 72,1%. La asistencia de niños al servicios educativo es en promedio de 81.4%.

<b>Indicador</b>	<b>Línea Base</b>	<b>Meta 2016</b>	<b>Dato 2015</b>
Tasa de cobertura para el I Ciclo de la EBR.	1.4 (Escale 2010)	15%	3.81%
Tasa de cobertura del nivel inicial	75.2% (Escale 2010)	90%	86.81%
Tasa de cobertura de población indígena al nivel inicial (3 a 5 años)	49% (Escale 2006)	75%	72.1%
Tasa neta de asistencia de niños y niñas entre 3 a 5 años al servicio educativo	69.2% (Escale 2010)	85%	81.4%
Gasto Público en IIEE Nivel inicial por alumno.	S/.1,189 (Escale 2010)	S/.1,445	S/.3,243

Existen serias dificultades principalmente en los procesos de contratación de docentes para las zonas rurales y amazónicas del departamento, debido a la política salarial, a las condiciones geográficas, así como a la brecha existente en el número de profesionales con la especialidad de educación inicial existente en nuestra región.

### Cobertura educativa en niños y niñas entre 3 y 5 años

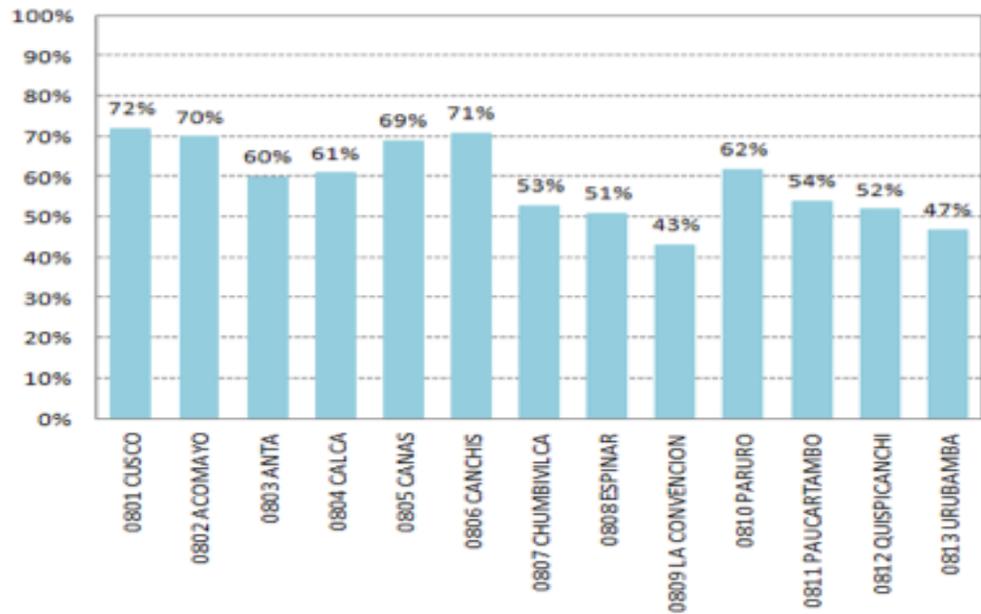


La proporción de niños y niñas entre 3 y 5 años que asiste a Educación Básica Regular es menor a la meta nacional propuesta

Fuente: INEL ENAHO 2010- 2014

La cobertura en educación inicial en menores de 3 años de quintiles 1 y 2 en Cusco está en 56%, siendo las provincias de La Convención, Urubamba y Quispicanchi las de menor porcentaje.

### COBERTURA EN EDUCACIÓN INICIAL EN NIÑOS DE 3 AÑOS EN QUINTILES 1 Y 2



**h. Cobertura de Documento Nacional de Identidad (DNI) en niñas y niños menores de 5 años**

La cobertura de DNI en niñas y niños de 0 a 5 años en el Departamento del Cusco, se encuentra en torno al 85%. De acuerdo al indicador del Programa Articulado Nutricional, para el año 2015 en la región Cusco la proporción de niños menores de cinco años de edad inscritos en la Municipalidad llega al 95.6%, lo que indica la mejora de este indicador en los últimos años.

A nivel de las provincias, la situación de cobertura de DNI en menores de cinco años mantiene diferencias marcadas, en general las provincias como Cusco, Anta, Calca y Urubamba mantienen coberturas similares por distritos por encima de 95%, sin embargo hemos querido presentar la situación por distritos en las demás provincias porque en algunos casos su cobertura es incluso menor a 70% como es el caso del distrito de Ccarhuayo en Quispicanchis que tiene únicamente un 69% de cobertura de DNI, siendo el nivel más bajo a nivel de todo el departamento de Cusco.

**Cuadro Nro. Cobertura de DNI en niños menores de 5 años por distritos y provincias Cusco al 2016.**

PROVINCIA/ DISTRITO	EIDADES						Total general	% cobertura DNI
	0	1	2	3	4	5		
<b>ACOMAYO</b>	<b>249</b>	<b>257</b>	<b>355</b>	<b>412</b>	<b>440</b>	<b>489</b>	<b>2202</b>	<b>94.8</b>
ACOPIA	19	20	35	34	28	32	168	<b>85.7</b>
<b>ANTA</b>	<b>539</b>	<b>884</b>	<b>1071</b>	<b>951</b>	<b>1050</b>	<b>1069</b>	<b>5564</b>	<b>98.4</b>
<b>CALCA</b>	<b>825</b>	<b>1030</b>	<b>1249</b>	<b>1279</b>	<b>1240</b>	<b>1305</b>	<b>6928</b>	<b>96.1</b>
<b>CANAS</b>	<b>504</b>	<b>560</b>	<b>598</b>	<b>563</b>	<b>593</b>	<b>597</b>	<b>3415</b>	<b>93.2</b>
CHECCA	62	123	90	97	85	96	553	<b>82.3</b>
KUNTURKANKI	68	84	108	91	111	95	557	<b>88.2</b>
<b>CANCHIS</b>	<b>1667</b>	<b>1542</b>	<b>1622</b>	<b>1653</b>	<b>1720</b>	<b>1766</b>	<b>9970</b>	<b>98.7</b>
TINTA	28	80	81	81	76	86	432	<b>89.4</b>
<b>CHUMBIVILCAS</b>	<b>1068</b>	<b>1152</b>	<b>1280</b>	<b>1320</b>	<b>1250</b>	<b>1476</b>	<b>7546</b>	<b>92.1</b>
SANTO TOMAS	434	453	478	454	403	489	2711	<b>89.1</b>
<b>CUSCO</b>	<b>11232</b>	<b>9087</b>	<b>7841</b>	<b>7501</b>	<b>7134</b>	<b>7181</b>	<b>49976</b>	<b>99.5</b>
<b>ESPINAR</b>	<b>1119</b>	<b>1070</b>	<b>1233</b>	<b>1240</b>	<b>1206</b>	<b>1245</b>	<b>7113</b>	<b>96.0</b>
ALTO PICHIGUA	23	34	43	36	43	34	213	<b>88.7</b>
OCORURO	12	16	16	28	31	26	129	<b>85.3</b>
PALLPATA	73	78	140	126	97	121	635	<b>79.8</b>
<b>LA CONVENCION</b>	<b>2792</b>	<b>3112</b>	<b>3412</b>	<b>3555</b>	<b>3484</b>	<b>3495</b>	<b>19850</b>	<b>92.4</b>
ECHARATI	267	798	1047	1219	1143	1125	5599	<b>89.0</b>
KIMBIRI	443	426	488	375	369	410	2511	<b>86.8</b>
VILCABAMBA	119	204	191	183	206	214	1117	<b>86.8</b>
VILLA KINTIARINA	5						5	0.0
<b>PARURO</b>	<b>185</b>	<b>348</b>	<b>433</b>	<b>433</b>	<b>505</b>	<b>528</b>	<b>2432</b>	<b>90.5</b>
CCAPI	15	32	49	42	80	74	292	<b>89.5</b>
PACCARITAMBO	8	19	26	24	33	23	133	<b>87.2</b>
PARURO	23	36	36	53	46	64	258	<b>86.5</b>
<b>PAUCARTAMBO</b>	<b>523</b>	<b>732</b>	<b>1043</b>	<b>1048</b>	<b>1092</b>	<b>1141</b>	<b>5579</b>	<b>99.2</b>
COLQUEPATA	129	205	192	204	214	216	1160	<b>89.1</b>
HUANCARANI	38	72	229	218	192	229	978	<b>84.7</b>
<b>QUISPICANCHI</b>	<b>1459</b>	<b>1651</b>	<b>1978</b>	<b>2005</b>	<b>1963</b>	<b>2162</b>	<b>11218</b>	<b>97.5</b>
CCARHUAYO	56	55	58	61	61	58	349	<b>69.0</b>
CCATCA	314	309	347	355	341	399	2065	<b>80.5</b>
OROPESA	142	144	177	180	187	210	1040	<b>89.2</b>
<b>URUBAMBA</b>	<b>763</b>	<b>865</b>	<b>1218</b>	<b>1171</b>	<b>1177</b>	<b>1136</b>	<b>6330</b>	<b>95.2</b>
<b>Total general</b>	<b>22925</b>	<b>22290</b>	<b>23333</b>	<b>23131</b>	<b>22854</b>	<b>23590</b>	<b>138123</b>	<b>95.6</b>

Fuente: RENIEC – GRIAS agosto 2016 (fuente Padrón Nominal).

Los indicadores tratados en este capítulo buscan ilustrar la situación de la población estudiada durante sus primeros años de vida. Se hace énfasis en temas de mortalidad

(materna y perinatal), desnutrición, vacunación, documentación y educación inicial. Parte importante de la exposición implica comparar los alcances de los indicadores en relación a la situación a nivel nacional.

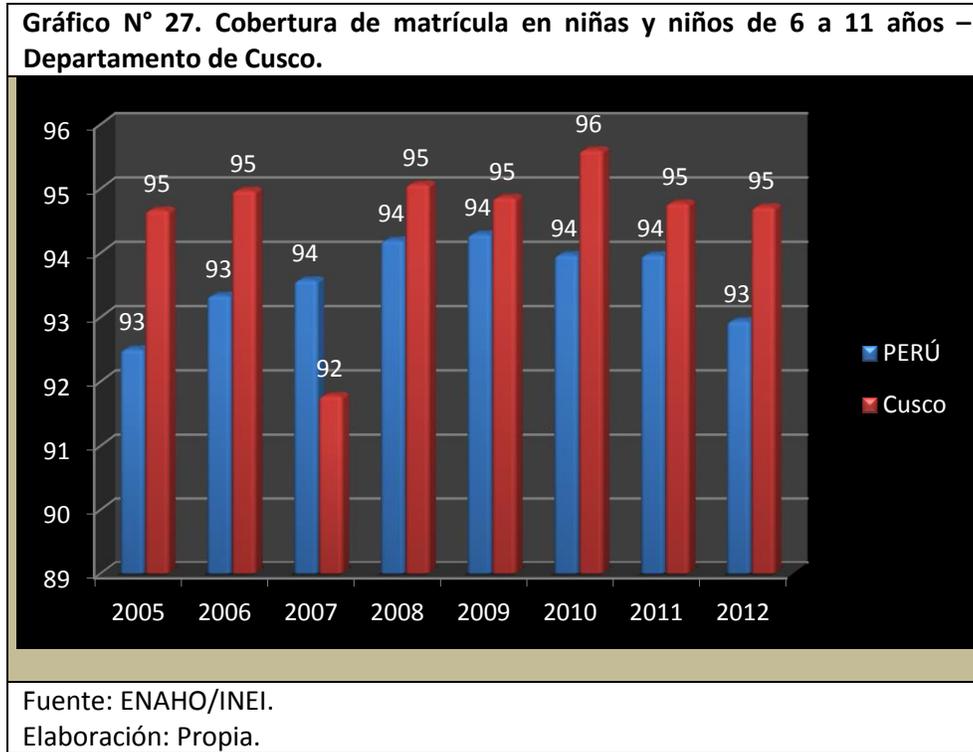
En torno a la problemática en niñas y niños de 0 a 5 años, podemos resumir:

- La mortalidad materna en los últimos cuatro años permanece estacionaria, a pesar de que el porcentaje de partos institucionales se ha incrementado, pero el porcentaje de partos verticales ha disminuido.
- La mortalidad perinatal ha disminuido, pero la mayoría de perinatos que fallecen son a término y la tercera parte fallece en su casa.
- La desnutrición crónica en menores de 5 años ha disminuido en la misma medida que el nivel nacional. Todavía 1 de cada 4 niñas y niños menores de 5 años son desnutridos. Además, 6 de cada 10 niñas y niños de 6 a 36 meses presentan algún grado de anemia y esta tasa no se ha revertido en los últimos cinco años.
- La cobertura de vacunaciones se encuentra por debajo de los niveles óptimos en Cusco (87% para el año 2015) y en peor situación se encuentra el Control CRED de acuerdo a la edad del niño que apenas llega al 65%.
- La cobertura de matrícula para las niñas y niños menores de 3 años es alrededor del 3%, está por debajo del nivel nacional. De igual manera, la cobertura de matrícula para niñas y niños de 3 a 5 años está por debajo del nivel nacional. Los niños tienen una mayor cobertura que las niñas.
- La cobertura del DNI para niñas y niños de 0 a 5 años en el Departamento de Cusco ha mejorado hasta llegar al 95.6%, sin embargo existen brechas en algunas provincias cuya cobertura se encuentra por debajo del 70%. Los niños tienen una mayor cobertura que las niñas.

## **2.3 ETAPA DE VIDA DE 6 A 11 AÑOS**

### **a. Cobertura de matrícula en población primaria (6 a 11 años)**

La cobertura escolar en educación primaria es el número de matriculados en este nivel; que se encuentran en el grupo de 6 a 11 años de edad. En el Gráfico N° 27 se puede observar que el porcentaje de cobertura en Educación Primaria se ha mantenido estable en los últimos 8 años por encima del promedio nacional, salvo en el 2007.



Según la ENAHO 2006 (no existe variación entre el porcentaje de matriculados en el 2006 y el 2012), el número de niñas y niños con edades de 6 a 11 años que no participan en el sistema educativo está alrededor del 5%. Este grupo excluido se caracteriza por vivir en un distrito pobre (primer o segundo quintil, según índice de carencias de FONCODES), vivir en el área rural, tener el centro de Educación Primaria más cercano a más de una hora de su hogar, hablar una lengua indígena, presentar alguna discapacidad, sufrir una enfermedad crónica y ser de sexo femenino<sup>5</sup>.

### b. Asistencia escolar

El panorama es positivo en lo que respecta a la asistencia escolar ya que, según información obtenida en el INEI, ha habido un incremento en la asistencia escolar en los niveles de Educación Primaria y Educación Secundaria desde el año 2006 al 2011.

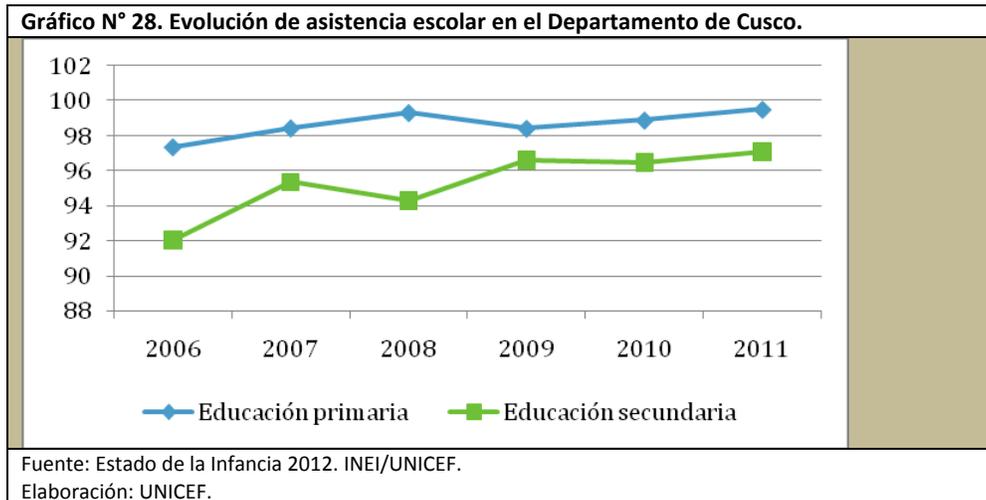
**Tabla N°9. MATRÍCULA ESCOLAR EN EBR POR NIVEL EDUCATIVO, 2010 - 2014 en el Departamento de Cusco.**

<sup>5</sup>En Género no es estadísticamente significativo.

Año	Inicial (0-5)	%	Primaria	%	Secundaria	%	Total
2010	62,699	16%	192,150	50%	126,388	33%	381,237
2011	57,990	16%	181,404	50%	126,884	35%	366,278
2012	57,328	16%	171,857	49%	122,575	35%	351,760
2013	60,775	17%	163,157	47%	126,338	36%	350,270
2014	66,318	19%	157,232	45%	125,903	36%	349,453

Fuente: Ministerio de Educación - Censo Escolar 2010-2014  
Tomado del documento prospectivo del Plan Estratégico de Desarrollo Regional Cusco 2016 - 2030.

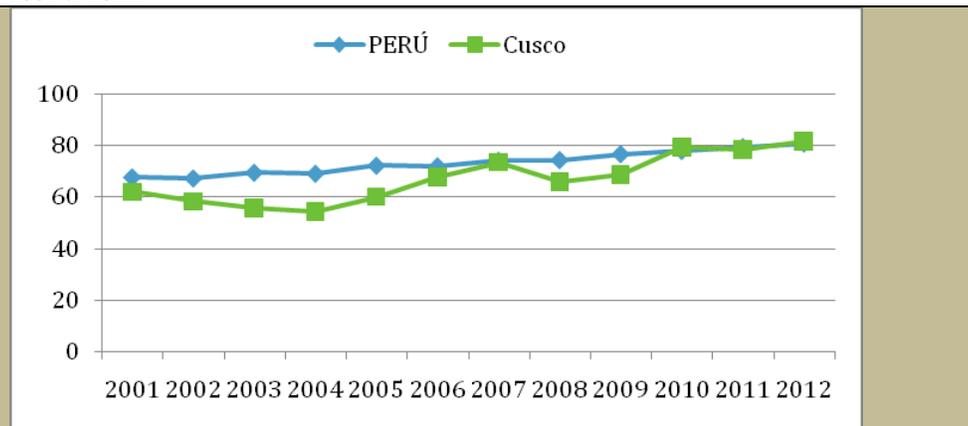
En el siguiente Gráfico se observa la evolución de la asistencia escolar desde el año 2006 al 2011. En el caso del nivel primario, la asistencia escolar de los niños y niñas matriculados se ha incrementado desde un 97.37% en el año 2006 a un 98.45% en el 2007 y un 99.33% en el año 2008; descendiendo luego a un 98.43% en el año 2009, y posteriormente incrementándose a un 98.9% en el 2010 y a un 99.52% en el año 2011.



### c. Culminación de educación oportuna del nivel primario

Según el Ministerio de Educación (MINEDU), como se observa en el Gráfico N° 29, el porcentaje para el año 2012 es mayor inclusive al promedio nacional (81%) y es recién, en los últimos 3 años, que se iguala el nivel nacional.

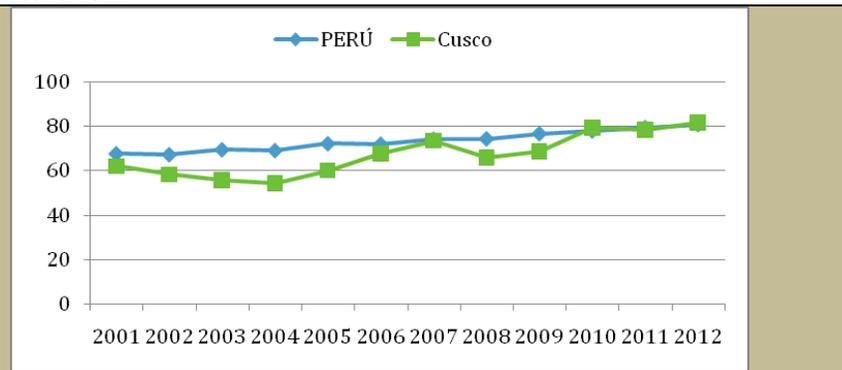
**Gráfico N° 29. Tasa de culminación oportuna de nivel primario en el Departamento de Cusco – 2001 al 2012.**



Fuente: INEI- Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2012.  
Elaboración: Propia.

En cuanto a género, las estadísticas nacionales muestran (como se observa en el Gráfico N° 30) que un mayor porcentaje de niñas que niños terminan oportunamente la primaria (79% vs 77%). A nivel del Departamento del Cusco, los porcentajes son semejantes (80.4% vs. 77.1%) y a favor de la niña nuevamente. En el nivel urbano esta diferencia se incrementa a 95% vs 88%, pero en el nivel rural esta diferencia casi desaparece, aunque resulta ligeramente a favor de las niñas (69.9% vs 69.1%).

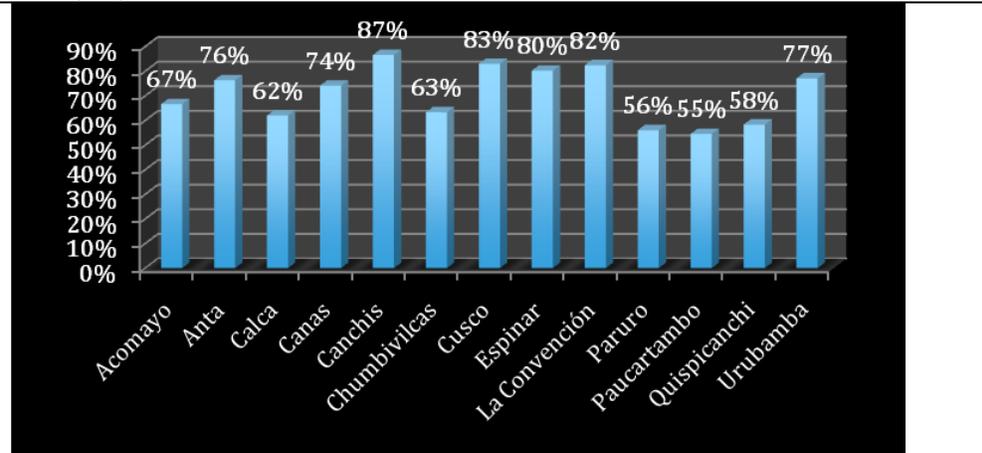
**Gráfico N° 29. Tasa de culminación oportuna de nivel primario en el Departamento de Cusco – 2001 al 2012.**



Fuente: INEI- Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2012.  
Elaboración: Propia.

Si hacemos un análisis de la tasa de culminación oportuna de Educación Primaria por provincias, se hacen más evidentes las inequidades existentes, como podemos observar en el Gráfico N° 31. Existen provincias en donde la tasa está por encima del 80% como Canchis, Cusco y La Convención, y, por el contrario, provincias que se encuentran por debajo del 60% como Paruro, Paucartambo y Quispicanchi, donde 4 de cada 10 niñas y niños no culminan la Educación Primaria oportunamente.

Gráfico N° 31. Tasa de conclusión oportuna de Educación Primaria en el Departamento de Cusco por provincias – 2011.



Fuente: ENAHO 2011.  
Elaboración: Propia.

#### d. Logros de aprendizaje de acuerdo a la Evaluación Censal de Estudiantes (ECE)

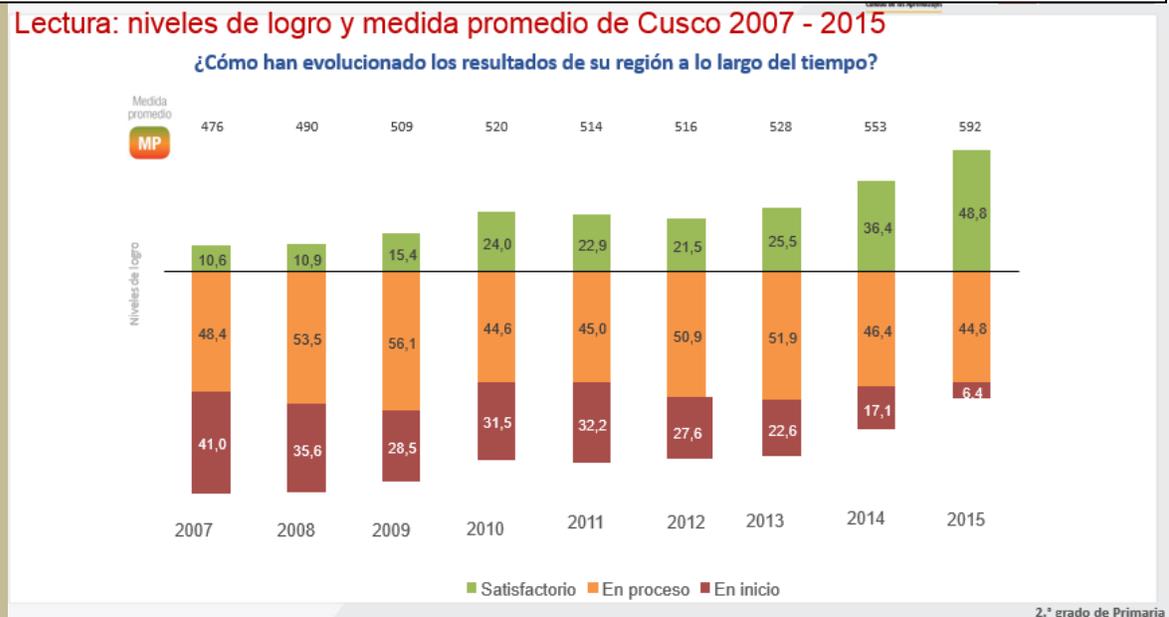
La Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) consiste en la aplicación de pruebas estandarizadas a estudiantes, tanto, de segundo grado de primaria, estudiantes de cuarto grado de primaria que tienen una lengua materna originaria distinta al castellano y asisten a una escuela de Educación Intercultural Bilingüe (EIB), y a partir del año 2015 a estudiantes de segundo grado de secundaria.

##### i. Niveles de logro en Comprensión Lectora

A nivel de la región Cusco, en comprensión lectora se ha observado una mejoría en los resultados ECE en los últimos cinco años, pasando de 22,9% a 48,8% de alumnos del segundo grado que se encuentran en nivel satisfactorio, la brecha de alumnos en situación de inicio ha pasado de 32.2 en el 2011 a 6.4 en el año 2015, reduciendo la brecha en 25.5 puntos porcentuales a nivel regional.

Los niveles de logro en nivel satisfactorio, entre IE públicas y privadas marcan una marcada diferencia en comprensión lectora, mientras que las IE privadas tienen un logro de 67% las IE públicas solo llegan al 44%. La brecha persiste también entre IE urbanas (57%) e IE rurales (15%).

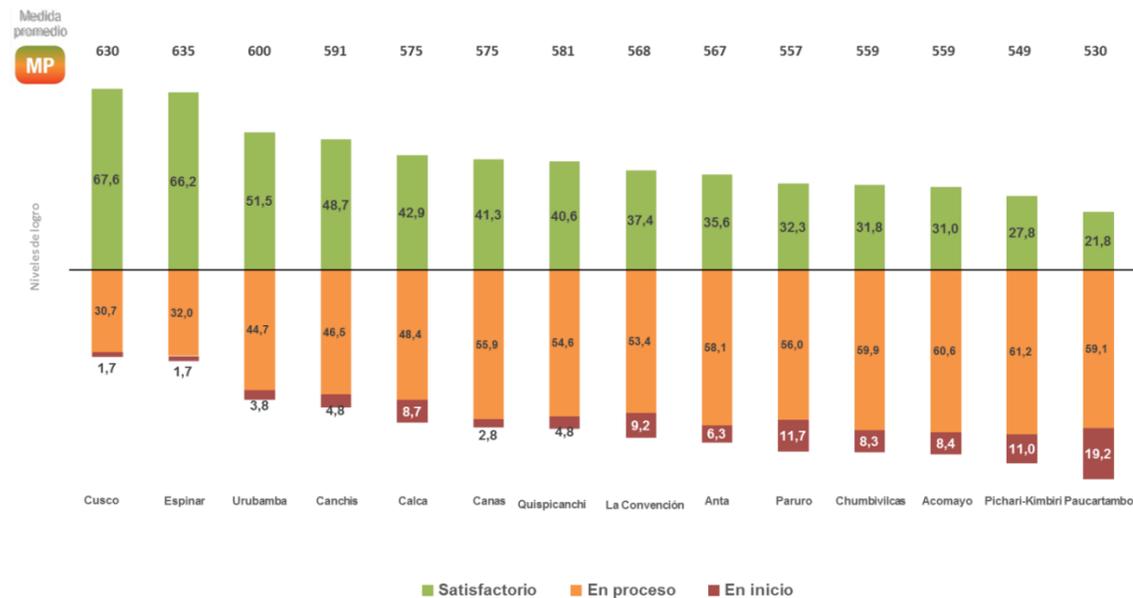
**Gráfico N° 32. Resultados de Comprensión Lectora para Segundo Grado en el Departamento de Cusco 2007 – 2015.**



Fuente: Evaluación censal de estudiantes 2012- MINEDU.  
Elaboración

Los resultados por provincias nos muestran que para el año 2015 existen importantes mejoras en las provincias de Cusco y Espinar, sin embargo provincias como Paucartambo mantienen niveles de comprensión lectora por debajo del 25% en nivel satisfactorio.

**Gráfico Nro. Nivel de logros en comprensión lectora en la región Cusco por provincias- 2015**

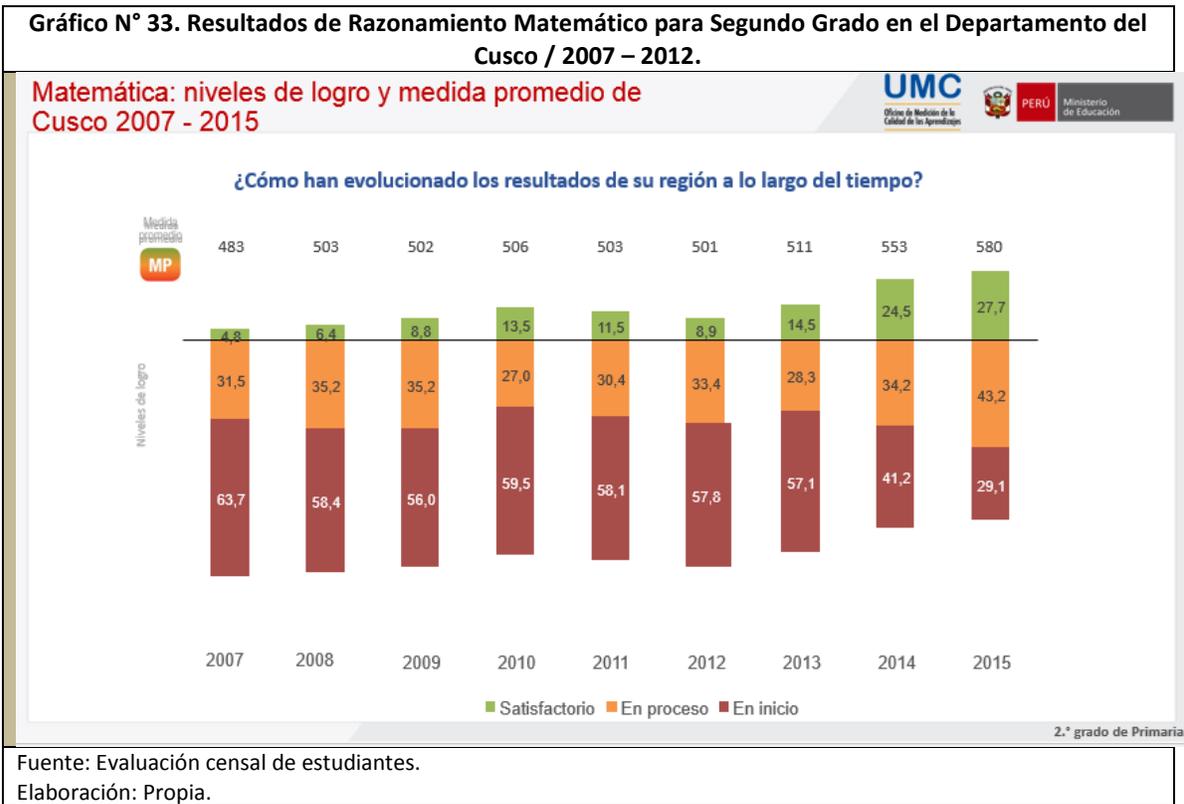


Fuente: Oficina de Medición de la calidad del Aprendizaje – MINEDU 2016.

ii. Niveles de logro en Matemáticas

A nivel regional en matemáticas tenemos 27,7% de niños en situación de satisfactorio, 43% en proceso y 29% en inicio, cifras muy parecidas al promedio nacional. A nivel regional el año 2011 teníamos 58% de niños en nivel de inicio, el año 2015 este promedio se redujo a 29,1%, reduciendo un total de 29 puntos porcentuales en los últimos cinco años.

Los niveles de logro en nivel satisfactorio, entre IE públicas y privadas marcan una diferencia positiva en un punto para IE estatales frente a IE privadas (28 y 27% respectivamente). Sin embargo la brecha persiste entre IE urbanas (32%) e IE rurales (8%).



Las provincias con los mejores resultados de desempeño son Espinar, Cusco, Urubamba y Canchis; los peores resultados de desempeño se encuentran en las provincias de Acomayo, Pichari – Quimbiri (La Convención) y Chumbivilcas, donde en promedio no supera el 20% de alumnos en nivel satisfactorio.

**Gráfico 2. Nivel de logros en matemáticas en la región Cusco por provincias - 2015**

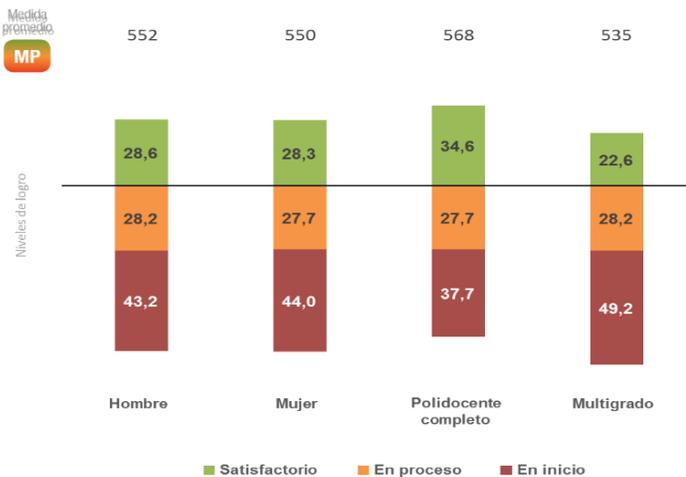


Fuente: Oficina de Medición de la calidad del Aprendizaje – MINEDU 2016.

### iii. Logros en escuelas EIB 2015

El 28% de niños de escuelas EIB se encuentran en nivel satisfactorio de logro del castellano como segunda lengua, mientras que un 28% se encuentran en proceso y 43% en inicio.

Las IE Polidocentes tienen un mejor logro (34,6%) frente a las IE multigrado (22,6%). No existen diferencias significativas por sexo del estudiante.



Fuente: Oficina de Medición de la calidad del Aprendizaje – MINEDU 2016.

En conclusión, en el ciclo de vida que comprende entre los 6 y 11 años, se puede afirmar que:

- El porcentaje de cobertura en Educación Primaria se ha mantenido estable en los últimos 8 años, por encima del promedio nacional, salvo en el 2007.
- Hay un incremento en la asistencia escolar en los niveles de Educación Primaria entre los años 2006 y 2011.
- La tasa de culminación oportuna de nivel primario (entre los 12 y 13 años) para el departamento del Cusco es de 82%.
- Si bien existe una alta variabilidad en la culminación oportuna por provincias, puede evidenciarse una mejora y acercamiento al promedio nacional.
- Sólo un 22% de los estudiantes lograron un nivel satisfactorio en su rendimiento en Comunicación. Por otro lado, sólo el 9% tenían dicho rendimiento en Matemáticas.

## 2.4 ETAPA DE VIDA DE 12 A 17 AÑOS

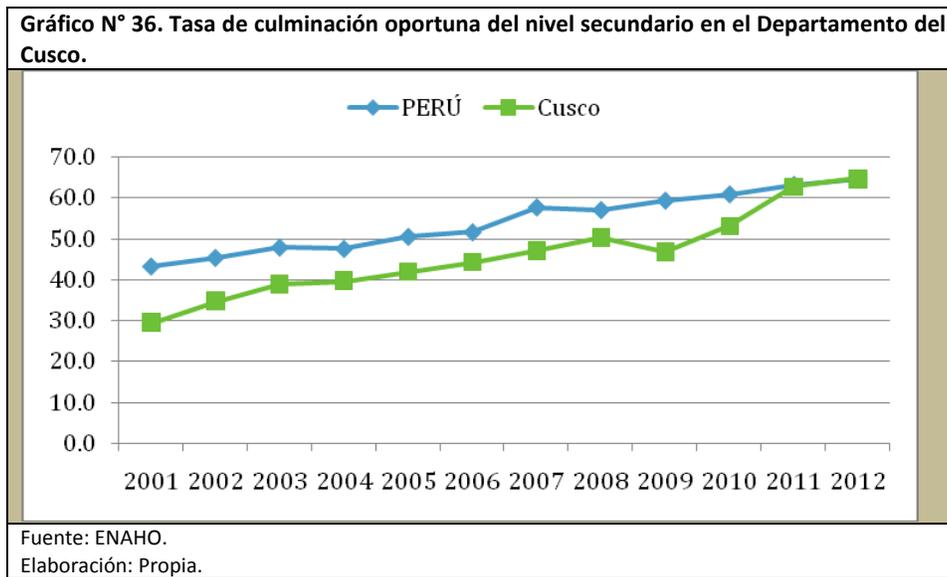
### a. Cobertura de matrícula en población secundaria (12 -16 años)

Se define como el número de matriculados en Educación Secundaria que se encuentran en el grupo de edades que teóricamente corresponde al nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población total de dicho grupo de edades. Como se puede observar en el Gráfico N° 35, la cobertura se ha ido incrementando hasta estar por encima del promedio nacional.



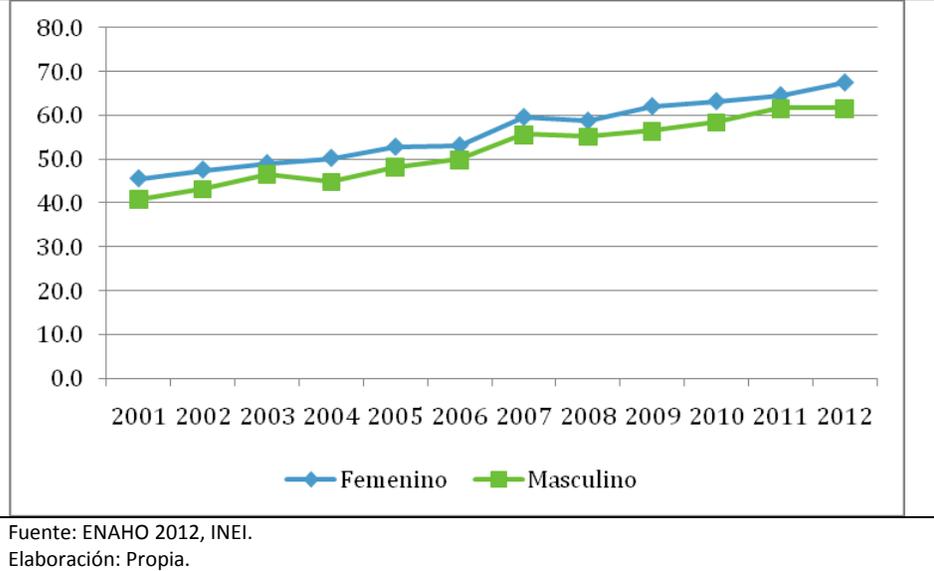
**b. Culminación de educación oportuna del nivel secundario**

Según el MINEDU, como se observa en el Gráfico N° 36, la tasa de culminación oportuna (entre los 17 y 18 años) de nivel secundario en el Departamento del Cusco para el año 2012, es de 64.7%. El porcentaje para el año 2012 es mayor inclusive al promedio nacional –que es de 64.5%– y es, recién en el último año, que se iguala al nivel nacional. En el 2001 existían casi 15 puntos porcentuales de diferencia entre Cusco y el nivel nacional; esta brecha ha desaparecido en el 2012. Sin embargo, existen departamentos cercanos al 80% como Ica, Arequipa, Moquegua y Tacna.



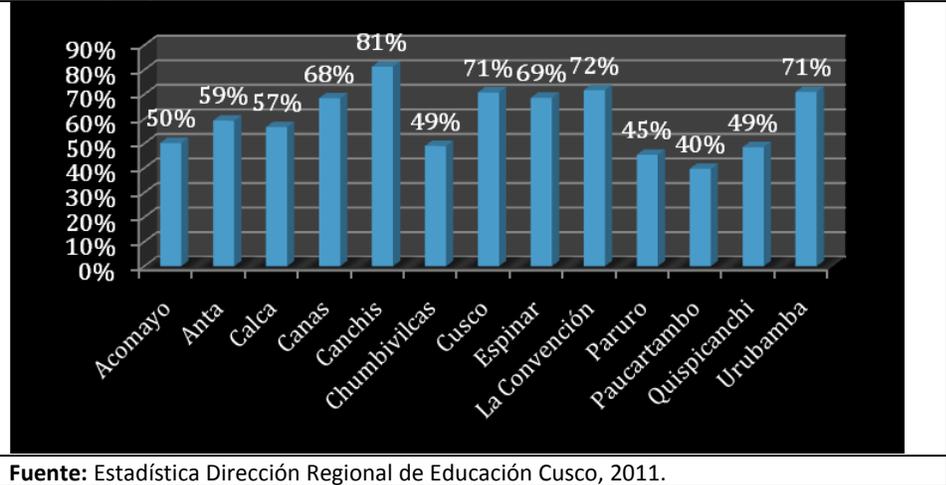
En cuanto a Género, las estadísticas nacionales muestran, como se observa en el Gráfico N° 37, que una proporción mayor de mujeres que de varones terminan oportunamente la Educación Secundaria (67.5% vs 61.6%). A nivel del Departamento del Cusco, esta relación se invierte, siendo un mayor porcentaje de varones que de mujeres quienes culminan oportunamente la Educación Secundaria (64.4% vs. 61.9%). En el nivel urbano, esta diferencia nuevamente se invierte a favor de las mujeres (80% vs 65%), pero en el nivel rural esta diferenciase vuelve a invertir a favor de los varones (61% vs 48%).

**Gráfico N° 37. Tasa de culminación oportuna de nivel secundario por Género en el Departamento de Cusco.**



Si evaluamos la tasa de culminación oportuna del nivel secundario por provincias, como se observa en el Gráfico N° 38, se evidencia las diferencias que existen entre algunas provincias cuyas tasas se encuentran por encima del 70%, como Canchis, La Convención, Cusco y Urubamba, y otras cuyas tasas se encuentran por debajo del 50%, como Paucartambo, Paruro, Chumbivilcas y Quispicanchi.

**Gráfico N° 38. Tasa de conclusión oportuna de Educación Secundaria en el Departamento de Cusco por provincias – 2011.**



- i.
- ii.

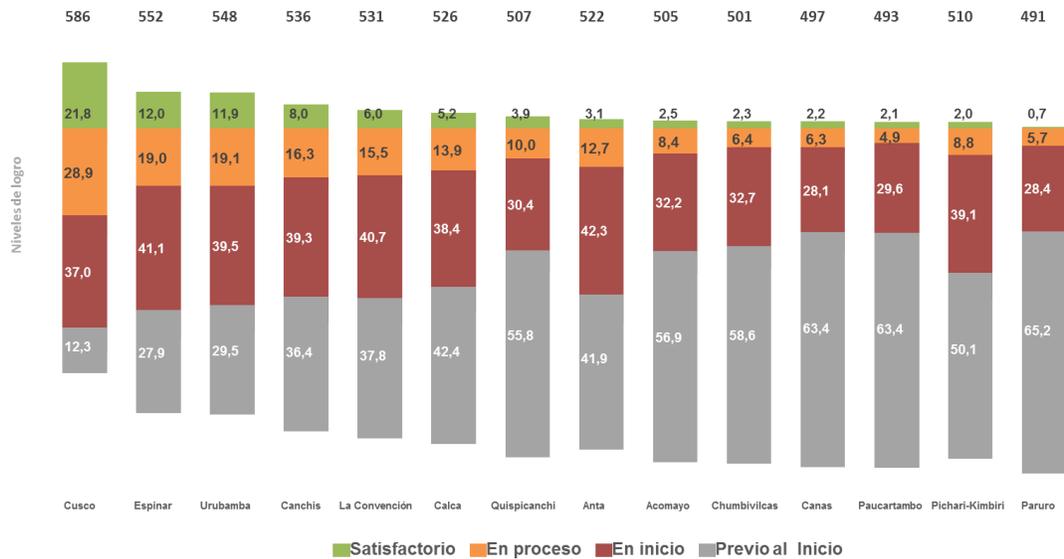
iii. Logros de aprendizaje en nivel secundario

Comprensión lectora en 2do grado de secundaria

El último año se ha incluido en las evaluaciones al 2do grado de nivel secundario. A nivel regional en logros de aprendizaje de lectura, en Cusco solo el 10% de alumnos se encuentran en un nivel satisfactorio (14% nacional) mientras que el 36% se encuentra en inicio y el 35% se encuentran en el previo al nivel inicial.

Los logros presentan diferencias entre los tipos de instituciones educativas, mientras que las IE públicas tienen un 10% de nivel satisfactorio, las IE privadas la duplican con un 25%. La brecha es aún mayor en IE urbanas con 13% en nivel satisfactorio, mientras que a nivel rural es 0% y el 65% de alumnos se encuentran en el previo al inicial.

Lectura: niveles de logro y medida promedio de sus UGEL – 2015



Fuente: Oficina de Medición de la calidad del Aprendizaje – MINEDU 2016.

La UGEL Quispicanchis el año 2015 tiene un 3.9% de alumnos en nivel satisfactorio, 10% en proceso, 30% en inicio y 55% en previo al inicio.

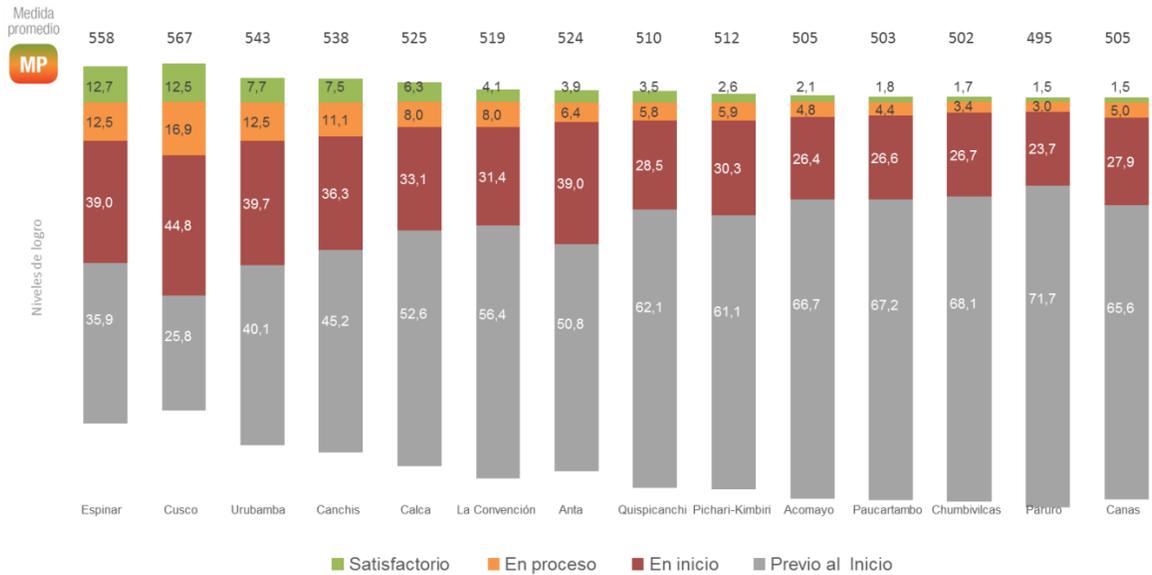
Matemáticas en 2do grado de nivel secundario

A nivel regional en logros de matemáticas, en Cusco solo el 7% de alumnos se encuentran en un nivel satisfactorio (9.5% nacional), el 36% se encuentra en inicio y el 46% se encuentran en el previo al nivel inicial.

Los logros presentan diferencias entre los tipos de instituciones educativas, mientras que las IE públicas tienen un 8% de nivel satisfactorio, las IE privadas la duplican con un 14%. La brecha es aún mayor en IE urbanas con 9% en nivel satisfactorio, mientras

que a nivel rural es 1% y el 75% de alumnos se encuentran en el previo al inicial.

### Matemática: niveles de logro y medida promedio de sus UGEL\* – 2015



Fuente: Oficina de Medición de la calidad del Aprendizaje – MINEDU 2016.

### c. Embarazo en adolescentes

En los últimos cinco años se ha venido reduciendo el porcentaje de gestantes adolescentes en el Departamento de Cusco, como se observa en el Gráfico N° 39. Según la DIRESA, en el año 2007 se registró que un 19,2% de gestantes pertenecían al grupo adolescente; esa tasa disminuyó ligeramente a 18,1% en los años 2008 y 2009; los siguientes años se observa una aparente reducción significativa a 8,7% e inclusive se llegó a un 8,2% en el año 2012. Para entender esta repentina disminución del embarazo en adolescentes debemos tener en cuenta que a partir del 2010 la definición de adolescentes<sup>6</sup> que consideraba el embarazo en personas menores de 20 años, pasó a considerar el embarazo en personas menores de 18, años por el enfoque la definición de ciclo de vida, distorsionándose, por lo tanto, la verdadera envergadura del problema.

<sup>6</sup> Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia está comprendida entre los 10 a 19 años.



A nivel provincial, como se puede observar en la Tabla N° 11, el embarazo en adolescentes, por cambio en la definición, aparentemente ha disminuido, como ya fue previamente explicado. Sin embargo, las provincias que continúan presentando los porcentajes de embarazo adolescente más altas son: La Convención con el 12.7% del total de gestantes registradas, seguida por Paruro con 11,1%, Chumbivilcas con 10.4%, Paucartambo con 10.2% y Espinar con 9%. En general, estas provincias presentan acceso restringido a servicios de salud.

**Tabla N° 11. Tasa de embarazo adolescente del Departamento de Cusco por Provincia.**

Provincias	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acomayo	12.5	12.0	11.0	3.6	6.5	6.1
Anta	15.1	13.4	16.3	7.4	6.9	5.8
Calca	18.4	16.9	16.9	6.2	8.8	7.3
Canas	19.0	16.9	16.7	7.9	6.8	7.5
Canchis	17.9	16.8	18.2	7.5	6.2	6.5
Chumbivilcas	17.7	17.0	17.3	11.3	9.4	10.4
Cusco	17.6	16.4	16.4	7.7	6.9	5.5
Espinar	18.7	18.3	21.0	9.5	7.8	9.0
La Convención	27.7	25.2	23.6	12.9	14.1	12.7
Paruro	15.4	16.3	16.9	7.8	8.1	11.1
Paucartambo	23.8	20.8	20.9	10.6	12.4	10.2
Quispicanchi	16.9	18.2	17.9	7.3	7.9	7.8
Urubamba	15.9	16.5	16.6	7.7	8.4	6.5
<b>Total Cusco</b>	<b>19.2</b>	<b>18.1</b>	<b>18.1</b>	<b>8.7</b>	<b>8.7</b>	<b>8.2</b>

Fuente: DIRESA Cusco.  
Elaboración: Propia.

#### **d. Salud sexual y reproductiva**

Si bien no existe información específica sobre los conocimientos y actitudes en relación a la salud reproductiva de los adolescentes en el Departamento de Cusco, la Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana – 2011 (INEI) nos brinda un panorama general y referente sobre la situación en nuestra región.

##### **Planificación del último embarazo**

Con respecto a la planificación del último embarazo, como se observa en la Tabla N° 12, el 76,2% de la población de 15 a 19 años de edad que se embarazó, no lo planificó; en la relación con el porcentaje de población de 15 a 19 años de edad que sí planificaron el último embarazo, en el área rural el porcentaje (27,3%) es mayor que en el área urbana (22,8%).

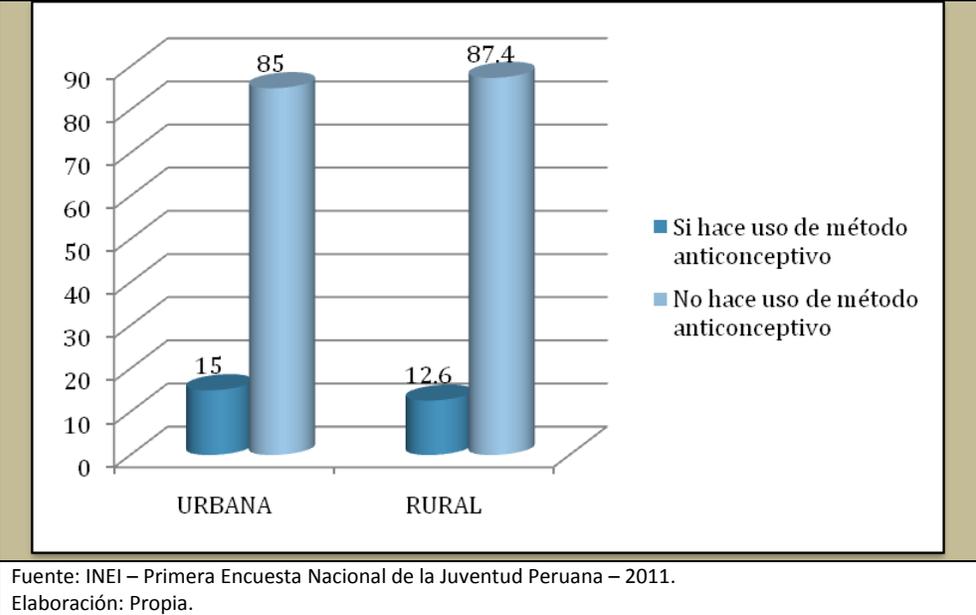
Área urbana / rural	Total		Planificación del último embarazo			
	Nº	%	Sí		No	
			Nº	%	Nº	%
Urbano	209 846	78,0	47 901	22,8	161 945	77,2
Rural	59 183	22,0	16 176	27,3	43 005	72,7
Total	269 029	100,0	64 077	23,8	204 950	76,2

Fuente: INEI – Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana – 2011.  
Elaboración: Propia.

##### **Uso de algún método anticonceptivo**

Sobre el uso de algún método anticonceptivo, como se observa en el Gráfico N° 40, los resultados de la encuesta muestran que la mayoría de adolescentes y jóvenes de la población peruana no hace uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en el área rural. En el área urbana se muestra que solamente el 15% de la población de 15 a 19 años utiliza algún método anticonceptivo, mientras que en el área rural solamente hace uso de algún método anticonceptivo un 12,6%.

**Gráfico N° 39. Porcentaje de población de 15 a 19 años de edad que hace uso de algún método anticonceptivo, según área urbana y rural – 2011.**



**Conocimiento de las formas de contagio de las infecciones de transmisión sexual (ITS y VIH)**

En la Tabla N° 13, los resultados de la encuesta muestran que el 72.4% de las personas de 15 a 19 años de edad manifiestan que una de las formas de contagio es teniendo “relaciones sexuales sin condón”, seguido de un 42,1% que manifiesta que se pueden contagiar por “transfusión sanguínea”. Un 26,2% manifiesta como forma de contagio las relaciones con “distintas parejas sexuales del sexo opuesto”; además, un 21,6% refiere que se puede contagiar por “inyectarse drogas”.

En una encuesta realizada en el 2011 a escolares de los distritos de Santa Ana, Santiago, Urcos y Espinar <sup>7</sup>, sobre conocimientos en transmisión de VIH, el 21,4% tenía conocimientos escasos, el 35,8% tenía conocimientos regulares y sólo 31,4% tenía conocimientos adecuados.

<sup>7</sup>Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana 2011, realizada a 366 escolares de los distritos mencionados. (Encuesta realizada a 366 escolares de los distritos ya descritos en diciembre del 2011)

**Tabla N° 13. Población peruana de 15 a 19 años de edad, por conocimiento sobre las formas de contagio de la infecciones de transmisión sexual –2011.**

Formas de contagio de las ITS / VIH	Total	
	Nº	%
Transfusión sanguínea	1 394 381	42,1
De madre a hijo, durante el embarazo	182 897	5,5
De madre a hijo, durante el nacimiento/parto	85 319	2,6
Relaciones sexuales sin condón	2 398 303	72,4
Distintas parejas sexuales del sexo opuesto	867 278	26,2
Distintas parejas sexuales del mismo sexo	296 339	9,0
Inyectarse drogas	715 427	21,6
Estar en contacto con cualquier persona infectada	498 914	15,1
Otros (incluye falta de higiene, heridas expuestas y compartir agujas infectadas)	92 244	2,8
No sabe / no contesta	147 058	4,4
<b>Total</b>	<b>3 310 939</b>	<b>100,0</b>

Fuente: INEI – Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana 2011.  
Elaboración propia.

### e. Consumo de drogas en adolescentes

Actualmente, los riesgos para la salud de los adolescentes radican principalmente en las conductas de riesgo más que en las causas de origen biomédico. Esto indica que cada vez son más los adolescentes que se inician en la práctica de conductas riesgosas desde edades más tempranas, amenazando su salud y bienestar.

Según el estudio “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010”, realizado por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO)<sup>8</sup>, las drogas más consumidas en el Perú son el alcohol y el tabaco, siendo el alcohol la droga legal de mayor aceptación social. En varias regiones del país se estimula su iniciación en el consumo desde edades tempranas, incluso por debajo de los 10 años de edad. Con respecto al tabaco, es una droga legalmente prohibida en su expendio y consumo para las personas menores de edad, sin embargo estas disposiciones legales son frecuentemente incumplidas.

<sup>8</sup> CEDRO. “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010.” Encuesta de Hogares. Lima – Perú, 2011.

Las drogas ilegales mayormente consumidas en el país son la marihuana, la pasta básica de cocaína (PBC), el clorhidrato de cocaína, así como las anfetaminas y el éxtasis.

Por otro lado, en el IV Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de Educación Secundaria, realizado por DEVIDA y el Ministerio de Educación<sup>9</sup>, se muestra que la prevalencia de consumo de drogas en escolares de 1º a 5º año de Educación Secundaria Regular se ha incrementado considerablemente en los últimos tres años en el Departamento del Cusco, sobre todo el consumo de alcohol y marihuana, como se observa en la Tabla N° 14.

Los resultados del estudio en el Departamento de Cusco, muestran que la prevalencia de vida del consumo de alcohol, es decir, la proporción de adolescentes que alguna vez en su vida consumieron alcohol, se ha incrementado de un 24,5% en el 2009 a un 45,3% en el año 2012. Así mismo, la prevalencia de consumo de alcohol del año o de alguna vez en el último año se incrementó de un 15,9% en el 2009 a un 21,9%, en el 2012 y la prevalencia del consumo del mes se incrementó de 8% a un 10,1% en el 2012.

Con respecto a las drogas ilegales en el Departamento de Cusco, llama la atención el incremento de la prevalencia de vida del consumo de marihuana de un 2,3% en el 2009 a un 5,9% en el 2012. De igual forma, la prevalencia del año se duplicó de un 1,3% a un 3% en el año 2012 y la prevalencia del consumo en el mes se triplicó de 0,6% en el 2009 a un 1,8 en el 2012.

En cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco, el estudio muestra una mínima reducción en los últimos tres años. Sin embargo, es aún alarmante que 24 de cada 100 adolescentes hayan consumido tabaco alguna vez en su vida y que el 14,6% lo hayan consumido alguna vez en el último año.

**Tabla N° 14. Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes de 1º a 5º de Educación Secundaria regular en el Departamento de Cusco.**

---

<sup>9</sup> DEVIDA – MINEDU. IV Estudio Nacional – “Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria – 2012”. Lima – Perú, 2013.

Tipo de Droga	Prevalencia de vida		Prevalencia del año		Prevalencia del mes	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
<b>Drogas legales</b>	<b>32.7</b>	<b>49.3</b>	<b>21.4</b>	<b>26.1</b>	<b>12.1</b>	<b>13.8</b>
Alcohol	24.5	45.3	15.9	21.9	8	10.1
Tabaco	25.4	24.8	15.6	14.6	8.9	8.2
<b>Drogas ilegales</b>	<b>5.8</b>	<b>10.7</b>	<b>2.6</b>	<b>5.5</b>	<b>1.2</b>	<b>2.8</b>
Inhalantes	2.9	3.8	1	1.9	0.5	0.8
Marihuana	2.3	5.8	1.3	3	0.6	1.8
Pasta básica de cocaína	1	1.9	0.5	1	0.3	0.6
Cocaína	1.1	1.8	0.5	1.1	0.3	0.9
Éxtasis	0.8	1.4	0.3	0.8	0.2	0.5
Otras drogas	0.6	1.1	0.2	0.6	0.2	0.2
<b>Drogas médicas</b>	<b>7.8</b>	<b>6.9</b>	<b>3.6</b>	<b>3.7</b>	<b>1.8</b>	<b>2.1</b>
Tranquilizantes	6.1	5.8	2.8	3	1.4	1.8
Estimulantes	3.3	2.4	1.8	1.3	0.9	1

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012.Elaboración: DEVIDA.

En la Tabla N°15 se puede observar la prevalencia de consumo de drogas de acuerdo al sexo. Las mujeres tienen mayor prevalencia de consumo para el alcohol y tranquilizantes que los varones.

**Tabla N° 15. Prevalencia de consumo de drogas según el Género del alumno en el Departamento del Cusco.**

	Masculino	Femenino
<b>Drogas legales</b>	<b>23.5</b>	<b>27.5</b>
Alcohol	17.7	24.6
Tabaco	16.1	13.6
<b>Drogas ilegales</b>	<b>5.7</b>	<b>5.3</b>
Inhalantes	1.7	2
Marihuana	3.2	2.9
Pasta básica de cocaína	1.2	0.8
Cocaína	1.2	1.1
Éxtasis	1.1	0.6
Otras drogas	0.7	0.6
<b>Drogas médicas</b>	<b>3.2</b>	<b>4</b>
Tranquilizantes	2.7	3.3
Estimulantes	1.4	1.3

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA

## f. Nivel de Bullying

El término *bullying* fue acuñado por Olweus<sup>10</sup> (1993) y se define como:

**Un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y/o agresividad física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros. Un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos.**

El *bullying* se circunscribe a la violencia entre pares y no cualquier par, sino aquellos que comparten una misma escuela, es decir, los compañeros de colegio. La traducción castellana que más se acerca a este concepto es “intimidación en la escuela”. Existe una relación directa entre *bullying* y consumo de drogas; es decir, a mayor *bullying* mayor consumo de drogas.

En el IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012, se da a conocer el nivel de exposición al *bullying* en las escuelas de Cusco, a través del reporte que hacen los estudiantes de la presencia de este tipo de acoso en su institución educativa, independientemente del rol que desempeñen. Se indagó sobre los roles del espectador, víctima y agresor mediante el uso de escalas de medición que permitieron obtener resultados sobre el nivel de victimización al que están sometidos los escolares, así como el nivel de agresividad.

En la Tabla N° 16 sobre exposición al *bullying* en la escuela, se evalúan 11 ítems que analizan a los escolares, los cuales se vinculan indirectamente con la violencia como testigos y observadores de esta forma de violencia que desencadenan sus pares. Esta escala clasifica la exposición al *bullying* en tres niveles: bajo, medio y alto. Preocupa que en el Cusco, entre los niveles de exposición alto y medio se encuentren más del 80% de los entrevistados.

<b>Escala de exposición al <i>bullying</i> en la escuela</b>	<b>Frecuencia expandida</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel bajo	17,630	18.4%
Nivel medio	35,079	36.5%
Nivel alto	43,312	45.1%
<b>Total</b>	<b>96,021</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/ IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

<sup>10</sup>Olweus, D. *Bullying at school. What we know and what we can do.* Oxford U.K., Blackwell, 1993. (Versión en español: *Conductas de acoso y amenaza entre escolares.* Edit. Morata. Madrid - España, 1998).

La Tabla N° 17, sobre victimización en el Departamento del Cusco, evalúa a los escolares que han sido víctimas de intimidación en el último año a través de 10 ítems. Un poco más del 40% de los entrevistados en el Cusco presentan niveles alto y medio de victimización. Según este estudio nacional, los varones y los estudiantes de colegios públicos registran una mayor victimización que las mujeres y los estudiantes de escuelas privadas. Asimismo, el estudio nacional reporta un mayor riesgo de victimización por *bullying* a los escolares con alguna discapacidad, los de piel negra u origen indígena y a los provincianos por parte de sus pares limeños.

<b>Tabla N° 17. Escala de victimización por <i>bullying</i> en el Departamento del Cusco – 2012.</b>		
<b>Escala de victimización por <i>bullying</i></b>	<b>Frecuencia expandida</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel bajo	56,684	58.3%
Nivel medio	30,965	31.9%
Nivel alto	9,534	9.8%
<b>Total</b>	<b>97,183</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/ IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

En la Tabla N° 18 referente a la escala de agresividad del *bullying* en el Departamento del Cusco, se evalúa si los entrevistados han protagonizado alguna situación de agresividad contra uno o más de sus compañeros. La evaluación se realiza a través de los 10 ítems utilizados para las víctimas, pero en este caso se les pregunta si fueron los causantes de la agresión. Más del 30% de los entrevistados en el Cusco reportan nivel alto a medio en la escala de agresividad. Según el estudio nacional, tienen mayor riesgo de agresividad los estudiantes varones y de colegios privados, los que tienen algún tipo de discapacidad, los de raza negra o extranjeros y los provincianos en Lima.

<b>Tabla N° 18. Escala de agresividad del <i>bullying</i> en el Departamento del Cusco – 2012.</b>		
<b>Escala de agresividad a través del <i>bullying</i></b>	<b>Frecuencia expandida</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel bajo	64,272	67.2%
Nivel medio	25,574	26.8%
Nivel alto	5,734	6.0%
<b>Total</b>	<b>95,580</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

**g. Cyberbullying**

El *cyberbullying*, a diferencia del *bullying*, no se circunscribe a la escuela y, como lo define Smith (2006) es el “acto agresivo e intencionado, llevado a cabo de manera repetida y constante a lo largo del tiempo, mediante el uso de formas de contacto electrónicas por parte de un grupo o de un individuo contra una víctima que no puede defenderse fácilmente”<sup>11</sup>. Haciendo uso de los diversos formatos tecnológicos, los ciberacosadores (adultos o niñas, niños y adolescentes) realizan amenazas, vejaciones, hostigamientos, envían imágenes o mensajes intimidantes (fotos, videos, mensajes de texto, a través del Internet o de la telefonía móvil), con el propósito de someter, extorsionar y/o destruir a sus víctimas, escudándose muchas veces en el anonimato<sup>12</sup>.

En la Tabla N° 19 se observa que la tercera parte de los estudiantes de Educación Secundaria entrevistados en Cusco manifiestan haber sido víctimas de *cyberbullying*. No sólo es un tema de violencia de los nuevos tiempos, sino que lo que más preocupa es que, por ahora, es “invisible”, es decir, anónimo.

<b>Víctima de <i>cyberbullying</i> por Internet</b>	<b>Frecuencia (expandida)</b>	<b>Porcentaje</b>
No	38,388	66.8%
Sí	19,061	33.2%
<b>Total</b>	<b>57,449</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

En la Tabla N° 20 se observa que la agresividad a través de internet alcanza a más de la cuarta parte de los entrevistados en el Departamento del Cusco. El hecho de que sea anónima permite que se pueda extender con mucha facilidad y que dé espacio a conductas racistas, xenofóbicas, homofóbicas y otras que pueden aglutinar colectivos que promuevan la violencia. Como lo demuestra el estudio nacional, existe una relación directa entre el *cyberbullying* y el consumo de drogas.

<sup>11</sup> Smith, K. P. “Ciberacoso: Naturaleza y extensión de un nuevo tipo de acoso dentro y fuera de la escuela”. Paper presentado al Congreso Educación Palma de Mallorca, 2006, p. 2.

<sup>12</sup> Félix - Mateo, Vicente; Soriano - Ferrer, Manuel; Godoy - Mesas, Carmen & Sancho - Vicente, Sonia. “El ciberacoso en la enseñanza obligatoria”. En: Aula Abierta. Vol. 38, N° 1, Universidad de Oviedo, 2010, p. 47 y 48.

**Tabla N° 20. Agresividad a través del *cyberbullying*. Escolares de Educación Secundaria Regular en ciudades de más de 30 mil habitantes, Cusco –2012**

Agresividad a través de <i>cyberbullying</i> por Internet	Frecuencia (expandida)	Porcentaje
No	42,114	73.2%
Sí	15,409	26.8%
<b>Total</b>	<b>57,523</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

#### **h. Adicción al Internet**

Aunque existe una diversidad de opiniones sobre si es o no una adicción, tiene muchos rasgos de comportamiento compulsivo/impulsivo. La especialista Kimberly Young (1996) definió la *Adicción al Internet* como:

“Un deterioro en el control de su uso que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. Es decir, la persona ‘netdependiente’ realiza un uso excesivo de Internet lo que le genera una distorsión de sus objetivos personales, familiares o profesionales<sup>13</sup>”.

Algunos autores como Griffiths (1997) hablan de “adicciones tecnológicas”, que pueden ser pasivas (televisión) o activas (juegos de ordenador, internet, playstation, etc)<sup>14</sup>.

Shapira y otros<sup>15</sup>, propusieron en el 2003 el concepto de “uso problemático de Internet”, basado en los criterios de diagnóstico del DSM – IV para los trastornos por bajo control de impulsos, que ha ganado un mayor consenso entre los investigadores. Según estos autores, el uso problemático de internet viene dado por la incapacidad para controlar la actividad en la red, que causa marcadas dificultades sociales, ocupacionales, financieras y de consumo de tiempo y no se presentan solamente dentro de un episodio de manía o hipomanía, sino que es permanente. La propia Young<sup>16</sup> considera que esta definición tiene

<sup>13</sup> Young, Kimberly. “Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder”. En: *CiberPsychology and Beahovoir*, Vol. 1, N° 3, 1996, pp. 237 - 244.

<sup>14</sup> Griffiths, M. D. “Technological Addictions: Looking to the future”. Paper presentado en la 105 Annual Convention of The American Psychological Association. Chicago – Illinois, 1997.

<sup>15</sup> Shapira, Nathan A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S.T., Lazowitz, M. & Gold M. S., Stein DJ. “Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria”. *Depress Anxiety*, 17(4), 2003, pp. 207 - 216.

<sup>16</sup> Young, Kimberly. “Internet Addiction: Diagnosis and treatment considerations”. En: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 39, Issue 4, 2009, pp. 241 - 246.

una “aproximación más comprensiva” al diagnóstico de la adicción al internet, por lo que se recomienda su uso.

En base a los estudios realizados a través de IV Estudio Nacional de Prevalencia y Consumo de Drogas, se ha encontrado una correlación entre el uso y abuso de internet y el consumo de drogas en los estudiantes de Educación Secundaria. Ambos fenómenos son interdependientes y se retroalimentan positivamente: a mayor uso y riesgo de adicción a internet, mayor consumo de drogas en la población escolar.

En la Tabla N° 21 se observa que los 2/3 de los escolares entrevistados en Cusco tienen acceso a internet.

**Tabla N° 21. Acceso de internet. Escolares de Educación Secundaria Regular en ciudades de más de 30 mil habitantes, Cusco – 2012.**

Acceso a Internet	Frecuencia (expandida)	Porcentaje
Sí	66,414	66.7%
No	33,193	33.3%
<b>Total</b>	<b>99,607</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

En la Tabla N° 22 se evidencia que 1 de cada 5 escolares de Educación Secundaria del Cusco con acceso a internet se encuentran en riesgo de adicción, por lo tanto la posibilidad de consumir drogas se incrementa. La escala de adicción se elabora en base a 13 ítems.

**Tabla N° 22. Escala de adicción al internet. Escolares de Educación Secundaria Regular en ciudades de más de 30 mil habitantes, Cusco –2012.**

Escala de adicción al Internet	Frecuencia (expandida)	Porcentaje
Sin riesgo de adicción	42,851	79.7%
En riesgo de adicción	10,941	20.3%
<b>Total</b>	<b>53,792</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: DEVIDA/IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. 2012.  
Elaboración: DEVIDA.

### i. Salud física y nutricional

Durante la adolescencia un indicador que se experimenta con intensidad es el crecimiento físico, evidenciándose en la talla. Según registros del Ministerio de Salud, se indica que en el año 2000 la talla promedio de las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad fue de 151.9 cm.; asimismo, el 10,3% de los adolescentes registrados presentaba déficit de talla, es decir, medían menos de 145 cm.

Por otro lado, la anemia es uno de los problemas nutricionales que aqueja sobre todo a las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, habiéndose presentado en un 27% en el año 2009.

Otro problema nutricional en la adolescencia es la alta prevalencia de sobrepeso u obesidad, debido a una dieta baja en el consumo de carnes que aporta otros nutrientes esenciales, elevada en carbohidratos y la falta de ejercicio físico. Según la ENAHO 2008, el 12% de adolescentes peruanos presentaba este problema, siendo más frecuente el sobrepeso en áreas urbanas (16%) que rurales (7%), y en adolescentes del sexo femenino (13%) que del sexo masculino (11%).

A modo de resumen, del diagnóstico de ciclo de vida de los adolescentes en el Departamento de Cusco puede afirmarse que:

- En los últimos 7 años la cobertura de matrícula educativa alcanzó y superó el promedio nacional.
- La tasa de culminación oportuna de la Educación Secundaria alcanza un 64%, superando el promedio nacional.
- Si bien las estadísticas muestran una disminución del embarazo adolescente entre los años 2008 y 2012, debe tomarse en cuenta que a partir del año 2010 la medición dejó de tomar en cuenta a población con una edad entre los 18 y 20 años, distorsionándose así la percepción de la magnitud del problema.
- La planificación del embarazo en adolescentes es minoritaria y el uso de anticonceptivos es casi nulo. Por otro lado, si bien no existe amplia información al respecto, parecen existir serias deficiencias en los conocimientos de los adolescentes sobre el contagio de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual).
- El consumo de drogas legales como el alcohol se ha incrementado, llegando en la región al 45%. En el caso de drogas ilegales, se puede observar la misma tendencia. En algunos casos, el consumo ha llegado a duplicarse e incluso triplicarse en sólo 3 años.
- La “intimidación en la escuela”, más conocida como bullying, es una forma de violencia producida entre pares en las escuelas; en la región Cusco alcanza un nivel de victimización que llega al 40%.
- El cyberbullying es una forma de violencia que utiliza como medio el internet o la telefonía móvil, aprovechando el anonimato, y que no se circunscribe a los escolares o adolescentes. La tercera parte de los escolares entrevistados manifiesta haber sido víctima de cyberbullying.
- La adicción al internet es otra problemática común en los adolescentes. Aproximadamente 20% de los escolares entrevistados se encuentran en riesgo de adicción al internet.

## 2.5 PROTECCIÓN DE DERECHOS

### a. Situación de violencia

El maltrato infantil constituye un gran problema social y de salud pública que agudiza la situación de vulnerabilidad de niños, niñas, adolescentes y mujeres en nuestro país, sobre todo de las poblaciones indígenas pobres o en extrema pobreza, porque son limitados el ejercicio de sus derechos y tiene efectos negativos para el desarrollo de las personas.

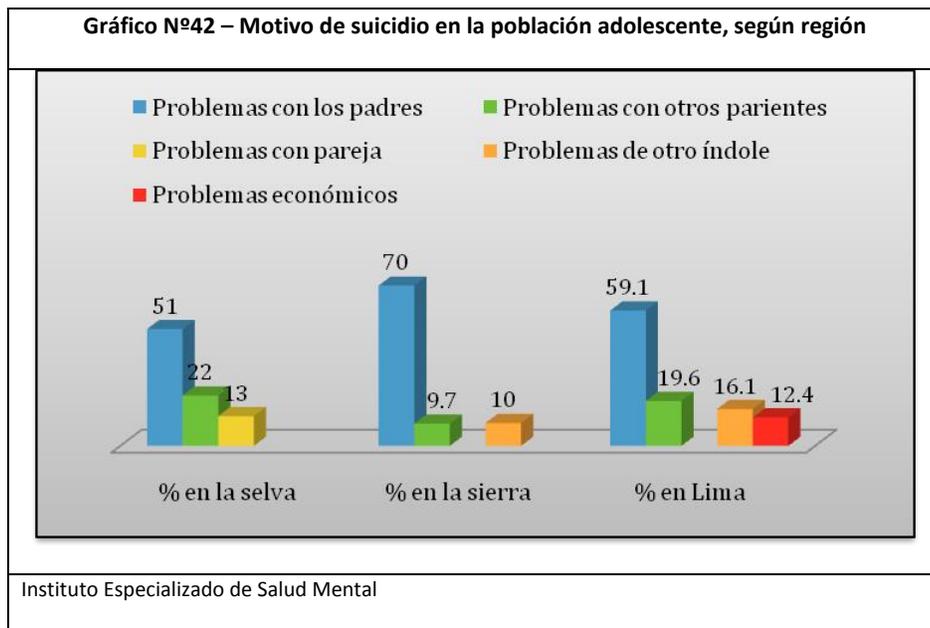
El maltrato carece de una definición clara y precisa, porque existen diversos factores que influyen en su conceptualización. Asimismo, debido a factores culturales puede confundirse como una forma de relacionamiento aceptable en un medio social determinado.

En el siguiente cuadro se muestran las diversas formas de castigo impuestas a la población infantil en el Departamento por parte de su padre o madre biológica, recogidos en la ENDES 2012. La mayoría de padres ejerce la reprimenda verbal como principal forma de castigo, seguido o acompañado de la prohibición de algo que le gusta a la niña o niño, con golpes o castigos físicos. Otras formas de castigo, en menor porcentaje, son las palmadas, echarles agua, privarles de alimentos, dejarles encerrados, ignorarles, darles más trabajo, dejarlos fuera de la casa, quitarles sus pertenencias y quitarles el apoyo económico.

<b>Forma de castigo</b>	<b>Ejercida por el padre</b>	<b>Ejercida por la madre</b>
<b>Palmadas</b>	4.3%	5.1%
<b>Reprimenda verbal</b>	86.7%	84.7%
<b>Prohibición de algo que le gusta</b>	26.4%	32.6%
<b>Privándolos de alimentación</b>	0.9%	0.6%
<b>Con golpes o castigos físicos</b>	32.7%	30.4%
<b>Dejándolos encerrados</b>	0.3%	0.2%
<b>Ignorándolos</b>	0.0%	0.7%
<b>Con más trabajo</b>	0.3%	0.3%
<b>Dejándoles fuera de la casa</b>	0.7%	0.0%
<b>Echándoles agua</b>	2.3%	6.1%
<b>Quitándole las pertenencias</b>	0.0%	0.2%
<b>Quitándoles el apoyo económico</b>	0.0%	0.9%

Fuente: ENDES 2012  
Elaboración propia

Por otro lado, se destaca información nacional de estudios realizados por el Instituto Especializado de Salud Mental –durante los años 2002, 2004 y 2006–, los cuales son un referente para analizar y visibilizar la situación de la violencia auto-infringida que podría darse en el Departamento de Cusco. En dicho estudio, se menciona que el 2,9% de adolescentes de la Región Sierra intentaron suicidarse; además un 28% de adolescentes que intentaron suicidarse, y que consideran volver a hacerlo. Siendo los motivos de suicidio más predominantes, los problemas familiares. En la Región Sierra se observa que un 70% de casos tuvieron como causa los problemas con los padres, seguido por los problemas con la pareja (10%) y los problemas con otros parientes (9,7%).



Según el estudio sobre “Situación de la Niñez y la Adolescencia, una aproximación desde el enfoque de Derechos”, recientemente publicado por World Vision, el departamento del Cusco se encuentra en segundo lugar, luego de Lima, con la mayor cantidad de niñas, niños y adolescentes infractores. En el mismo reporte se da cuenta de que, luego del Departamento de Madre de Dios, en el Cusco se han dado la mayor cantidad de denuncias por trata de niñas, niños y adolescentes.

En esta misma publicación se encuentra información sobre los principales problemas de protección para los y las adolescentes entrevistados del departamento: el *bullying*, seguido de la pobreza y en tercer lugar la falta de acceso a la educación. En el caso de los resultados de las entrevistas a adultos de la región, los principales problemas de protección son: el maltrato físico y psicológico (16%), el trabajo infantil (15%), la situación de abandono (11%), violación y/o abuso sexual (11%), la violencia doméstica (11%), el *bullying* (10%), abuso o negligencia (8%), castigo físico humillante (5%), la falta de DNI (5%), trata o tráfico de personas (5%), matrimonio precoz (2%) y secuestros (2%).

Finalmente, otro dato importante de la publicación mencionada es el haber explorado las posibles causas de esta problemática de protección en el Cusco, desde el punto de vista de los actores: familias disfuncionales y/o desintegradas, problemas psicológicos de los padres o madres, y situaciones de pobreza. A diferencia de las otras regiones, aquí se recogen más voces relacionadas a un trasfondo cultural más permisivo con la violencia. Simultáneamente, la información proporcionada por la Policía Nacional del Perú (PNP), Centro de Emergencia Mujer (CEM), Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU), muestran una mayor cantidad de denuncias en estos casos que las observadas en otras regiones.

### c. Situación de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidado parental

Un estudio realizado por UNICEF<sup>17</sup> en el Departamento de Cusco sobre la situación de las niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental albergados en los Centros de Atención Residencial (CAR), nos muestra que existen aproximadamente 1400 niñas, niños y adolescentes acogidos en 46 centros, siendo la mayoría de estos adolescentes entre los 12 y 17 años de edad (43,3%).

<b>Rango de edades</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Menores de 1 año</b>	13	1,1
<b>1 a 4 años</b>	95	7,7
<b>5 a 9 años</b>	283	23,0
<b>10 a 11 años</b>	218	17,7
<b>12 a 17 años</b>	<b>534</b>	<b>43,3</b>
<b>Mayores de 18 años</b>	89	7,2
<b>Total</b>		100,0

Fuente: UNICEF, Gobierno Regional de Cusco, Red Semilla Nueva. Estudio La situación de las niñas, niños y adolescentes de los CAR de Cusco, 2011.  
Elaboración propia.

El estudio destaca que la mayoría de estas niñas, niños y adolescentes fueron derivados por alguna instancia de administración judicial, bajo la denominación de abandono moral y material. Sin embargo, su situación es de origen multicausal, entre las que destacan la orfandad completa o parcial (fallecimiento del padre o de la madre), abandono por parte de alguno o de ambos padres, violencia sexual, violencia familiar, alcoholismo o maltrato, enfermedad física o incapacidad mental de la madre o el padre (por limitaciones de sus

<sup>17</sup>UNICEF, Gobierno Regional de Cusco y Red Semilla Nueva. “La situación de las niñas, niños y adolescentes de los Centros de Atención Residencial de la Región Cusco”. 2011 (documento sin publicar).

capacidades físicas o psicológicas), sumado todo ello a la situación de pobreza o pobreza extrema en la que se encuentran las familias.

Aun cuando el objetivo de los centros es brindar atención integral y protección a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo, no se garantiza el restablecimiento del derecho a vivir en familia; más bien se procura la reinserción social o laboral, ya que en la mayoría de casos el período de permanencia en los centros dura hasta que cumplan la mayoría de edad. Ello también se debe a que la mayoría de Centros de Atención Residencial no cuentan con las capacidades institucionales necesarias para la atención de niñas, niños y adolescentes que acogen: no cuentan con el tipo y número suficiente de profesionales capacitados para atender la situación de niñas, niños y adolescentes en riesgo y presentan limitaciones para implementar metodologías efectivas que conlleven a la reinserción familiar.

#### **d. Situación de las Defensorías del Niño y Adolescente**

El Artículo 42 del Código de los Niños y Adolescentes señala que: "(...) la Defensoría del Niño y el Adolescente es un servicio del Sistema Nacional de Atención Integral (...) que funciona en los Gobiernos Locales, en instituciones públicas y privadas o en organizaciones de la sociedad civil, cuya finalidad es promover y proteger los derechos que la legislación reconoce a los niños y adolescentes".

En cumplimiento de lo anteriormente señalado, los gobiernos locales de nivel distrital y provincial deberían implementar Defensorías del Niño y el Adolescente - DEMUNA en sus jurisdicciones. Sin embargo, en algunos estudios realizados en el departamento se evidencia que no todos los distritos cuentan con una DEMUNA o si las han incorporado por cumplimiento de la norma, éstas no se encuentran debidamente instaladas; es decir, no cuentan con personal capacitado para la demanda de atención de casos, así como para realizar acciones de promoción, defensa y vigilancia de derechos de niñas, niños y adolescentes; además, no cuentan con el equipamiento e instalaciones adecuadas para la atención.

#### **f. Trabajo en la adolescencia**

Según los resultados de la ENAHO 2009, en el Perú el 54% de adolescentes entre los 14 y 17 años de edad realiza alguna actividad económica, al menos una hora a la semana, existiendo una gran diferencia según el área de residencia. Mientras que en la zona rural el 82% de los adolescentes trabaja, en la zona urbana lo hacen sólo el 35%.

<b>Tabla N°26. Porcentaje de adolescentes que trabajan al menos una hora a la semana, nivel nacional, ENAHO 2009.</b>	
<b>Adolescentes que trabajan</b>	<b>%</b>

<b>Área Urbana</b>	35
<b>Área Rural</b>	82
<b>Total Nacional</b>	54

Fuente: ENAHO 2009.  
Elaboración propia.

En el caso del departamento de Cusco se ha registrado que 8 de cada 10 adolescentes de 14 y 17 años realiza alguna actividad económica, entre las que destacan las labores agropecuarias, el comercio y las labores domésticas. De acuerdo con el Convenio N° 138 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) –ratificado por el Perú el año 2002– los adolescentes pueden trabajar desde los 14 años de edad en actividades laborales que no sean riesgosas ni peligrosas para su salud física, mental y emocional, y que no perturben su asistencia regular a la escuela. Sin embargo, si se compara con los índices de pobreza y pobreza extrema así como con el porcentaje de adolescentes que no se encuentran matriculados o no asisten a un centro de educación básica, esta normatividad no se estaría cumpliendo para un porcentaje de adolescentes.

A modo de conclusiones de la problemática de este capítulo de protección, se pueden señalar los siguientes puntos:

- El 92% de niñas y niños menores de un año cuenta con partida de nacimiento.
- Las formas de violencia familiar que más se dan son el maltrato verbal (más del 80%) y físico (más del 30%)
- Hay aproximadamente 1400 niñas, niños y adolescentes acogidos en 46 centros de atención residencial, en la mayoría de los casos, atendidos por personal insuficiente y poco preparado, y que ven vulnerado su derecho a vivir en familia.
- Si bien los gobiernos locales de nivel distrital deberían implementar la DEMUNA en sus jurisdicciones, en algunos estudios realizados en el departamento se evidencia que no todos los distritos cuentan con este servicio o la instalación del mismo es deficiente.
- En la Región Cusco se ha registrado que 8 de cada 10 adolescentes de 14 y 17 años realiza alguna actividad económica, entre las que destacan las labores agropecuarias, el comercio y las labores domésticas.

[Escriba aquí]

## 2.6 INVERSIÓN EN LA NIÑEZ, INFANCIA Y ADOLESCENCIA A TRAVÉS DE PROGRAMAS ESTRATÉGICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CUSCO

En los últimos 5 años en el Departamento del Cusco se han invertido 400 millones de Nuevos Soles en el Programa Articulado Nutricional (PAN) y se dejaron de invertir 215 millones de Nuevos Soles. Cerca de 230 millones fueron ejecutados por el Gobierno Nacional y aproximadamente 100 millones por el Gobierno Regional. En este programa estratégico fue el más exitoso en el Gobierno Regional de Cusco con 92,2% de ejecución del Presupuesto Institucional Modificado (PIM). El nivel nacional mayoritariamente se invierte a través de alimentos para niñas y niños menores de 36 meses, el programa “Juntos” y algunos insumos como vacunas y medicamentos. El nivel regional se invierte más en recursos humanos.

**Tabla N° 27. Inversión en el Programa Articulado Nutricional en el Departamento del Cusco 2008 – 2012.**

	2008		2009		2010		2011		2012		Total PIM	Total Ejecutado	% del PIM
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado			
<b>Nacional</b>	68,961,780	23,275,001	60,960,005	57,825,850	81,071,314	78,127,772	50,080,082	41,812,154	35,412,657	28,456,847	296,485,838	229,497,624	77.4%
<b>Regional</b>	8,261,691	7,897,512	11,047,326	10,643,331	19,643,546	18,574,519	26,554,811	23,475,423	41,154,112	37,784,353	106,661,486	98,375,138	92.2%
<b>Local</b>	583,987	442,450					10,170,810	5,481,611	204,871,819	69,413,293	215,626,616	75,337,354	34.9%
<b>Total</b>	77,807,458	31,614,963	72,007,331	68,469,181	100,714,860	96,702,291	86,805,703	70,769,188	281,438,588	135,654,493	<b>618,773,940</b>	<b>403,210,116</b>	65.2%

Elaboración: Propia

Fuente: SIAF.

En los últimos 4 años en el Departamento de Cusco se han invertido 430 millones en el Programa de Logros de Aprendizaje al terminar el III ciclo de Educación Básica Regular (EBR).

**Tabla N°28. Inversión en Logros de Aprendizaje al terminar el III ciclo de EBR en el Departamento de Cusco – 2009 al 2012.**

	2009		2010		2011		2012		Total PIM	Total Ejecutado	% del PIM
	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado	PIM	Ejecutado			
<b>Nacional</b>	6,003,376	3,561,527	11,972,131	6,101,915	47,188,961	45,598,260			65,164,468	55,261,702	84.8%
<b>Regional</b>	29,504,293	29,214,615	36,227,716	35,777,024	74,876,543	71,998,707	175,474,225	174,658,594	316,082,777	311,648,940	98.6%
<b>Local</b>					17,674,096	13,332,781	66,161,303	49,709,117	83,835,399	63,041,898	75.2%
<b>Total</b>	35,507,669	32,776,142	48,199,847	41,878,939	139,739,600	130,929,748	241,635,528	224,367,711	465,082,644	429,952,540	92.4%

En el 2012 el Programa pasó a denominarse Logros de Aprendizaje de los estudiantes de Educación Primaria de EBR.

Fuente: SIAF.

## Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes Cusco 2014 -2021

En el últimos año (2015) en el Departamento de Cusco se han invertido 423 millones de Nuevos Soles en la función salud (Con una ejecución del 95,2%), mientras que el Programa Articulado Nutricional ha invertido un total de 73,141 millones, con un nivel de ejecución presupuestal de 94%, el Programa Materno Neonatal un total de 63, 393, 185 millones de nuevos soles ejecutando el 96,8%. Sin embargo la inversión en salud ha sido histórica en los últimos años en su pliego presupuestal.

<b>Consulta Amigable</b>					
<b>Consulta de Ejecución del Gasto</b>					
Fecha de la Consulta: 13-junio-2016					
Año de Ejecución: 2015					
Incluye: Sólo Actividades					
TOTAL	PIA	PIM	Certificación	Ejecución Devengado	Avance %
TOTAL	106,727,046,656	113,820,399,824	105,532,096,695	104,792,020,874	92.1
<b>Departamento (Meta) 08: CUSCO</b>	3,605,254,812	3,996,019,335	3,724,238,219	3,676,883,647	92.0
<b>Función 20: SALUD</b>	287,345,860	423,305,736	403,180,025	402,812,999	95.2
Categoría Presupuestal	PIA	PIM	Certificación	Ejecución Devengado	Avance %
0001: PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	58,259,495	77,836,634	73,337,839	73,141,659	94.0
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	52,520,008	64,171,860	63,451,264	63,393,185	98.8
0016: TBC-VIH/SIDA	10,846,263	20,049,571	19,940,385	19,929,464	99.4
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS	7,320,237	8,714,213	8,677,905	8,677,905	99.6
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	7,752,890	9,169,968	9,126,528	9,125,763	99.5
0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	7,035,421	10,640,390	10,545,945	10,533,667	99.0
0051: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS	272,708	339,708	247,931	247,931	73.0
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	2,282,909	2,886,657	2,853,655	2,844,855	98.6
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	1,806,376	2,094,456	2,037,593	2,037,593	97.3
0129: PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	339,873	530,502	529,787	529,633	99.8
0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	1,860,689	1,330,706	1,318,293	1,318,293	99.1
9001: ACCIONES CENTRALES	33,591,902	50,639,116	47,918,993	47,897,349	94.6
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	103,457,089	174,901,955	163,193,906	163,135,703	93.3

[Escriba aquí]

## 2.7 OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD Y EDUCACIÓN

### a. Oferta de servicios de salud en el Departamento del Cusco

Según se muestra la data de la Tabla N° 29, la mayor parte de la oferta de Establecimientos de Salud (EE.SS.) la brinda la DIRESA, distribuidos en toda la región. Muchos de los EE.SS. I-3 y I-4 dependientes vienen siendo renovados con fondos regionales o locales.

No existe un plan multianual de inversiones en salud en la Región Cusco. Por lo tanto, la construcción de nuevos establecimientos y su equipamiento está regida por la ley de la oferta y la demanda y no por criterios técnicos, como la salud materno-neonatal, que establezcan las prioridades en la inversión.

**Tabla N° 29. Número de Establecimientos de Salud según tipo y entidad prestadora de Salud, DIRESA Cusco, 2011.**

Redes de Salud y Hospitales	Total de Establecimientos DIRESA Cusco	Dirección Regional de Salud Cusco			Otras Instituciones		
		Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	EsSalud	PNP	Ejército
Canas – Canchis - Espinar	51	2	9	40	2	1	0
Kimbiri - Pichari	19	0	2	17	0	0	0
La Convención	72	1	9	62	3	1	0
Cusco Norte	82	0	21	61	5	1	1
Cusco Sur	88	1	20	17	5	2	0
Hospitales (Cusco) *	2	2	0	0	1	0	0

Fuente: ASIS 2013/DIRESA Cusco. Elaborado: DIRESA.

En relación a la concentración de personal en el servicio por habitante, se puede apreciar en la Tabla N° 30 que la oferta de profesionales de la salud se encuentra, en general, por debajo del estándar.

Grupo ocupacional	Nro. De profesionales	De	Nro. De profesionales por 10000 hab.	Estándar esperado por 10000 hab.	OMS/OPS por 10000
	Cusco	Cusco	Perú		
<b>Médicos</b>	696	5.3	9.4	10	
<b>Enfermeras</b>	858	6.6	-	10	
<b>Obstetras</b>	523	15.7*	-	20*	
<b>Odontólogos</b>	274	2.1	-	2	

\*Número de obstetras por cada 10000 mujeres en edad fértil.  
Fuente: DIRESA Cusco/ASIS.

Si observamos en la Tabla N° 31 se presenta la distribución de profesionales de la salud por redes. Es evidente que la red que más problemas tiene es Cusco Sur, donde sólo se cuenta con 1,5 médicos por cada 10,000 habitantes, tasa inclusive menor que la de obstetras. La red Cusco Sur es la segunda en superficie geográfica después de La Convención, es la que acumula mayor número de provincias pobres y presenta el 34% de las muertes maternas de los últimos 5 años. Este es un ejemplo de la necesidad de mejorar la planificación de recursos humanos sobre la base de la evidencia proporcionada por la DIRESA en su página web. El número de profesionales de salud en todas las redes está muy por debajo de los estándares mínimos internacionales, que deberían ser 10 médicos por 10,000 habitantes y de 25 profesionales de la salud por 10,000 habitantes (OMS).

Redes	Médicos	Enfermeras	Obstetras
<b>Cusco Norte</b>	3.1	5.4	3.1
<b>Cusco Sur</b>	1.5	2.5	1.6
<b>La Convención</b>	4.9	8.2	4.5
<b>Canas- Canchis - Espinar</b>	5.0	6.6	4.5
<b>Kimbiri-Pichari</b>	4.3	6.7	4.8
<b>Total Cusco*</b>	4.9	7.1	3.5

Fuente: Oficina de Estadística de la DIRESA Cusco.2011.  
Elaboración: Propia.

En la Tabla N° 32 se aprecia el incremento de los recursos humanos en los últimos 22 años. Mucho del incremento de los recursos humanos profesionales se debe a los programas estratégicos.

**Tabla N° 32. Recursos humanos por rama de actividad que atienden en consulta externa de EE.SS. en redes de servicios de salud y hospitales, 2012.**

Profesional	1990	1995	2000	2002	2007	2012
<b>Biólogos</b>	-	-	14	19	21	53
<b>Enfermeras</b>	733	507	183	496	644	858
<b>Médicos</b>	132	279	312	313	509	696
<b>Nutricionistas</b>	-	-	4	9	11	26
<b>Obstetras</b>	53	183	496	196	341	523
<b>Odontólogos</b>	20	37	51	45	81	274
<b>Psicólogos</b>	-	-	-	-	-	123
<b>Técnicos</b>	239	850	977	883	883	985
<b>Químico Farmacéutico</b>	5	-	10	16	20	19
<b>Tecnólogos</b>	-	-	-	-	-	1
<b>Trabajador Social</b>	-	-	-	-	-	7

Fuente: DIRESA, Análisis Situacional de Salud, 2012.

**b. Oferta de servicios educativos en el Departamento del Cusco**

En la Tabla N° 33 se puede observar el número de instituciones escolares por Provincia y por ciclo en el Departamento del Cusco.

**Tabla N° 33. Número de instituciones educativas por niveles y provincias en el Departamento del Cusco.**

Provincia	Inicial		Primaria		Secundaria	
	Nro. IE	Alumnos	Nro. IE	Alumnos	Nro. IE	Alumnos
<b>Acomayo</b>	132	1769	65	4089	21	3126
<b>Anta</b>	169	2621	104	7005	39	6002
<b>Calca</b>	224	3066	121	9259	39	6562
<b>Canas</b>	298	2430	92	5318	31	4081
<b>Canchis</b>	488	5382	140	13041	39	8503
<b>Chumbivilcas</b>	248	3986	154	11816	59	9795
<b>Cusco</b>	605	19897	259	43430	153	38261
<b>Espinar</b>	202	3454	135	8945	40	7092
<b>La Convención</b>	458	7638	475	25196	137	15600
<b>Paruro</b>	181	1756	94	4508	21	3016
<b>Paucartambo</b>	168	2742	145	7973	38	3974
<b>Quispicanchi</b>	234	5114	168	13898	55	9237
<b>Urubamba</b>	141	2738	93	8000	33	5716
<b>Total</b>	<b>3548</b>	<b>62593</b>	<b>2045</b>	<b>162478</b>	<b>705</b>	<b>120965</b>

Fuente: Censo Escolar 2013 – MINEDU.  
Elaboración: Propia.

En cuanto al tipo de gestión de las instituciones educativas, la gran mayoría son estatales, como se puede observar en la Tabla N° 34.

<b>Tabla N° 34. Distribución de instituciones educativas por tipo de gestión en el Departamento del Cusco.</b>						
	<b>Inicial</b>		<b>Primaria</b>		<b>Secundaria</b>	
	<b>Privadas</b>	<b>Públicas</b>	<b>Privadas</b>	<b>Públicas</b>	<b>Privadas</b>	<b>Públicas</b>
<b>Número</b>	348	3200	272	1773	228	477
<b>Porcentaje</b>	9.8%	90.2%	13.3%	86.7%	32.3%	67.7%

Fuente: Censo Escolar 2013 – MINEDU.  
Elaboración: Propia.

[Escriba aquí]

En la Tabla N° 35 se aprecia el promedio de número de alumnos por profesor en cada nivel. En general, las diferencias que eran más evidentes en el 2005 en los niveles de Educación Inicial y Educación Primaria casi han desaparecido para el 2012.

**Tabla N° 35. Número promedio de alumnos por docentes por nivel comparativo entre el Departamento de Cusco y el nacional, urbano vs rural y alumnos con lengua materna Quechua vs. Castellano.**

	Inicial			Primaria			Secundaria		
	2005	2011	2012	2005	2011	2012	2005	2011	2012
<b>PERÚ</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>Cusco</b>	24	19	18	26	18	17	18	19	15
<b>Urbana</b>	18	17	17	18	17	16	14	14	15
<b>Rural</b>	22	18	17	24	17	16	16	12	11
<b>Castellano</b>	18	17	17	21	17	16	14	14	14
<b>Quechua</b>	25	18	16	24	16	15	18	13	12

Fuente: Censo Escolar 2013 – MINEDU.  
Elaboración: Propia.

[Escriba aquí]

## **2.8 EVALUACIÓN DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA 2006 - 2012**

El presente capítulo busca resumir las impresiones generadas por el Plan Regional de Acción por la Niñez y Adolescencia Cusco - PRANA 2006-2012. Para ello, se utilizaron como fuente distintas entrevistas realizadas a personas involucradas en su diseño, así como el taller sobre el balance del mismo.

Según las personas entrevistadas, conviene destacar que, si bien el PRANA 2006-2012 completó su etapa de diseño exitosamente, el documento generado nunca fue utilizado efectivamente para la implementación de una política regional que priorizara a las niñas, niños y adolescentes. Dicho de otro modo, su utilización como guía y lineamiento de generación de políticas y/o programas sociales fue nula pese al carácter de ley al que obedecía su creación, lo cual ha sido un fuerte impedimento en el cumplimiento de los logros y objetivos propuestos. Más aún, no fue tomado en cuenta para la elaboración de los planes operativos de los distintos sectores involucrados en el Plan.

De igual manera, una constante que se evidenció, tanto en el taller como en las entrevistas sobre el PRANA 2006-2012, es la escasez y falta de uniformidad en la información disponible. Si bien los distintos informantes manifestaron que, en el lapso de los últimos años, la situación ha mejorado bastante en este aspecto, en su momento representó una dificultad para el diseño y, actualmente, para una revisión exhaustiva de los logros en todos los campos.

Resulta evidente el esfuerzo de trabajar distintos aspectos del cumplimiento de necesidades de los infantes y niños desde una perspectiva sectorial. Los sectores involucrados fueron salud, educación y protección de derechos. Cada uno de los mismos presentaba una serie de avances desiguales que en cierta medida se debían a las diferencias existentes entre los sectores del Estado involucrados. Asimismo, es importante señalar que en muchos casos el planteamiento de los objetivos resultaba poco claro o muy abierto, lo que dificultó la evaluación de logros del PRANA 2006-2012.

### **a. Educación**

En lo referente al sector educación, se han dado avances dispares en relación a las distintas etapas de vida.

De acuerdo a la información recolectada en el taller, en el caso de las niñas y niños entre 0 y 3 años de edad, el PRANA 2006-2012 señaló objetivos relacionados con la atención de sus necesidades, pero en la práctica no se han alcanzado los objetivos trazados. Debe de resaltarse el hecho de que muchos de los mismos no son susceptibles de ser medidos o evaluados, como consecuencia de un planteamiento poco claro. Existen limitaciones en la cobertura de los servicios de Ciclo I (Salas de Estimulación Temprana, Programa Integral de Educación Temprana con Base en la Familia), los cuales sólo se han implementado en Canas, Canchis y Chumbivilcas.

Según las entrevistas, un problema determinante para la ampliación de cobertura y calidad de atención fue la escasa asignación presupuestal. En ocasiones, los sectores más capacitados para llevar a cabo acciones de incidencia no contaron con los recursos necesarios para ello, por lo que la responsabilidad de los mismos fue asumida por parte de otras instituciones, como por ejemplo el Gobierno Regional. Como consecuencia de lo anterior, en el caso de los Gobiernos Locales, se dio un fuerte énfasis en el apoyo a la implementación de los *Wawawasi*, pero no se promovieron políticas que realmente beneficiaran a las niñas, niños y adolescentes.

Los objetivos planteados para la etapa entre 4 y 6 años presentaban la particularidad de no poseer una agrupación etaria coincidente a la legislación peruana, en la cual el intervalo establecido es de 3 a 5 años que coincide con el ciclo de Educación Inicial. Puede decirse, según nuestros entrevistados, que la Región Cusco ha evidenciado alguna mejora en la cobertura de acceso de niñas y niños a Educación Inicial, más por una prioridad sectorial (Ministerio de Educación y Dirección Regional de Educación Cusco) que por incidencia del PRANA 2006-2012.

Asimismo, según las entrevistas el acceso en la edad oportuna a servicios de Educación Inicial ha mejorado debido a que el marco normativo lo ha precisado de mejor manera. Aun así, persisten problemas de atención a los niños en esta etapa, ya que un alto porcentaje de servicios son no escolarizados, lo cual no asegura una educación de calidad. En cuanto al objetivo: “desarrollan integralmente sus habilidades y capacidades múltiples”, no se cuentan con instrumentos de medición y medios de verificación para saber si este aspecto ha mejorado a nivel regional.

En relación al acceso de servicios de Educación Básica (Primaria), ésta alcanza el 98%, pero la calidad está muy por debajo del estándar nacional, sin evidenciar mejoras sustantivas. Es más, Cusco ha evidenciado estancamiento y retroceso de acuerdo a los resultados de la Evaluación Censal de Estudiantes (ECE). Al igual que en los resultados precedentes, los avances en ésta área responden más a prioridades sectoriales que a una incidencia real del PRANA. No se tiene la certeza sobre si se generaron procesos de alineamiento al PRANA 2006-2012 por parte de los actores involucrados.

Uno de los vacíos del PRANA 2006-2012 según nuestros entrevistados, es la falta de énfasis de los siguientes enfoques: Género, Interculturalidad, Derechos e Inclusión. Si bien fueron incorporados en el documento, la forma en la cual estaban planteados los objetivos, no permitió una adecuada operacionalización de los mismos. La preocupación por una adecuada atención de niñas, niños y adolescentes con habilidades diferentes es otra problemática sobre la cual resulta complicado medir avances actualmente.

Esta limitación en el alcance de los enfoques puede corresponderse con el hecho de que exista una desigualdad de acceso a los servicios: en el caso de la Región Cusco, las niñas son las que menos acceden a servicios de educación, aunque esta realidad no es estadísticamente significativa. Asimismo, en Cusco existe un elevado porcentaje de instituciones educativas unidocentes en la zona rural y una marcada desigualdad entre

la calidad de servicio brindado en entornos rurales y urbanos e instituciones con gestión privada o pública.

En su momento, el PRANA 2006-2012 no consideró la prioridad de implementar una política de Educación Intercultural Bilingüe (EIB). Aunque esta se incorporó a los pocos años en el Proyecto Educativo Regional (PER) como una oportunidad para el desarrollo de una identidad regional sustentada en la cultura andina y amazónica.

Muchos de los avances desde el actuar del Gobierno Regional se deben a la implementación de algunos proyectos de inversión pública (PIP) alineados al PRANA 2006-2012. Esto ha contribuido con resultados concretos y focalizados, pero no significa necesariamente que se hayan producido mejoras en la calidad de vida de la población. Asimismo, resulta evidente que no se cumplió con la condición de lograr el "compromiso al más alto nivel" de parte del Gobierno Regional.

## **b. Salud**

El Seguro Integral de Salud (SIS) ha permitido mejorar y ampliar la cobertura de servicios para madres gestantes y mujeres en edad fértil, así como para niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, en relación a los objetivos planteados en el PRANA 2006-2012, el cumplimiento de los mismos ha sido desigual y no ha obedecido necesariamente a un ejercicio de política pública a nivel regional sino a un esfuerzo sectorial. En el nivel regional, a partir del PRANA 2006-2012, se han generado proyectos de inversión pública relacionados con nutrición, salud sexual y reproductiva, e identidad. Asimismo, se ha generado la Política Regional de Seguridad Alimentaria en el espacio del Consejo Regional de Seguridad Alimentaria (CORSA).

Con el Plan de Incentivos Municipales (PIM), propuesta creada en el año 2010 desde el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), se ha buscado mejorar las prácticas saludables en la comunidad focalizadas en nutrición, capacitación y saneamiento. No se puede especificar en qué medida han aportado en los avances cada una de las iniciativas anteriormente mencionadas, tanto desde el nivel nacional como regional; pero en general han contribuido a través de financiamiento o propuestas técnicas a que mejore, en alguna medida, la situación de la niñez y adolescencia en el Departamento de Cusco.

En relación al grupo entre los 0 y 3 años, se han dado avances en el acceso al Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED), aunque ello es más atribuible al Programa Articulado Nutricional (PAN) que al PRANA 2006-2012. Un factor externo importante para mejorar la cobertura, en lo que a temas de control se refiere, han sido las condicionantes del Programa JUNTOS, que han incrementado la demanda ya que están dirigidas a actividades de control (control pre y postnatal, charlas de nutrición, vacunación de infantes, control de CRED). Asimismo, han mejorado en cobertura de salud por diversas estrategias regionales financiadas con los programas estratégicos, como el Programa Articulado Nutricional (PAN) y el Programa Materno Neonatal (PMN), pero todavía está pendiente la mejora en temas como calidad y calidez de la

atención, como se ha podido verificar en algunos estudios cualitativos realizados en el Departamento<sup>18</sup>.

A pesar de que la desnutrición crónica infantil ha disminuido en la misma medida que el nivel nacional, la articulación entre las intervenciones fue débil. A través del CORSA se hizo incidencia para que los Gobiernos Locales prioricen en su agenda de gestión la desnutrición infantil. Como consecuencia del PRANA, se elaboró y ejecutó el Proyecto “Mejoramiento de la ingesta de alimentos en niños y niñas menores de 5 años en el distrito de Ccorca, provincia y departamento del Cusco”.

Es difícil conocer en qué medida las políticas regionales para disminuir la desnutrición han funcionado, no existe un estudio que nos pueda dar la evidencia de cuáles son las estrategias más exitosas. En definitiva, el mejorar los ingresos económicos de la población en general, y con ello tener más posibilidad de acceder a mayor alimento, el haber mejorado el acceso de la población a servicios de salud y el que la población tenga mejor y mayor conocimiento sobre la nutrición de sus hijos, han contribuido a disminuir los niveles de desnutrición crónica infantil en el Departamento del Cusco.

En el 2010 a través de la DIRESA y UNICEF se entregaron los micronutrientes a los niños de familias afectadas por los desastres por causas naturales. En relación a la lactancia materna exclusiva (LME), entre el 2006 a 2010 se llevaron a cabo campañas intensivas que disminuyeron en los siguientes años, disminuyendo en consecuencia también la LME. Para el 2012 el promedio de lactancia materna exclusiva para el departamento era de 3,9 meses.

Según lo señalado en el taller, las enfermedades prevalentes han disminuido. Sin embargo, en los dos últimos años hubo menor cobertura de vacunación, aunque no ha tenido influencia en los indicadores de las enfermedades. Igual que el caso anteriormente mencionado han disminuido las cifras de enfermedades inmunoprevenibles.

Entre los años 2007 y 2010 se incrementó el proyecto Fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos en 5 provincias de la región. Se realizaron acciones de sensibilización, capacitación y módulos de atención diferenciada. La dificultad es que no hubo transferencia adecuada a los sectores comprometidos: salud y educación; tampoco hubo seguimiento a la continuidad del modelo de intervención. En el caso de situaciones de emergencia, hay mayor riesgo en las adolescentes por la inseguridad, hacinamiento y precariedad.

---

<sup>18</sup> Flores y cols. *Estudio Cualitativo de las Representaciones Sociales de las Familias de las Comunidades de la Provincia de Quispicanchi, Cusco, Sobre el Cuidado y Valoración de los Recién Nacidos*. Lima, 2010.

### **c. Protección**

Si bien la falta de información resulta problemática en la medición de los avances logrados en los últimos años en los temas abordados por el PRANA, este problema se evidencia con mayor fuerza en el caso de protección.

Actualmente no se cuenta con información suficiente para hacer un balance respecto de los logros en materia de protección de mujeres en edad fértil y de mujeres embarazadas. Por ejemplo, podemos decir que se cuenta con la experiencia de la existencia de una Red de Defensorías Comunitarias en el departamento, pero que no cuentan con presupuesto ni son priorizadas dentro de las políticas del Gobierno Regional o de los sectores.

Según lo señalado en el taller no existe información a nivel del Departamento que permita visibilizar la vulneración de derechos del sector social que aquí nos ocupa. Se ha creado un Sistema de registro de niñas, niños y adolescentes trabajadores (NNAT) a nivel de Gobiernos Locales, pero no se ha logrado mayor avance al respecto. Debe destacarse que, si bien en el taller se señaló que el número de niños institucionalizados en los hogares ha disminuido, es importante saber por qué ha sucedido esto. En suma no se cuenta con una información relevante y pertinente disponible que dé cuenta del antecedente del actual plan.

Por otro lado, se han realizado campañas de identidad desde los gobiernos locales en alianza con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), pero no ha estado dentro del marco de cumplimiento del PRANA 2006-2012. Existen todavía casos de niños, niñas y adolescentes indocumentados en las poblaciones más vulnerables, especialmente niñas, niños y adolescentes trabajadores, en situación de calle, migrantes, con discapacidad y en situación de abandono. Hay todavía un vacío legal en la RENIEC para solucionar estos casos y se debe poner énfasis para garantizar condiciones para acceso a programas sociales del Estado (por ejemplo, las niñas, niños y adolescentes no acceden al SIS por no tener DNI).

Asimismo, es necesario mirar los resultados de los proyectos realizados en el marco del PRANA 2006-2012, como el Proyecto "Fortalecimiento del derecho al nombre y la identidad en el Departamento de Cusco" que debió haber beneficiado a más de 500,000 personas, pero que nos deja todavía una brecha de 15% de niñas y niños menores de 5 años sin DNI.

Según la información recogida en el taller y en las entrevistas, la violencia se ha institucionalizado, existen más medios y espacios donde se evidencia la violencia entre pares: video juegos, internet, *facebook*, entre otros, son nuevos espacios donde la violencia se reproduce. No se han realizado ni se realizan acciones que promuevan el buen trato entre niñas, niños y adolescentes a nivel de los espacios donde se reproduce la violencia: familia, escuela, comunidad, instituciones. La falta de información al respecto puede invisibilizar este tipo de problemáticas.

De acuerdo a los participantes del taller, no se ha logrado visibilizar con acciones concretas al grupo de niñas, niños y adolescentes, puesto que se ha dado mucho énfasis a la primera infancia. Es cierto que se ha contado con un proyecto sobre derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, no se cuenta con resultados favorables en indicadores concretos, como la reducción del embarazo en adolescentes.

Los niños con habilidades diferentes continúan siendo una población vulnerable, de la que no se cuenta con suficiente información en el departamento. Deben priorizarse acciones a favor de dicho grupo, pues hablamos de un porcentaje significativo de la población.

Los programas como “Cuna Más”, no responden a las necesidades de poblaciones vulnerables e invisibilizadas. Si bien es cierto estos programas se implementan en distritos pobres, la realidad muestra por ejemplo a niñas y niños de 0 a 3 años que todavía no reciben estos servicios (zonas urbano-marginales, con padres trabajadores, etc.) por lo que estos programas necesitan extender su capacidad de atención y deberían, por lo tanto, implementarse en toda la región. Las DEMUNAs no son servicios que cuenten con información en temática de protección; en la práctica son servicios sin implementación y equipos insuficientes y sobrecargados con otras funciones; con personal de alta rotación y que no conoce claramente sus funciones. No existe una clara definición de los servicios. Es necesario fortalecer estos servicios y visibilizarlos dentro del próximo PRANNA. Deben atenderse e implementarse con más cuidado los Sistemas de Protección, porque los servicios relacionados a esta problemática no se encuentran articulados para responder a los problemas cotidianos de vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes.

#### **d. Conclusiones**

El PRANA 2006-2012 no fue suficientemente asumido por los diferentes sectores involucrados. Siendo un instrumento emblemático, no logró convertirse en un generador de políticas públicas regionales. Según lo dicho en las entrevistas, el PRANA 2006-2012, en gestiones de gobierno pasadas, tuvo como instancia líder del proceso de formulación a la Gerencia Regional de Planeamiento y para la fase de implementación se transfirió el liderazgo a la Gerencia de Desarrollo Social. Además, en la información recogida se señala un desconocimiento de experiencias que hayan tomado como marco el PRANA 2006-2012 para desarrollar propuestas locales.

Por otro lado, según lo señalado por los entrevistados, el PRANA 2006-2012 no tuvo una adecuada conexión con el proceso de descentralización por distintas causas, entre las que destaca la ausencia de acompañamiento para su implementación. Esto generó que, si bien los Gobiernos Locales contaron con más recursos y competencias, existió una fuerte debilidad dada la escasa capacidad técnica y de articulación de los equipos.

Sin una alineación intencional los sectores han logrado avances dispares que de alguna forma responden a los lineamientos del PRANA 2006-2012: salud, educación e

instancias de protección. Lamentablemente, en el caso de otros sectores como vivienda, transportes, producción, no tuvieron una clara vinculación con el PRANA 2006-2012, pero podrían contribuir desde sus intervenciones a facilitar las políticas y estrategias en el próximo PRANA.

Asimismo, el PRANA 2006-2012 pese a plantear una serie de objetivos, no logró establecer sistemas de monitoreo y evaluación. La propia evaluación del PRANA 2006-2012 no contó con la participación de todos los sectores involucrados (justicia, ministerio público, trabajo, etc.) lo cual dificultó una evaluación participativa y con distintas perspectivas.

A modo de resumen, se puede señalar que el PRANA 2006-2012 no ha contribuido de la manera esperada en las políticas regionales y locales dirigidas a las niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, el Comité Técnico del PRANA no operó en la medida esperada, aun cuando los actores involucrados asumieron los compromisos de manera sectorial y en un marco favorable de la implementación de las políticas nacionales y regionales, como los Programas Presupuestales Estratégicos (SMN, PAN) y el Programa de Incentivos Municipales (PIM) que tuvieron metas relacionadas a salud y nutrición.

### 3. MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y METAS EMBLEMÁTICAS DEL PRANNA 2014 - 2021



**VISIÓN**

*Para el año 2021, las Niñas, Niños y Adolescentes de la Región Cusco, logran su desarrollo integral en un marco de igualdad de oportunidades, con identidad cultural, garantía plena del ejercicio de sus derechos y en un ambiente saludable y seguro con la participación de las instituciones del Estado, sociedad civil y familia.*



**MISIÓN**

*El Estado y la sociedad civil, liderados por el Gobierno Regional y los Gobiernos Locales del Departamento de Cusco, generan condiciones para el desarrollo integral de las Niñas, Niños y Adolescentes, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos en un ambiente saludable y seguro.*

### 3.1 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



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



Objetivo Estratégico 2: Garantizar la continuidad del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años



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



Objetivo estratégico 4: Garantizar la protección de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad

### 3.2 METAS EMBLEMÁTICAS AL 2021

Disminuir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años.

Incrementar en 10 puntos porcentuales el acceso de niñas y niños de 0 a 2 años a educación temprana (ciclo I) pertinente y de calidad.

El 40% de las niñas y niños logran el nivel II en la prueba censal de comprensión lectora

El 30% de niñas y niños logran el nivel II en la prueba censal de habilidades matemáticas

El 90% de los adolescentes que culminan la secundaria han desarrollado habilidades para la vida consideradas en la curricula de EBR

Disminuir en 35% la tasa de embarazo en adolescentes en la región.

El Gobierno Regional como ente rector promueve y articula la gestión pública regional y local para la prestación de servicios de protección a la niñez y adolescencia.

13 gobiernos provinciales cuentan con espacios activos de participación de NNA representativos, reconocidos y funcionando

[Escriba aquí]

#### 4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, RESULTADOS, METAS, INDICADORES Y ESTRATEGIAS

Objetivo Estratégico N° 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años				
RESULTADOS ESPERADOS	METAS 2021	INDICADORES	ESTRATEGIAS	EVIDENCIAS
Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el período neonatal, con respeto de su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades andino amazónicas.	Reducir en 30% la tasa de mortalidad neonatal.	Tasa de mortalidad neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de la coordinación intersectorial e intergubernamental para la vigilancia de la salud materna y neonatal.</li> <li>Garantizar los recursos técnicos y financieros para la mejora en la prestación de los servicios materno-neonatales.</li> <li>Alineación programática y de inversiones en los niveles sectorial y local, en el marco de la gestión por resultados.</li> <li>Implementación de un plan de mejora de la calidad de servicios de atención al recién nacido y la gestante que incluya las intervenciones basadas en evidencia del AIEPI neonatal.</li> <li>Implementación de un programa de fortalecimiento de los conocimientos de la comunidad relativos a signos de peligro de la gestante y el recién nacido.</li> </ul>	Las intervenciones que presenta la propuesta de AIEPI neonatal fueron seleccionadas en base a la evidencia científica actual y en el análisis de su factibilidad y potencial para reducir la mortalidad neonatal que incluyen desde el control prenatal, atención del parto por personal calificado en EE.SS., atención inmediata del recién nacido y visita domiciliaria temprana entre muchas acciones propuestas (AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. Segunda edición/OMS).
		Porcentaje de parto institucional.		
	Reducir en 30% la tasa de mortalidad materna.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.		
		Razón de mortalidad materna.		
		Cobertura de gestante controlada en el primer trimestre.		
		Cobertura de control CRED de RN.		
		Variación del presupuesto asignado a la salud materna y neonatal.		

Objetivo Estratégico N° 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años				
RESULTADOS ESPERADOS	METAS 2021	INDICADORES	ESTRATEGIAS	EVIDENCIAS
Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un buen estado nutricional en función al estándar OMS.	Disminuir en 10 puntos porcentuales la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años.	Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón OMS). Porcentaje de anemia en niños menores de 3 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar estrategias de vigilancia comunitaria y acompañamiento familiar articulando las intervenciones de organismos públicos y privados.</li> <li>• Mediante el Gobierno Regional desarrollar un área de monitoreo y evaluación de programas de los sectores y gobiernos locales para mejorar resultados.</li> <li>• Fortalecer la consejería nutricional a través de pares.</li> <li>• Asistencia técnica a gobiernos locales para mejorar la inversión en seguridad alimentaria.</li> </ul>	<p>La educación nutricional en poblaciones con seguridad alimentaria producen un incremento de la talla para la edad (Guldan et al., 2000; Penny et al., 2005).</p> <p>En poblaciones con inseguridad alimentaria se mostró que la estrategias educativas tienen impacto siempre y cuando se combina con entrega de alimentos suplementarios (Lutter, 2008)</p> <p>Evidencias locales: experiencia de Lamay.</p>
	Disminuir en 20 puntos el porcentaje de anemia en niños menores a 3 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que reciben las vacunas básicas completas para su edad.		
		Porcentaje de NN menores de 3 años que reciben micronutrientes.		
Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.	Incrementar en 10 puntos porcentuales el acceso de niñas y niños 0 a 2 años a Educación Temprana (Ciclo I) pertinente y de calidad (LB: 3,4%).	Porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses que tienen controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un programa intergubernamental e intersectorial que permita la intervención de los actores privados para ampliar la cobertura de atención, con componentes de desarrollo de infraestructura, implementación y personal capacitado. Articulado a la participación comunitaria.</li> <li>• Alinear componentes de intervención dirigidos a la familia (Educación – MIDIS – Salud).</li> </ul>	<p>Los impactos en los niños y niñas a la edad de tres años estuvieron asociados a la mejora en la orientación de los padres. Los programas que están enfocados tanto al niño y niña como a los padres son más exitosos al incrementar los resultados del rendimiento en el desarrollo y estos son mayores cuando los familiares se incorporan tempranamente (Programa Head Start/<a href="http://www.acf.hhs.gov/programs/ohs">www.acf.hhs.gov/programs/ohs</a>)</p>
	Incrementar en 20% la cobertura de CRED en el menor de 1 año (LB: 58%).	Cobertura de acceso a servicios de Educación Temprana de la población de 0 a 2 años de edad: Ciclo I (SET, PIETBAF, Ludotecas), CPVC y Cuna Mas - SAF.		
		Cobertura de acceso a servicios de cuidado diurno de la población de 0 a 2 años.		

Objetivo Estratégico N° 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años				
RESULTADOS ESPERADOS	METAS 2021	INDICADORES	ESTRATEGIAS	EVIDENCIAS
		Cobertura de acceso a servicios de acompañamiento familiar de la población de 0 a 2 años.		
Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a Educación Inicial de calidad, oportuna, inclusiva, pertinente y libre de violencia.	Incrementar en 20% el acceso y permanencia de niñas y niños de 3 a 5 años de edad a la Educación Inicial a la edad correspondiente, priorizando el ámbito rural (LB: 64%).	<p>Tasa neta de matrícula en Educación Inicial del grupo de 3 a 5 años de edad.</p> <p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 5 años que culminan el nivel inicial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de mecanismos de articulación interinstitucional e intergubernamental para proveer un mejor servicio de atención integral de salud y nutrición al niño y niña de 3 a 5 años con calidad y pertinencia cultural.</li> <li>• Promoción de la asignación e incremento de presupuesto para la implementación de servicios atención de niños de 3 a 5 años de edad.</li> <li>• Promoción de programas para educación inclusiva en el ámbito rural.</li> <li>• Promoción de la formación docente especializada en educación inclusiva.</li> <li>• Fortalecimiento de un sistema de información en Educación. (ESCALE – SISEVE)</li> <li>• Ampliación del servicio de educación inicial con calidad garantizando la permanencia.</li> </ul>	



<b>Objetivo Estratégico N° 2. Garantizar la continuidad del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Niños y niñas en zonas rurales acceden a escuelas multidocentes, con enfoque de Educación Intercultural Bilingüe y culminan oportunamente la primaria	El 90% de niñas y niños en zona rural acceden a escuelas polidocentes /multigrado.	Porcentaje de niñas y niños de zona rural que acceden a la escuela polidocente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobiernos locales implementan servicios de transporte seguro para niños y niñas.</li> <li>• Adecuar la normativa del sector educación a nuestra realidad rural andino amazónico.</li> <li>• Desarrollo de una propuesta pedagógica EIB concertada acorde a la aspiración de los pueblos originarios.</li> <li>• Conformación de equipos técnicos en la DREC con docentes bilingües capacitados en EIB.</li> <li>• Instalación de espacios comunitarios de complementación escolar con saberes comunitarios gestionada por la comunidad con participación del gobierno local.</li> <li>• Fortalecimiento de la Educación Intercultural Bilingüe en las zonas rurales.</li> </ul>	
	El 80% de las niñas y niños en zona rural acceden a una Educación Intercultural Bilingüe.	Porcentaje de niñas y niños en zona rural que acceden a una educación en su lengua materna.		
	El 100% de niñas y niños culminan oportunamente la Educación Primaria.	Tasa de culminación oportuna de la Educación Primaria.		

<b>Objetivo Estratégico N° 2. Garantizar la continuidad del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Niños y niñas mejoran significativamente en la resolución de la prueba censal tanto en Comprensión Lectora como Razonamiento Matemático.	El 50% de las niñas y niños logran el Nivel II en la prueba censal de comprensión lectora.	Porcentaje de niñas y niños del segundo grado que logran el Nivel II en la prueba censal de comprensión lectora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de programa regional de ampliación de horas de aprendizaje en comunidades rurales andinas y amazónicas.</li> <li>Fortalecimiento de las competencias de los docentes para implementación de metodologías pedagógicas modernas de enseñanza.</li> </ul>	
	El 35% de niñas y niños logran el Nivel II en la prueba censal de Matemática.	Porcentaje de niñas y niños del Segundo Grado que logran el Nivel II en la prueba censal de comprensión de Matemática.		
Niñas y niños de Cuarto Grado de EBR en IIEE EIB mejoran significativamente en la resolución de la prueba censal de Comprensión Lectora en lengua materna.	El 50% de las niñas y niños de cuarto grado de EBR en IIEE EIB logran el nivel II en la prueba censal de Comprensión lectora en su lengua materna.	Porcentaje de niñas y niños del Cuarto Grado de EBR de IIEE EIB que logran el Nivel II en la prueba censal de Comprensión Lectora en su lengua materna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer las normas regionales para la evaluación y reconocimiento de las II. EE. EIB.</li> <li>Construcción de equipos técnicos en la DREC con docentes bilingües capacitados en EIB.</li> <li>Impulsar el funcionamiento del sistema regional de formación continua de docentes EIB.</li> </ul>	
Niñas y niños de 6 a 11 años adoptan comportamientos de vida saludables.	El 95% de niñas y niños de 11 años tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado para su edad.	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 años con IMC adecuado para su edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover conductas saludables de alimentación y actividad física en las familias y en especial en los niños y niñas de Educación Primaria.</li> <li>Articulación intersectorial e intergubernamental, incluyendo la participación de actores privados en el desarrollo de estrategias de salud escolar.</li> </ul>	
	El 80% de niñas y niños de 11 años han sido controlados en un EE.SS. por lo menos una vez por año.	Porcentaje de niñas y niños de 11 años que han sido controlados en un EE. SS., por lo menos una vez al año.		

<b>Objetivo Estratégico N° 3. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de adolescentes de 12 a 17 años</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Adolescentes culminan oportunamente la Educación Secundaria.	El 90% de los adolescentes culminan oportunamente su Educación Secundaria.	Porcentaje de adolescentes que culminan oportunamente su Educación Secundaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación de la inversión presupuestal para la Educación Secundaria.</li> <li>• Fortalecimiento de la experiencia del modelo de educación en alternancia, permitiendo que sea una alternativa viable en cada una de las 13 provincias.</li> <li>• Adaptación de la malla curricular, generando que la Educación Secundaria responda a las necesidades y expectativas de los jóvenes, principalmente de zonas rurales.</li> </ul>	
Adolescentes que culminan la Educación Secundaria han desarrollado habilidades para la vida.	El 90% de los adolescentes que culminan la Educación Secundaria han desarrollado habilidades para la vida (definición de la OMS).	Porcentaje de adolescentes que culminan la Educación Secundaria con habilidades para la vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de las competencias de los profesores para el manejo de la enseñanza de habilidades para la vida.</li> <li>• Incorporar de manera transversal en el diseño curricular de Educación Secundaria el desarrollo de habilidades para la vida (no sólo en tutoría).</li> </ul>	
El embarazo en adolescentes ha disminuido significativamente.	Disminuir en 35% la tasa de embarazo en adolescentes en la región.	Porcentaje de embarazo en adolescentes del total de embarazos en el Departamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes del departamento.</li> <li>• Mejoramiento del acceso a la salud sexual y reproductiva para los adolescentes mediante servicios diferenciados.</li> <li>• Educación en habilidades para la vida y salud sexual a través de pares.</li> <li>• Implementación de Centros de Desarrollo de jóvenes y adolescentes.</li> </ul>	

Plan Regional de Acción por las Niñas, Niños y Adolescentes Cusco 2014 -2021

Disminución de la prevalencia de consumo de drogas en estudiantes de Educación Secundaria.	Disminuir en 50% la prevalencia del consumo de drogas legales en estudiantes de Educación Secundaria.	Prevalencia de consumo de drogas legales en estudiantes de Educación Secundaria del Departamento del Cusco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generación de programas de alternativas como de buen uso del tiempo libre y de recreación para adolescentes.</li> <li>• Desarrollo de programas de prevención en el uso y consumo de drogas para adolescentes.</li> </ul>
	Disminuir en 50% la prevalencia del consumo de drogas ilegales en estudiantes de Educación Secundaria.	Prevalencia de consumo de drogas ilegales en estudiantes de Educación Secundaria del Departamento del Cusco.	
Disminución de la victimización por <i>bullying</i> .	Disminuir en 50% el nivel alto y medio de la escala de exposición de <i>bullying</i> en la escuela.	Porcentajes de nivel medio y alto en la escala de exposición al <i>bullying</i> en el Departamento del Cusco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de una ruta de atención para los casos de <i>bullying</i>.</li> <li>• Definición de políticas anti-<i>bullying</i> en las II.EE. del departamento con participación de toda la comunidad educativa: padres, profesores, estudiantes, personal administrativo y directivo.</li> <li>• Promover en las II.EE. entornos seguros y valores.</li> <li>• Implementar convivencia escolar democrática.</li> </ul>
	Disminuir en 50% el nivel alto y medio de la escala de victimización por <i>bullying</i> .	Porcentajes de nivel medio y alto en la escala de victimización por <i>bullying</i> .	
	Disminuir en 50% del nivel alto y medio de la escala de agresividad a través del <i>bullying</i> .	Porcentajes de nivel medio y alto en la escala de agresividad a través del <i>bullying</i> .	
Disminución del riesgo de adicción al Internet.	Disminuir en 50% el riesgo de adicción al Internet de acuerdo a una escala de adicción.	Porcentaje de adolescentes en alto riesgo de adicción al Internet de acuerdo una escala de adicción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar programas para prevenir y tratar el uso problemático de Internet en adolescentes.</li> <li>• Dentro de la familia la estrategia de establecer acuerdos sobre tiempos de uso y fortalecimiento de espacios para compartir en familia.</li> <li>• Desarrollar programas de páginas web que promuevan protocolos de actuación ante el cyberbullying.</li> </ul>
	Disminuir en 50% las víctimas de <i>cyberbullying</i> .	Porcentaje de adolescentes que refieren haber sido víctimas de <i>cyberbullying</i> .	



<b>Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Sistema de Protección de derechos de NNA fortalecido en la Región y en los Gobiernos Locales del Cusco.	El Gobierno Regional, como ente rector, promueve y articula la gestión pública regional y local para la prestación de servicios de protección a la niñez y adolescencia.	Número de políticas públicas en materia de protección de derechos de niñez y adolescencia articuladas a los tres niveles de Gobierno Nacional, Regional y Local.  Número de proyectos intersectoriales con participación del sector privado en materia de protección de la niñez y adolescencia, implementados.  Número de acciones intersectoriales con participación del sector privado, en materia de protección de la niñez y adolescencia, implementados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de una instancia en el Gobierno Regional responsable de la rectoría, garantía y articulación para la protección de los derechos de los NNA.</li> <li>• Implementación de una política regional de formación de RR.HH. con competencias para la protección de los derechos de NNA con la participación de la sociedad civil.</li> <li>• CORENNA cuenta con una estrategia regional de protección de la niñez y adolescencia aprobado por el Gobierno Regional con participación de la sociedad civil.</li> <li>• Promover iniciativas de educación formal especializada desarrollados en alianza con el Gobierno Regional, universidades locales y sociedad civil.</li> </ul>	
	Un Consejo Regional de NNA (CORENNA) como ente consultivo del Gobierno Regional en políticas de Infancia y Adolescencia implementado y funcionando.	Número de propuestas de políticas, proyectos y/o iniciativas en materia de Infancia y Adolescencia propuestas por el CORENNA son implementadas.		
	Recursos humanos especializados en protección de derechos de NNA trabajando en el Departamento del Cusco.	Número de RR.HH. con competencias en protección de derechos de NNA trabajando para el gobierno regional y la sociedad civil.		

<b>Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Niñas, niños y adolescentes cuentan con documentación que garantiza su identidad y su condición de ciudadanos.	El 100% de Niñas, niños y adolescentes cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI).	Porcentaje de Niñas, Niños y Adolescentes que cuenta con el DNI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar una ruta que facilite y garantice el proceso de identificación e inscripción de recién nacidos y entrega de de DNI a NNA priorizando poblaciones vulnerables (discapacitados, amazónicos y alto andinos).</li> <li>• Promoción de eventos (campañas, ferias, salidas itinerantes) en las comunidades para inscripción de niñas, niños, jóvenes y adultos, organizadas por el Gobierno Local en coordinación con GRIAS – RENIEC.</li> </ul>	
Las provincias del Departamento del Cusco cuentan con Instituciones Educativas de Educación Especial.	Incrementar 3 IIEE de Educación Especial en provincias que no cuenten con ellas.	Número de II.EE. de Educación Especial implementadas en provincias que no cuentan con ellas.  Número de niñas, niños y adolescente con discapacidad matriculados en servicios de educación especializada por provincias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar la Educación Especial e inclusive en las políticas educativas regionales y locales.</li> <li>• Promover la oferta formativa y laboral para profesores de Educación Especial.</li> <li>• Incrementar el número de profesores con competencias en educación de NNA con discapacidad en II. EE. de Educación Especial.</li> </ul>	
Se incrementa el número de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que acuden al sistema educativo regular.	Incrementar en 30% el número de NNA con discapacidad en II.EE. Regulares, por provincia.	Números de niñas, niños y adolescentes con discapacidad matriculados en II.EE. Regulares, por provincias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar la incorporación de NNA con discapacidades en colegios de educación regular.</li> <li>• Incrementar el número de profesores con competencias en educación de NNA con discapacidad en colegios regulares.</li> </ul>	

<b>Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
Disminuir los casos de trata y explotación laboral y sexual en NNA.	El 30% de NNA y sus familias en provincias de mayor riesgo en la Región cuentan con información para prevenir la trata de personas.	Porcentaje de NNA y sus familias informado sobre la prevención de trata de personas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de un sistema único de prevención, registro y denuncia de casos por trata de personas manejado por PNP, Ministerio Público, Ministerio de Justicia, Poder Judicial y la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente (DEMUNA) a nivel departamental.</li> <li>Identificación en alianza con gobiernos locales de las rutas-corredores desde donde se transporta a las víctimas de trata (priorizando las provincias La Convención, Quispicanchis y la región de Puerto Maldonado).</li> </ul>	Sistema RETA de la PNP tiene estadísticas hasta el año 2010 que pueden mostrar la problemática de trata.
	Un sistema único de registro y denuncia de casos implementado y funcionando.	Un sistema único de registro y denuncia de casos implementado y funcionando.		
	100% de casos de trata contra NNA identificados con sentencia.	Porcentaje de casos de trata contra NNA sentenciados.		
Espacios de participación activa y permanente para NNA reconocidos y funcionando en el Gobierno Regional y todos los gobiernos provinciales.	13 gobiernos provinciales cuentan con espacios activos de participación de NNA representativos, reconocidos y funcionando (Consejo Consultivo o similar).	Número de gobiernos provinciales cuentan con espacios de participación de NNA representativos, reconocidos y funcionando.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar y garantizar el funcionamiento continuo de los CCONNAS (Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes) tanto a nivel distrital, como provincial y regional, bajo responsabilidad del gobierno correspondiente.</li> <li>Promover la creación de organizaciones de NNA (deportivas, culturales, laborales, etc.) a iniciativa de los NNA y sus intereses.</li> <li>Reconocimiento de las organizaciones infantiles y juveniles por parte de gobiernos locales para promover su asociatividad.</li> </ul>	
	50% del total de las ordenanzas, acuerdos y resoluciones de los gobiernos locales, provinciales y el regional que benefician a los NNA han sido consultados a través del CCONNA.	Porcentaje de ordenanzas, acuerdo y resoluciones de los gobiernos provinciales y el regional que benefician a los NNA que han sido consultados a través del CCONNA.		

Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad				
RESULTADOS ESPERADOS	METAS 2021	INDICADORES	ESTRATEGIAS	EVIDENCIAS
Marco legal e institucional que protege oportunamente a NNA frente a situación de violencia.	Un diagnóstico regional sobre la situación de violencia contra los NNA, sobre el grado de información que tienen los NNA en relación con las diferentes formas de maltrato y los mecanismos de denuncia.	Número de documentos elaborados (diagnóstico, estudio, línea de base) sobre violencia contra NNA en la Región.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecimiento de familias, comunidades, instituciones públicas y privadas que promueven actividades de prevención, denuncia y respuesta ante situaciones de violencia de NNA.</li> <li>Implementación de estrategia regional para enfrentar el abuso sexual infantil, el maltrato físico y la violencia escolar.</li> <li>Se elabora y se difunde una ruta única de atención en casos de violencia contra NNA en cada provincia de la Región, que incluye componentes de prevención, denuncia, investigación, atención y recuperación de NNA víctimas de violencia.</li> <li>Articulación de servicios en sistemas locales de protección de acuerdo a la realidad urbana y rural de la Región.</li> <li>Difusión de servicios de protección y denuncia de casos de violencia contra NNA.</li> <li>Formulación de un proyecto de inversión pública para la implementación de los servicios de atención de NNA víctimas de violencia (Comisarias PNP y Ministerio Público).</li> </ul>	
	El 60% de NNA cuentan con información para prevenir el abuso sexual infantil.	Porcentaje de NNA que conocen como prevenir el abuso sexual infantil.		
	El 100% de casos de abuso sexual infantil son sentenciados.	Porcentaje de casos de abuso sexual que son sentenciados.		
	Servicios de protección frente a la violencia y el abuso contra NNA implementados en la Región.	Número de Cámaras Gesell implementadas en provincias lejanas del Cusco en alianza con el Ministerio Público (La Convención y Chumbivilcas).  Número de comisarías de familia que cuentan con espacios adecuados y personal especializado en la atención de NNA		

<b>Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad</b>				
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>METAS 2021</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
El número de NNA albergados en Centro de Atención Residencial (CAR) ha disminuido en relación al año base.	Un diagnóstico de la situación de las NNA albergados en CAR.	Diagnóstico de la situación de las NNA albergados en CAR elaborado, publicado y difundido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una línea base/diagnóstico de la situación de NNA albergados en la Región.</li> <li>• Implementación de un proyecto de inversión pública para implementar un servicio de acogimiento familiar.</li> <li>• Fortalecimiento de las familias para la reintegración de sus hijas e hijos albergados en un CAR.</li> <li>• Elaboración de un proyecto de inversión pública para la construcción e implementación de CAR especializado en adolescentes.</li> <li>• Fortalecimiento de capacidades de los CAR orientadas a la reintegración de los NNA a sus familias y las dirigidas a generar autonomía en los adolescentes.</li> </ul>	
	30% de NNA antes de cumplir 3 años de albergados en un CAR se integran exitosamente a un grupo familiar.	Porcentaje de NNA que antes de cumplir 3 años en un CAR están reintegrados exitosamente a un grupo familiar.		
	CAR especializado en adolescentes implementado en la Región.	CAR especializado en adolescentes implementado.		
El número de NNA trabajadores, con especial énfasis en aquellos que se encuentran expuestos a una mayor vulneración de sus derechos ha disminuido en relación al año base.	Disminuir en un 50% la cantidad de niños, niñas entre 6 y 13 años que trabajan.	Porcentaje de niños, niñas entre 6 y 13 años que trabajan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación del sistema de registro de los NNA trabajadores a través de las DEMUNAS.</li> <li>• Promoción de acciones y mecanismos dirigidos a sensibilizar e involucrar a la sociedad civil y los decisores políticos sobre el trabajo infantil y sus peores formas.</li> </ul>	
	Erradicar al 100% las peores formas de trabajo infantil en Niñas, Niños y Adolescentes.	Porcentaje de Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran bajo las peores formas de trabajo infantil.		

## 5. SISTEMA REGIONAL DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PRANNA 2013 – 2021

El sistema de monitoreo y evaluación del PRANNA busca ser una propuesta de seguimiento que permita que el Gobierno Regional, las instituciones del Estado y de la sociedad civil puedan ir controlando los avances y retrocesos durante la implementación del Plan. Debe servir, por lo tanto, para fortalecer las estrategias exitosas y corregir aquellas que no lo son a través de una vigilancia permanente y programada de los indicadores priorizados por objetivo estratégico.

Para el seguimiento se propone la creación de un grupo técnico liderado por la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional donde participen los distintos sectores del Estado, tanto del Gobierno Regional como Local, involucrados con la infancia y la adolescencia. Asimismo, debe incluirse con un peso mayoritario la presencia de instituciones de la sociedad civil como asociaciones de niñas, niños y adolescentes, organismos no gubernamentales y otras, tomando como base el comité que participó en la elaboración del presente documento.

A continuación se presentan los indicadores priorizados en un taller con expertos en infancia y adolescencia del Departamento del Cusco.

<b>Objetivo Estratégico N° 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Porcentaje de desnutrición crónica de la población de niños y niñas menores de 5 años de edad (patrón OMS).		Anual	ENDES	DIRESA
Cobertura de acceso a servicios de educación temprana de la población de 0 a 2 años de edad: Ciclo I (SET, PIETBAF, Ludotecas), CPVC y Cuna Mas- SAF.		Anual	ENDES	DREC
Porcentaje de anemia en niños menores de 3 años.		Anual	Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA.	DIRESA
Cobertura de acceso a servicios de cuidado diurno de la población de 0 a 2 años.		Anual	Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA.	
Porcentaje de parto institucional.		Anual	Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA.	
Cobertura de control CRED de RN.		Anual	Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA.	
<b>Objetivo Estratégico N° 2. Garantizar la continuidad del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años</b>				

<b>Objetivo Estratégico N° 1. Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Porcentaje de niñas y niños en zona rural que acceden a una educación en su lengua materna.		Anual	DREC	DREC
Tasa de culminación oportuna de la Educación Primaria.		Anual	DREC	DREC
Porcentaje de niñas y niños del Segundo Grado que logran el Nivel II en la prueba censal de Comprensión Lectora.		Anual	PCE	DREC
Porcentaje de niñas y niños del Segundo Grado que logran el Nivel II en la prueba censal de Matemáticas.		Anual	PCE	DREC
Porcentaje de niñas y niños del Cuarto Grado de EBR de IIEE EIB que logran el Nivel II en la prueba censal de Comprensión Lectora en su lengua materna.		Anual	DREC	DREC
Porcentaje de niñas y niños de 11 años con IMC adecuado para su edad.		Anual		DIRESA

<b>Objetivo Estratégico N° 3. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de adolescentes de 12 a 17 años</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Porcentaje de embarazo en adolescentes del total de embarazos en el Departamento.		Anual	DIRESA	DIRESA
Prevalencia de consumo de drogas legales en estudiantes de Educación Secundaria del Departamento del Cusco.		C/3 años	DEVIDA	Gobierno Regional
Porcentaje de adolescentes en alto riesgo de adicción al Internet de acuerdo a una escala de adicción.		C/3 años	DEVIDA	Gobierno Regional
Porcentaje de adolescentes que culminan la Educación Secundaria con competencias para la vida (instrumento de medición).		Anual	DREC	DREC

<b>Objetivo Estratégico N° 3. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de adolescentes de 12 a 17 años</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Prevalencia de consumo de drogas ilegales en estudiantes de Educación Secundaria del Departamento del Cusco.		C/3 años	DEVIDA	Gobierno Regional
Porcentaje de adolescentes que culminan oportunamente su Educación Secundaria.		Anual	DREC	DREC

<b>Objetivo Estratégico N° 4. Garantizar la protección de Niñas, Niños y Adolescentes de 0 a 17 años de edad.</b>				
<b>INDICADOR</b>	<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>PERIODICIDAD</b>	<b>FUENTE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Número de gobiernos provinciales cuentan con espacios de participación de NNA representativos, reconocidos y funcionando.				
Un ente rector de protección de los derechos de los NNA implementado y funcionando.				
Porcentaje de casos de trata contra NNA sentenciados.				
Porcentaje de NNA y sus familias informados sobre la prevención de trata de personas.				
Porcentaje de Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran bajo las peores formas de trabajo infantil.		Anual	Fiscalía	Fiscalía
Porcentaje de Niñas, Niños y Adolescentes que cuenta con el DNI.		Anual	RENIEC	RENIEC regional

## BIBLIOGRAFIA

- Análisis Situacional de Salud – 2006 y 2013, DIRESA – Cusco/Dirección de Estadística e Informática, 2014.
- Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, 2007.
- Encuesta Nacional de Hogares 2004, 2009,2012, Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima, 2007.
- “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010.” Encuesta de Hogares, CEDRO. Lima – Perú, 2011.
- Estado de la infancia en el Perú, INEI – UNICEF, Lima 2011, 2012. “La situación de las Niñas, Niños y Adolescentes de los Centros de Atención Residencial de la Región Cusco”, UNICEF, Gobierno Regional de Cusco y Red Semilla Nueva, Cusco, 2011.
- Estudio Nacional – “Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria – 2012”, DEVIDA – MINEDU. IV. Lima – Perú, 2013.
- Evaluación Censal de Estudiantes, Ministerio de Educación Perú, Lima 2012.
- Informe sobre Desarrollo Humano 2010, Programa de las Naciones Unidas- PNUD, Lima, 2010.
- “Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder”, Young, Kimberly, en: CiberPsychology and Behavior, Vol. 1, N° 3, 1996, pp. 237 - 244.
- Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana – INEI, Lima, 2011.
- “Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria”. *Depress Anxiety*, 17(4), 2003, pp. 207 – 216, Shapira, Nathan A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S.T., Lazoritz, M. & Gold M. S., Stein DJ.
- Reporte sobre Mortalidad Materna al2011, MINSA-DGE-RENACE, Lima 2011
- Situación de la Mortalidad Materna en la Región Cusco 2011, Gobierno Regional del Cusco – DIRESA, Cusco 2011.
- “Technological Addictions: Looking to the future”. Paper presentado en la 105 Annual Convention of The American Psychological Association, GRIFFITHS, M. D. Chicago – Illinois, 1997.

**ANEXOS**