

Estado de la Niñez en el Perú



Estado de la Niñez en el Perú

Estado de la Niñez en el Perú

- © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Parque Melitón Porras 350, Miraflores, Lima – Perú
Teléfono: 6130707 / Fax: 4470370
Página web: www.unicef.org/peru
- © Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
General Garzón 654 – 658, Jesús María, Lima – Perú
Teléfono: 2032640 / Fax: 4311340
Página web: www.inei.gob.pe

ISBN: 978-612-45232-3-6

Hecho en Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-02547

Primera edición

Tiraje: 3,000 ejemplares

Lima, febrero de 2011

Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa

Pasaje María Auxiliadora 156, Lima 5 – Perú

Teléfono: 3323229

Correo electrónico: tareagrafica@tareagrafica.com

Página web: www.tareagrafica.com

Foto de carátula:

©UNICEF/RTNA0185/L.Bonacini

Foto de contracarátula:

©UNICEF/RTNA0186/L.Bonacini

Elaboración de contenidos:

Martín Benavides, Carmen Ponce y Magrith Mena del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) en coordinación con UNICEF

Elaboración de boxes:

UNICEF

Revisión técnica del INEI:

Rofilia Ramírez, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales (DTDIS)

Equipo técnico de UNICEF:

Maki Kato

Carlos Javier Rodríguez

Carla Valla

Mariko Obari

Mapas del Perú y de los departamentos:

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

Dirección Nacional de Censos y Encuestas

Dirección Ejecutiva de Cartografía y Geografía

Diseño y diagramación:

Gisella Scheuch

Este documento puede ser copiado y citado, total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente. Por favor envíenos copia de cualquier documento, artículo u otro que cite esta publicación.

Estado de la Niñez en el Perú



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	8
RESUMEN EJECUTIVO	10
1. PRIMERA INFANCIA (desde la concepción hasta los 5 años)	19
1.1. El Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia	20
1.2. Derecho a la salud y nutrición en la primera infancia	23
1.2.1. Salud y nutrición de la madre y el recién nacido	23
• Atención prenatal y estado nutricional de la madre.....	24
• Atención del parto	28
• Parto por cesárea	30
• Mortalidad materna.....	30
• Mortalidad neonatal	30
• Peso al nacer	31
1.2.2. Salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años	35
• Mortalidad infantil y de la niñez	35
• Desnutrición, anemia y deficiencia de vitamina A.....	36
• Lactancia materna y alimentación complementaria	45
• Enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) ..	49
• Vacunación y control de crecimiento y desarrollo (CRED).....	53
1.3. Derecho al aprendizaje y educación en la primera infancia	58
• Asistencia a la educación inicial	58
• Asistencia continuada a la educación inicial.....	61
1.4. Derecho a la protección en la primera infancia	63
• Acceso a la identidad	63
• Violencia doméstica y familiar	65
2. NIÑEZ (de 6 a 11 años)	69
2.1. Derecho a la salud y nutrición en la niñez	70
• Desnutrición crónica.....	70
• Afiliación a un seguro de salud	71
• Acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento	75
2.2. Derecho al aprendizaje y educación en la niñez	78
• Asistencia a la educación primaria.....	78
• Atraso escolar	79
• Rendimiento escolar	83
2.3. Derecho a la protección en la niñez	88
• Trabajo infantil	88
3. ADOLESCENCIA (de 12 A 17 años)	93
3.1. Derecho a la salud y nutrición en la adolescencia	94
• Anemia.....	94
• Sobrepeso.....	96
• Afiliación a un seguro de salud	96
• VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual	98

ÍNDICE

3.2. Derecho al aprendizaje y educación en la adolescencia	103
• Asistencia a la educación secundaria.....	103
• Atraso escolar.....	105
• Conclusión de la educación primaria y secundaria.....	110
3.3. Derecho a la protección en la adolescencia	113
• Trabajo adolescente.....	113
• Actividades desempeñadas por los y las adolescentes que trabajan.....	117
• Trabajo, pobreza y atraso escolar en los departamentos.....	118
• La maternidad en la adolescencia.....	120
4. LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS PROVINCIAS	125
Perú.....	129
Amazonas.....	130
Áncash.....	132
Apurímac.....	134
Arequipa.....	136
Ayacucho.....	138
Cajamarca.....	140
Cusco.....	142
Huancavelica.....	144
Huánuco.....	146
Ica.....	148
Junín.....	150
La Libertad.....	152
Lambayeque.....	154
Lima y Callao.....	156
Loreto.....	158
Madre de Dios.....	160
Moquegua.....	162
Pasco.....	164
Piura.....	166
Puno.....	168
San Martín.....	170
Tacna.....	172
Tumbes.....	174
Ucayali.....	176
ANEXOS	179
BIBLIOGRAFÍA	189
GLOSARIO	192

El CD que acompaña el estudio contiene indicadores relacionados con las dimensiones demográficas, de salud, educación y protección de los niños, niñas y adolescentes desagregados hasta el nivel distrital.

ÍNDICE

MAPA

Mapa 1:	Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia	22
---------	--	----

CUADROS

Cuadro 1:	Población en el Perú por grupos de edad	10
Cuadro 2:	Indicadores utilizados en el IDN en la primera infancia (desde la concepción hasta los 5 años)	20
Cuadro 3:	Anemia en las mujeres en edad fértil por área de residencia	27
Cuadro 4:	Mortalidad materna	30
Cuadro 5:	Anemia en los niños y niñas menores de 3 años y en los menores de 5 años por área de residencia, región natural y lengua materna	40
Cuadro 6:	Déficit de vitamina A y consumo de sal yodada por región natural	43
Cuadro 7:	Consumo de tres o más comidas sólidas y de grasa adicional por región natural	49
Cuadro 8:	Controles de crecimiento y desarrollo (CRED) para los niños y niñas menores de 4 años	54
Cuadro 9:	Esquema de vacunación para los niños y niñas menores de 4 años	54
Cuadro 10a:	Niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas	55
Cuadro 10b:	Niños y niñas menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo al día	55
Cuadro 11:	Asistencia a la educación inicial en los niños y niñas de 3 a 5 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna	59
Cuadro 12:	Asistencia continuada a la educación inicial en los niños y niñas de 3 a 5 años	61
Cuadro 13:	Madres de niños y niñas entre 0 y 5 años que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja por región natural	66
Cuadro 14:	Niños y niñas de 6 a 11 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna	72
Cuadro 15:	Población y establecimientos de salud en las provincias de Huancavelica	75
Cuadro 16:	Alumnos y alumnas de 6 a 11 años por situación de matrícula	80
Cuadro 17:	Actividades realizadas por los niños y niñas de 5 a 13 años	89
Cuadro 18:	Intensidad de la jornada laboral de los niños y niñas de 5 a 11 años	90
Cuadro 19:	Adolescentes de 15 a 19 años con déficit de peso y sobrepeso	96
Cuadro 20:	Adolescentes de 12 a 17 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna	97
Cuadro 21:	Conocimiento sobre el VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual entre las adolescentes mujeres de 15 a 19 años	100
Cuadro 22:	Uso del condón en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años	101
Cuadro 23:	Alumnos y alumnas de 12 a 17 años que asisten a la educación secundaria por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna	104
Cuadro 24:	Alumnos y alumnas de 12 a 17 años por situación de matrícula	106
Cuadro 25:	Conclusión de la educación primaria y secundaria en los y las adolescentes y jóvenes por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna	110
Cuadro 26:	Adolescentes de 14 a 17 años que trabajan según condición de pobreza	114
Cuadro 27:	Tipos y horas de trabajo en los y las adolescentes de 14 a 17 años	116
Cuadro 28:	Horas trabajadas a la semana por los y las adolescentes de 14 a 17 años según asistencia a la escuela y tipo de trabajo realizado	117

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia	11
Gráfico 2a:	Atención prenatal con profesional de salud por área de residencia (1996-2009)	25
Gráfico 2b:	Atención prenatal con profesional de salud por lengua materna de la madre (2009)	25
Gráfico 3:	Asistencia a 4 o más controles prenatales por área de residencia y lengua materna	25
Gráfico 4:	Anemia en las mujeres en edad fértil	26
Gráfico 5:	Mujeres que recibieron suplemento de hierro durante su última gestación por área de residencia	27
Gráfico 6a:	Partos atendidos por profesionales de salud por área de residencia (1996-2009)	28
Gráfico 6b:	Partos atendidos por profesionales de salud por lengua materna de la madre (2009)	28
Gráfico 7:	Partos atendidos por profesionales de salud por departamento	29
Gráfico 8:	Mortalidad neonatal por área de residencia	31
Gráfico 9a:	Niños y niñas con bajo peso al nacer por área de residencia y región natural	32
Gráfico 9b:	Niños y niñas con bajo peso al nacer por lengua materna de la madre	32
Gráfico 10a:	Niños y niñas pesados al nacer por área de residencia y región natural	33
Gráfico 10b:	Niños y niñas pesados al nacer por lengua materna de la madre	33
Gráfico 11:	Mortalidad infantil por área de residencia	35
Gráfico 12:	Mortalidad de la niñez por área de residencia	36
Gráfico 13a:	Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años por área de residencia	37
Gráfico 13b:	Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años por región natural	37
Gráfico 13c:	Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años por quintil de riqueza	37
Gráfico 14:	Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años por departamento	39
Gráfico 15:	Anemia en los niños y niñas menores de 3 años por área de residencia y región natural	41
Gráfico 16:	Anemia en los niños y niñas menores de 3 años por departamento	42
Gráfico 17:	Niños y niñas que lactaron durante la primera hora de vida por área de residencia, región natural y lengua materna de la madre	46
Gráfico 18:	Lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de 6 meses por área de residencia, región natural y lengua materna de la madre	47

Gráfico 19:	Enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de 36 meses y acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe por departamento.....	51
Gráfico 20:	Enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de 36 meses por área de residencia y región natural.....	52
Gráfico 21:	Infecciones respiratorias agudas en los niños y niñas menores de 36 meses por área de residencia y región natural.....	53
Gráfico 22:	Evolución de la vacunación completa en los niños y niñas de 18 a 29 meses por área de residencia y región natural.....	56
Gráfico 23:	Niños y niñas de 3 a 5 años que asisten a la educación inicial por departamento.....	60
Gráfico 24:	Asistencia continuada y cobertura neta en la educación inicial por departamento.....	62
Gráfico 25:	Niños y niñas de 0 a 5 años sin partida de nacimiento por departamento.....	64
Gráfico 26:	Niños y niñas de 0 a 5 años sin partida de nacimiento en las provincias de los departamentos de Loreto y Ucayali.....	65
Gráfico 27:	Instituciones a las que acudió buscando ayuda cuando la maltrataron.....	67
Gráfico 28:	Principal razón por la que no buscó ayuda cuando fue maltratada.....	68
Gráfico 29:	Desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 11 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna.....	70
Gráfico 30:	Afiliación a un seguro de salud y pobreza en los niños y niñas de 6 a 11 años por departamento.....	73
Gráfico 31:	Niños y niñas de 6 a 11 años que no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua o desagüe por departamento.....	76
Gráfico 32:	Niños y niñas de 6 a 11 años que residen en hogares con agua “segura” (con suficiente cloro) por departamento.....	77
Gráfico 33:	Niños y niñas de 6 a 11 años que asisten a la educación primaria por departamento.....	79
Gráfico 34:	Atraso escolar y pobreza en los niños y niñas de 6 a 11 años por departamento.....	81
Gráfico 35:	Niños y niñas de 6 a 11 años con atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia.....	82
Gráfico 36:	Niños y niñas de 6 a 11 años con atraso escolar por situación de pobreza y lengua materna.....	83
Gráfico 37:	Desempeño de los niños y niñas de 2do. grado en el área de comprensión de textos escritos.....	84
Gráfico 38:	Desempeño de los niños y niñas de 2do. grado en el área de matemática.....	85
Gráfico 39:	Niños y niñas de 2do. grado que NO alcanzaron el nivel de aprendizajes básicos en el área de comprensión de textos escritos por departamento.....	86
Gráfico 40:	Niños y niñas de 2do. grado que NO alcanzaron el nivel de aprendizajes básicos en el área de matemática por departamento.....	87
Gráfico 41:	Anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años por área de residencia y lengua materna.....	94
Gráfico 42:	Anemia y pobreza en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años por departamento.....	95
Gráfico 43:	Afiliación a un seguro de salud y pobreza en los y las adolescentes de 12 a 17 años por departamento.....	98
Gráfico 44:	Adolescentes mujeres de 15 a 19 años que han oído hablar del VIH-SIDA por área de residencia y lengua materna.....	99
Gráfico 45:	Adolescentes de 12 a 17 años que asisten a la educación secundaria por departamento.....	105
Gráfico 46:	Atraso escolar y pobreza en los y las adolescentes de 12 a 17 años por departamento.....	107
Gráfico 47:	Adolescentes de 12 a 17 años con algún atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia.....	108
Gráfico 48:	Adolescentes de 12 a 17 años con algún atraso escolar por situación de pobreza y lengua materna.....	109
Gráfico 49:	Adolescentes de 17 a 19 años que NO concluyeron la educación secundaria por departamento.....	112
Gráfico 50:	Condición de trabajo en los y las adolescentes de 14 a 17 años según la intensidad de la jornada laboral.....	115
Gráfico 51:	Trabajo y pobreza en los y las adolescentes de 14 a 17 años por departamento.....	119
Gráfico 52:	Trabajo y atraso escolar en los y las adolescentes de 14 a 17 años por departamento.....	120
Gráfico 53:	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad por departamento.....	121
Gráfico 54:	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad por lengua materna.....	122

BOXES

Box 1:	El empoderamiento de la mujer para lograr el desarrollo de la infancia y la comunidad.....	34
Box 2:	Combatiendo la anemia infantil: Estrategia intersectorial de suplementación con multimicronutrientes en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica.....	43
Box 3:	Los niños y niñas Candoshi y Shapra protegidos contra la Hepatitis B: Un logro que hay que sostener.....	57
Box 4:	¿Conocemos la real dimensión de la violencia en el Perú?.....	91
Box 5:	Contribuyendo a la reducción de la transmisión del VIH-SIDA de madres a niños y niñas.....	102
Box 6:	El derecho de toda niña, niño y adolescente a vivir en una familia.....	123

ANEXOS

Anexo 1:	Bases de datos empleadas en el estudio.....	179
Anexo 2:	Indicadores utilizados en la elaboración del Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia.....	182
Anexo 3-1:	Características de los establecimientos de salud del nivel de atención I.....	183
Anexo 3-2:	Provincias que no disponen de establecimientos de salud de las categorías I-4, II y III al año 2009.....	184
Anexo 4:	Desnutrición crónica según parámetros NCHS y OMS.....	185
Anexo 5-1:	Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud.....	186
Anexo 5-2:	Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia.....	186
Anexo 5-3:	Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud por lengua materna.....	187
Anexo 5-4:	Evolución de la afiliación a un seguro de salud en los niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años por área de residencia y lengua materna 2004-2009.....	188

PRESENTACIÓN

En los últimos años, el Perú ha logrado avances importantes y consistentes en el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, a través de la implementación de políticas públicas a su favor en los diferentes niveles de gobierno. La importancia de invertir en la infancia y la adolescencia es un acuerdo que trasciende a la gestión de un gobierno. La firma de compromisos a favor de la niñez por parte de la gran mayoría de los candidatos regionales en las elecciones del año 2010, así como la renovación de los compromisos para la lucha contra la desnutrición crónica infantil asumidos por los nuevos presidentes regionales en enero del año 2011 son evidencias concretas de la priorización de la niñez y adolescencia.

El país también ha logrado avances en la generación de información en los temas de niñez. A diferencia de la década pasada, los indicadores claves de la infancia relacionados con la salud materno neonatal, el estado nutricional, la atención en los servicios de salud infantil y el registro de nacimiento ahora cuentan con datos anuales y desagregados por departamento, región natural, área de residencia, quintil de riqueza y nivel de educación de la madre, que contribuyen a la mejora en la formulación e implementación de las políticas públicas.

El *Estado de la Niñez en el Perú* presenta la situación en que se encuentran las niñas, niños y adolescentes peruanos en el ámbito nacional, regional y local. El estudio presenta tanto las mejoras logradas en los últimos años como las inequidades aún existentes en términos del cumplimiento de los derechos de ellas y ellos. Tal como se evidenció en el estudio de UNICEF e INEI del año 2010 sobre la situación de la niñez indígena, los niños, niñas y adolescentes que residen en las zonas rurales y que tienen origen indígena son los que se encuentran en mayor desventaja. Por otro lado, hay problemáticas como la violencia que afectan a los niños, niñas y adolescentes de todos los niveles socioeconómicos del país, independientemente de dónde residen y qué origen étnico tienen. Para el cumplimiento de los derechos de todos los niños y todas las niñas peruanas es indispensable continuar con políticas públicas que prioricen la atención en los que se encuentran en situación de mayor exclusión e implementar nuevas políticas que aceleren o introduzcan cambios positivos en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

El contenido del estudio está organizado en dos secciones: en la primera sección, además de plantear el Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia, se abordan los principales

indicadores relacionados con el derecho a la salud y nutrición, al aprendizaje y educación, y a la protección por ciclo de vida: primera infancia (desde la concepción hasta los 5 años), niñez (de 6 a 11 años) y adolescencia (de 12 a 17 años); en la segunda sección se presentan algunos indicadores asociados a la situación de la niñez y adolescencia a nivel provincial, en las dimensiones demográficas, de salud, educación y protección. En el CD, que acompaña al estudio, se incluyen las tablas de cada uno de los departamentos del país que contienen indicadores claves desagregados hasta el nivel distrital.

El estudio está basado en la información disponible hasta fines del año 2010. Las principales fuentes de información fueron: el Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007, la Encuesta Nacional de Hogares 2008 y 2009, y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009, producidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); el Censo Escolar 2008 y la Evaluación Censal de Estudiantes del 2009 del Ministerio de Educación.

La preparación de los contenidos del estudio estuvo a cargo de Martín Benavides, Carmen Ponce y Magrith Mena, investigadores del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) en coordinación con UNICEF. La versión inicial del estudio fue objeto de discusión entre representantes de instituciones públicas y privadas vinculadas con los derechos de niñas, niños y adolescentes. Las observaciones y sugerencias recibidas en dicha oportunidad sirvieron para ajustar la calidad de la versión final del mismo.

UNICEF agradece el apoyo que la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) viene brindando a esta iniciativa que contribuirá a mejorar la situación de la niñez en el Perú.

Esperamos que este documento sea de utilidad para la formulación e implementación de políticas públicas a nivel nacional, regional y local que permitan la realización de los derechos de cada niña, niño y adolescente en el Perú.

PAUL MARTIN

Representante de UNICEF en el Perú

RESUMEN EJECUTIVO

Según proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2010, la población del Perú se acerca a los 30 millones de personas. El 36% de esta población está conformada por los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años (10,571,879). Alrededor del 45% de ellos y ellas vive en condición de pobreza.

Cuadro 1

Población en el Perú por grupos de edad

Población por grupos de edad	Nacional	% de la población total
Población total	29,461,933	100
Población de niños, niñas y adolescentes	10,571,879	36
Niños y niñas de 0 a 5 años	3,546,840	12
Niños y niñas de 6 a 11 años	3,521,603	12
Adolescentes de 12 a 17 años	3,503,436	12

Fuente: Elaboración propia en base a Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050. Boletín especial No. 17, 2009, INEI.

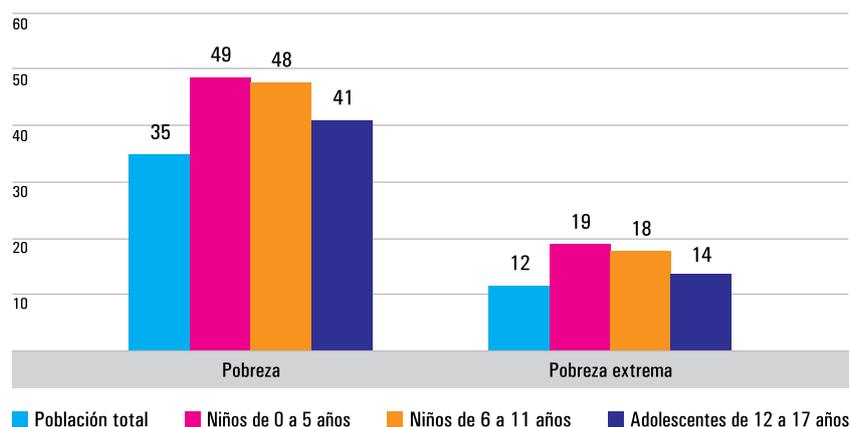
Como se observa en el Gráfico 1, los niños, niñas y adolescentes del país son los que concentran los índices más altos de pobreza y pobreza extrema. Mientras un 35% del total de la población peruana vive en situación de pobreza, esta cifra se eleva a 49% entre los niños y niñas de 0 a 5 años y a 48% entre los de 6 a 11 años. En el caso de la pobreza extrema, el 12% del total de la población peruana se encuentra en esta situación frente al 19% de los niños y niñas de 0 a 5 años.

Sin embargo, entre los años 2006 y 2009 se han producido dos cambios importantes: en primer lugar, la pobreza monetaria ha pasado de 45% a 35% a nivel nacional. Esta reducción se ha traducido en una menor incidencia de pobreza entre los niños, niñas y adolescentes, pasando de 60% a 49% en el grupo de 0 a 5 años, de 58% a 48% en el de 6 a 11 años y de 52% a 41% en el de 12 a 17 años. En segundo lugar, si bien la niñez peruana sigue presentando mayores tasas de pobreza extrema que el total de la población nacional, se observa una reducción en esta brecha, en especial en el caso de los más pequeños. Mientras en el año 2006, la pobreza extrema alcanzaba al 16% de la población total y al 27% de los niños y niñas de 0 a 5 años, en el 2009 estas cifras son de 12% y 19%, respectivamente.

Gráfico 1

Pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

La reducción en la pobreza, entre los años 2006 y 2009, ha sido de 10 puntos porcentuales, aproximadamente, tanto en el área urbana como en la rural, y en todas las regiones naturales, excepto por la selva rural. Como se verá a lo largo del estudio, si bien se han dado mejoras en una serie de indicadores relacionados con el bienestar del niño, niña y adolescente, todavía queda mucho por hacer y dichas mejoras aún no se condicen con lo observado en la dimensión monetaria de la pobreza.

Índice de desarrollo del niño en la primera infancia

Para comparar el estado de desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años entre los diferentes departamentos se elaboró el Índice de Desarrollo del Niño (IDN) para la primera infancia, el cual combina los indicadores disponibles de las dimensiones de salud y nutrición, aprendizaje y educación, y de entorno y protección de derechos. Según el IDN en la primera infancia, los seis departamentos con menor desempeño relativo son Huánuco (0.43), Cajamarca (0.44), Amazonas (0.45), Huancavelica (0.47), Loreto (0.49) y Ayacucho (0.51); los cuales pertenecen al grupo de los ocho departamentos más pobres del Perú, donde entre el 56% y 77% de la población se encuentra en situación de pobreza (ENAHO 2009). Sin embargo, el desempeño relativo del IDN en la primera infancia no parecería estar asociado con la preponderancia de lenguas originarias. Cajamarca, con menos del 1% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de menor desempeño relativo (0.44); mientras que Moquegua, con un 22% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de mayor desempeño relativo (0.85); y Apurímac, con 71% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en una situación intermedia (0.61).

Derecho a la salud y nutrición en la primera infancia

En relación a la dimensión de salud y nutrición en la primera infancia se tiene que, el acceso a la atención prenatal con un profesional de salud es casi universal en la zona urbana (98%) y en la rural disminuye a 87%. Si bien, desde el año 1996 la asistencia a los controles prenatales se ha incrementado de manera más rápida en la zona rural que en la urbana, aún se observa una brecha considerable según el área de residencia y la lengua materna. En el año 2000, un 39% de las mujeres gestantes y un 40% de las mujeres lactantes presentaban anemia; situación que ha mejorado al año 2009, tanto en las gestantes (27%) como en las lactantes (24%).

Otra evidencia de las mejoras en el ámbito de la salud, sobretodo en las zonas rurales, es que se ha cerrado la brecha entre el área urbana y rural en la proporción de mujeres gestantes que reciben suplemento de hierro: En el año 2000 era mayor en la zona urbana (65%) que en la rural (51%) y en el 2009, alrededor del 80% de las mujeres gestantes recibe este tipo de suplemento en ambas áreas de residencia.

Si bien, se ha avanzado sustantivamente en la atención del parto por parte de profesionales de salud en los últimos 15 años, todavía uno de cada cinco nacimientos en el país ocurre sin la asistencia de dichos profesionales (ENDES 2009) y se presentan significativas diferencias por lengua materna: el 85% de las mujeres con lengua materna castellana dio a luz con la asistencia de un profesional de salud; proporción que disminuye para el caso de las mujeres con lengua materna quechua (66%), aymara (62%) y en especial, amazónica a solo 17%.

Además de la necesidad de adaptar las prácticas médicas a las locales, aún subsiste un problema de sub-cobertura de infraestructura y servicios de salud. Los departamentos donde se presenta una menor tasa de partos atendidos por profesionales de salud son los que tienen una mayor proporción de población indígena amazónica, como el caso de Loreto (53%), Ucayali (62%) y Amazonas (64%).

La mejora en la atención de las madres durante la gestación y el parto ha contribuido en la reducción de la mortalidad materna de 265 a 103 por cada 100 mil nacimientos, de acuerdo a las ENDES 1996 y 2009.

La mortalidad neonatal se ha reducido, en los últimos 15 años, de 24 a 11 muertes por cada mil nacidos vivos. Esta disminución ha sido importante tanto en la zona urbana, de 17 a 10, como en la rural, de 34 a 13 por cada mil nacidos vivos. La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia. Sin embargo, aún alrededor de 6,560 recién nacidos por año mueren antes de cumplir un mes de vida. En el caso de la mortalidad infantil, también ha habido una reducción importante conforme a lo reportado por las ENDES 1996 y 2009: de 43 a 20 por mil nacidos vivos a nivel nacional, de 62 a 27 en el área rural y de 30 a 17 en la urbana.

Entre los años 2005 y 2009, la desnutrición crónica en el área rural cayó de 40% a 33% y en los tres quintiles más pobres del país se reportaron las mejoras más importantes: de 47% a 37% en el quintil más pobre, de 33% a 23% en el segundo quintil más pobre y de 16% a 10% en el quintil intermedio de ingresos. En el Perú, hay una alta prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de 5 años, a pesar de su reducción en



©UNICEF/H00017

11 puntos porcentuales en los últimos años: al año 2009, tiene anemia el 37% de los niños y niñas menores de 5 años y el 50% de los menores de 3 años.

Respecto a la lactancia materna, el 69% de los niños y niñas menores de seis meses es alimentado de manera exclusiva con leche materna a nivel nacional. La información por área de residencia y región natural, en el período 2000-2009, muestra que hay un estancamiento en la cobertura de la lactancia materna exclusiva. Siendo menor la cobertura en Lima Metropolitana (57%) y el resto de la costa (62%) frente a la sierra (76%) y selva (78%).

A nivel nacional, el 52% de los niños y niñas menores de 3 años ha recibido todas las vacunas programadas para su edad, lo que implica que un 48% se encuentra vulnerable. Por otra parte, solo el 28% de los niños y niñas menores de 36 meses está al día en sus controles de crecimiento y desarrollo. Tanto en la asistencia al CRED como en la vacunación completa, no se encuentran significativas diferencias entre el área urbana y rural ni entre las regiones naturales, siendo el panorama igual de preocupante en todo el país.

Derecho al aprendizaje y educación en la primera infancia

Los avances en la dimensión de educación y aprendizaje no han cerrado del todo las brechas identificadas en estudios previos. Entre los años 2001 y 2009, la asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años a la educación inicial se ha incrementado significativamente: de 53% a 66% a nivel nacional. No obstante, en este período la asistencia a la educación inicial se incrementó más en la zona urbana (de 59% a 75%) que en la rural (de 44% a 55%), ocasionando que la brecha en el acceso a la educación por área de residencia aumente en 5 puntos porcentuales: en el año 2001 la diferencia era de 15 puntos porcentuales y en el 2009 de 20 puntos porcentuales. En la asistencia continuada a la educación inicial se presenta una mayor brecha por área de residencia y entre departamentos.

Derecho a la protección en la primera infancia

En el Perú alrededor de 200 mil niños y niñas de 0 a 5 años no cuentan con partida de nacimiento, los cuales representan al 6% de la población en ese rango de edad. La indocumentación en las niñas y niños de 0 a 5 años suele ser más frecuente en la zona rural (8%) que en la urbana (6%); y la de los niños y niñas de 3 a 5 años, resulta bastante alta entre los de lengua materna amazónica (23%), en comparación con sus pares de lengua materna quechua (2%), aymara (1%) y castellana (4%). Los departamentos que muestran una alta incidencia de niños y niñas de 0 a 5 años indocumentados son Loreto y Ucayali, donde uno de cada cinco (21%) no cuenta con partida de nacimiento; en todas las provincias de estos dos departamentos la incidencia de indocumentación supera el 15%, siendo mayor en Datem del Marañón (50%), Loreto (31%), Atalaya (44%) y Purús (37%).

Los tipos de violencia vividos, con mayor frecuencia, por las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años serían la violencia física menos severa (36%) y la violencia emocional (30%), sin mayores diferencias entre las regiones naturales. Según la ENDES 2009, el 76% de las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años que fue víctima de algún tipo de violencia no acudió a ninguna institución a denunciar el hecho. La incidencia de la no-denuncia no presenta mayores diferencias de acuerdo a la zona de residencia, asciende al 77% en las zonas urbanas y al 75% en las rurales.

Derecho a la salud y nutrición en la niñez

De acuerdo a la ENAHO 2008, el 18% de los niños y niñas de 6 a 11 años presenta una talla por debajo de la esperada para su edad (desnutrición crónica). Las inequidades en la dimensión nutricional son sustantivas: la tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas que residen en la zona rural (34%) es 5 veces más que la registrada en la urbana (6%); entre los niños y niñas no pobres (7%) es menos de la quinta parte que la de los pobres extremos (39%); afecta al 43% de los niños y niñas con lengua materna originaria, triplicando la tasa de los que tienen al castellano como lengua materna (14%).

El acceso a los seguros de salud ha mejorado notablemente. El 77% de los niños y niñas de 6 a 11 años cuenta con algún seguro de salud al año 2009 y la mayoría (58%) se encuentra afiliado al Seguro Integral de Salud - SIS. Sin embargo, aún más de 800 mil niños y niñas entre los 6 y 11 años (26%) no cuentan con un seguro de salud. Los departamentos donde se registra una mayor incidencia de pobreza entre los niños y niñas de 6 a 11 años son en los que hay una mayor afiliación a un seguro de salud, en especial al SIS. Sin embargo, dado que el presupuesto del sector salud no se ha incrementado de manera proporcional al aumento en la afiliación, es necesario indagar respecto a la capacidad de la actual red de establecimientos de salud del país para atender a la creciente demanda de asegurados.

Entre los niños y niñas peruanos de 6 a 11 años, 1.2 millones (37%) residen en hogares donde no se dispone de fuentes mejoradas de agua; 1.6 millones (47%) en hogares que no cuentan con fuentes mejoradas de saneamiento; y 1 millón (31%) en viviendas donde no se dispone de fuentes mejoradas de agua ni de desagüe. Los casos más sobresalientes son los de Huancavelica (64%), Loreto (60%) y Huánuco (58%), donde alrededor 6 de cada 10 niños se halla en esta situación. Si bien, a nivel nacional, el 63% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años accede a fuentes mejoradas de agua en el hogar, solo el 21% cuenta con una fuente de agua “segura”, con el adecuado nivel de cloro.

Derecho al aprendizaje y educación en la niñez

Si bien, más del 90% de los niños y niñas de 6 a 11 años está matriculado en la educación primaria, 1 de cada 5 (20%) asiste a un grado inferior al que le corresponde para su edad. La incidencia de atraso escolar en la zona rural (30%) es más del doble que la registrada en la urbana (13%) y entre los niños y niñas en situación de pobreza extrema (35%) triplica la correspondiente a los no pobres (13%).

En relación al rendimiento entre los años 2008 y 2009, por primera vez se produjo una mejora en las áreas de comunicación integral y matemática. Sin embargo, aún la mayor parte

de los alumnos y alumnas finaliza el segundo grado sin alcanzar los aprendizajes esperados. Lograron los aprendizajes esperados, solo el 23% en comprensión de textos (frente al 17% en el 2008) y el 14% en matemática (frente al 9% en el 2008), del total de los y las estudiantes evaluados. Por otro lado, la proporción de estudiantes de segundo grado que logró los aprendizajes esperados en comprensión de textos



©UNICEF/ESCO033

en el área urbana (29%) fue casi tres veces mayor que en la rural (12%); en las escuelas privadas (43%) fue más del doble que la registrada en las públicas (18%). En el área de matemática, las escuelas de las zonas urbanas (17%) y privadas (23%) prácticamente duplican la proporción promedio de estudiantes que alcanzan los logros de aprendizaje esperados, en comparación con las escuelas de las zonas rurales (7%) y públicas (11%).

Derecho a la protección en la niñez

De acuerdo a la Encuesta de Trabajo Infantil (ETI), el 37% de los niños y niñas de 5 a 13 años trabaja. La proporción de los que trabajan en alguna actividad económica, por lo menos, una hora a la semana es más del triple en el área rural (66%) que en la urbana (21%). Las diferencias entre los niños y niñas es bastante menor que la observada entre las áreas de residencia: el 39% de los niños trabaja frente al 35% de las niñas. Existe una alta heterogeneidad en la intensidad de la jornada laboral que enfrentan los niños y niñas: el 30% de los que trabaja tiene una jornada semanal de menos de 6 horas, mientras el 48% tiene una jornada de entre 7 y 16 horas (de 1 a 2 horas diarias) y el 23% restante trabaja más de 2 horas y media diarias. No se observa una diferencia significativa de género en la intensidad de la jornada laboral.

Derecho a la salud y nutrición en la adolescencia

Entre los años 2000 y 2009, la anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años disminuyó de 29% a 20%; no se presentan mayores diferencias por área de residencia ni lengua materna. El sobrepeso afecta, en promedio, a 1 de cada 10 adolescentes hombres y mujeres en el Perú, y suele ser más frecuente en la zona urbana (16%) que en la rural (7%); y entre los y las adolescentes no pobres (16%) frente a sus pares en condición de pobreza (8%).

De forma similar a lo observado entre los niños y niñas de 6 a 11 años, la mayor parte de los y las adolescentes (70%) de 12 a 17 años cuenta con un seguro de salud. No obstante, aún cerca de 1.1 millones de adolescentes carecen de uno. La relativamente amplia afiliación a un seguro de salud entre los y las adolescentes rurales (81%), indígenas (entre 63% y 85%), pobres extremos (81%) y no extremos (74%), se explica por la presencia del SIS, en la mayor parte de los casos. La afiliación entre estos grupos de adolescentes es mayor a la de sus pares urbanos (62%), de lengua materna castellana (68%) y los no pobres (66%); lo que da cuenta de una reversión en las brechas de acceso a un seguro de salud.

Entre los años 1983 y 2010, el Ministerio de Salud ha notificado 26,566 casos de SIDA y 41,638 casos de VIH. No obstante, el número de personas viviendo con el VIH-SIDA sería mayor al registrado, ascendiendo a 76 mil personas, según ONUSIDA. La transmisión del VIH-SIDA en el Perú es casi exclusivamente sexual (97%), ya que la transmisión perinatal y parenteral es de 2% y 1%, respectivamente (MINSAL, 2010). Entre los casos registrados hay una alta incidencia de personas jóvenes: 1 de cada 3 personas con VIH tiene entre 20 y 29 años (MINSAL, 2006). Resulta importante constatar que, aún el 6% (105 mil) de las adolescentes entre los 15 y 19 años no habría escuchado hablar sobre el VIH-SIDA, encontrándose en una condición particularmente vulnerable ante una eventual transmisión. Entre las que dijeron haber oído hablar sobre el VIH-SIDA, menos del 20% conoce un lugar donde podría hacerse una prueba de despistaje del VIH. Por otra parte, el 70% del total de las adolescentes en este rango de edad sabe que el uso del condón es una de las formas de evitar el VIH-SIDA y un 80% señala que la fidelidad mutua es también una forma de evitar la transmisión.

Sin embargo, hay una falta de conocimiento entre las adolescentes sobre otras infecciones de transmisión sexual (ITS), diferentes del VIH-SIDA: el 44% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años no ha oído hablar de estas infecciones y el 22% conoce de la existencia de ITS diferentes del VIH-SIDA, pero no conoce ningún síntoma (sea correspondiente a hombres o mujeres) asociado a dichas infecciones. De otro lado, una de cada cinco (21%) adolescentes mujeres de 15 a 19 años habría usado condón en su última relación sexual.

Derecho al aprendizaje y educación en la adolescencia

El 77% de los y las adolescentes de 12 a 17 años asistió a la educación secundaria, quedando fuera de la escuela más de 400 mil adolescentes en edad de cursar la secundaria. A nivel nacional, la brecha de género se ha cerrado por completo entre los años 2001 y 2009. No obstante, las brechas por área de residencia, pobreza y lengua materna siguen presentes: el 84% de los y las adolescentes de 12 a 17 años asiste a la educación secundaria en la zona urbana, mientras que en la rural esta proporción se reduce al 67%; poco más de la mitad (57%) de los que se encuentran en situación de pobreza extrema logra acceder a la educación secundaria, frente al 84% de sus pares no pobres; los que tienen lengua materna castellana presentarían un mayor acceso a la escuela secundaria (79%), en comparación con sus compañeros y compañeras de lengua materna originaria, sobre todo con respecto a los y las adolescentes indígenas de la Amazonía (38%).

Del total de estudiantes de 12 a 17 años que asiste a la educación secundaria, un 37% lo hace en condición de atraso escolar, es decir, cursa un grado inferior al correspondiente para su edad. Las probabilidades de experimentar atraso escolar serían ligeramente mayores para los adolescentes hombres (38%), en comparación con sus compañeras mujeres (35%). La condición de atraso pone en evidencia las amplias brechas por área de residencia, lengua materna y condición de pobreza. El 53% de los y las adolescentes que asiste a la educación secundaria en la zona rural, lo hace a grados inferiores para su edad; en cambio, en la urbana lo hace el 26%; porcentaje que también es alto, pero que equivale a la mitad del observado en el área rural. Las brechas por lengua materna y condición de pobreza son aún más acentuadas. Mientras que la tasa de atraso es cercana al 30% en el caso de los adolescentes no pobres (26%) y los que tienen como lengua materna el castellano (32%), es superior al 64% entre los y las adolescentes en situación de pobreza extrema (65%) y los que tienen como lengua materna el quechua (66%).



Dada la asistencia con atraso a este nivel educativo, la proporción de adolescentes que logra la secundaria “a tiempo” es de 62%.

Derecho a la protección en la adolescencia

A nivel nacional, la tasa de adolescentes que trabaja es mayor entre los varones (56%) que entre las mujeres (51%), diferencia que se presenta más en la zona rural, donde dicha brecha es de siete puntos porcentuales (85% de varones frente a 78% de mujeres), que en la urbana, con una brecha de tres puntos porcentuales (37% de varones frente a 34% de mujeres). Si bien, las adolescentes presentan una menor participación en las actividades económicas, tienen una mayor participación en las tareas domésticas. Mientras el 73% de los y las adolescentes realizan actividades domésticas, este porcentaje asciende a 87% entre las adolescentes mujeres, quienes tienden a dedicar más horas que los varones a este tipo de actividades.

La proporción de adolescentes con lengua materna castellana que trabaja es relativamente alta (50%) y es aún mayor (79%) entre los y las adolescentes con lengua materna originaria. En el área urbana más de la mitad de los y las adolescentes no trabaja (65%) y entre quienes sí lo hacen, la mayor parte dedica a estas actividades un máximo 20 horas semanales, destaca que el 18% de los y las adolescentes de 14 a 17 años en esta área tenga jornadas laborales que exceden las 20 horas semanales. En el área rural el escenario es diferente, solo un 18% de los y las adolescentes no trabaja; y si bien, la mayor parte de adolescentes que trabaja lo hace en jornadas que no superan las 20 horas semanales (43%), el 38% de adolescentes de la zona rural enfrenta jornadas laborales mayores a las 20 horas semanales: el 24% trabaja entre 20 y 40 horas semanales y el 14% lo hace más de 40 horas a la semana.

Finalmente, el 15% de las adolescentes mujeres de 15 a 20 años ha experimentado la maternidad (está gestando o ha tenido al menos un hijo nacido vivo). Al menos la cuarta parte de las adolescentes mujeres ha vivido la experiencia de la maternidad en los departamentos de Loreto (30%), Ucayali (28%), San Martín (28%), Madre de Dios (27%) y Amazonas (26%). La maternidad suele presentarse de manera más frecuente entre las adolescentes mujeres con lengua materna asháninka (44%) o con otra lengua originaria de la Amazonía, en comparación con sus pares quechuas (21%), aymaras (16%) y de lengua materna castellana (15%).

1. PRIMERA INFANCIA

(desde la concepción hasta los 5 años)



1.1. EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA

De manera análoga al *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, se ha construido un Índice de Desarrollo del Niño (IDN) para la primera infancia. Para ello, se han empleado indicadores que dan cuenta del estado de los niños y niñas en las dimensiones de salud y nutrición, de aprendizaje y educación, y de protección de otros derechos; los cuales se presentan en el siguiente cuadro¹. Cabe destacar que, debido a que las fuentes de datos empleadas en el cálculo de este índice son diferentes a las del estudio anterior, los índices presentados en ambos documentos no son comparables.

Cuadro 2

Indicadores utilizados en el IDN en la primera infancia (desde la concepción hasta los 5 años)

DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN

- Tasa de desnutrición crónica de niños de 0 a 5 años (ENDES 2009)
- Proporción de partos atendidos por profesionales de salud (ENDES 2009)

DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN

- Proporción de niños de 3 a 5 años que asiste a un centro educativo (ENAHO 2009)
- Proporción de niños de 0 a 5 años cuya madre no culminó la educación primaria (ENAHO 2009)

DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS

- Proporción de niños de 0 a 5 años que vive en hogares que carecen de fuentes mejoradas de agua y saneamiento (Censo Nacional 2007)
- Proporción de niños de 0 a 5 años que vive en hogares con alta dependencia económica (ENAHO 2009)
- Proporción de niños de 0 a 5 años que no cuenta con partida de nacimiento (Censo Nacional 2007)

1 La metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia se encuentra detallada en el Anexo 1 del *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008 (página 157). En el Anexo 2, del presente estudio, se detalla la definición de los indicadores en base a los que se estima el IDN en la primera infancia.



© UNICEF / M. Tavera

En el Mapa 1 se presenta el desempeño relativo de los departamentos del país con respecto al estado de desarrollo de sus niños y niñas menores de 5 años. Los departamentos de Moquegua, Lima, Ica y Tumbes — todos ellos ubicadas en la costa— presentan un mejor desempeño relativo. Por su parte, los departamentos de Loreto, Huancavelica, Amazonas, Cajamarca, Huánuco y Ayacucho, situados en la sierra y selva, muestran un menor desempeño relativo².

Como se hará evidente a lo largo del estudio, la relación entre pobreza, ruralidad y presencia de lenguas originarias, y los indicadores de desarrollo en salud, educación y otros derechos de los niños, niñas y adolescentes peruanos es sustantiva. En el caso del IDN en la primera infancia esta relación se da parcialmente. Por un lado, los seis departamentos con menor desempeño relativo son Huánuco (0.43), Cajamarca (0.44), Amazonas (0.45), Huancavelica (0.47), Loreto (0.49) y Ayacucho (0.51); los cuales pertenecen al grupo de los ocho departamentos más pobres del Perú, donde entre el 56% y 77% de la población se encuentra en situación de pobreza (ENAH0 2009). Asimismo, salvo Loreto, los otros cinco departamentos con menor índice presentan el mayor grado de ruralidad del país, donde entre el 66% y 87% de la población reside en áreas rurales.

Sin embargo, el desempeño relativo en términos del IDN en la primera infancia no parecería estar asociado con la preponderancia de lenguas originarias. Cajamarca (0.44), con menos del 1% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de menor desempeño relativo; mientras que Moquegua (0.85), con un 22% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de mayor desempeño relativo, y Apurímac (0.61), con 71% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en una situación intermedia.

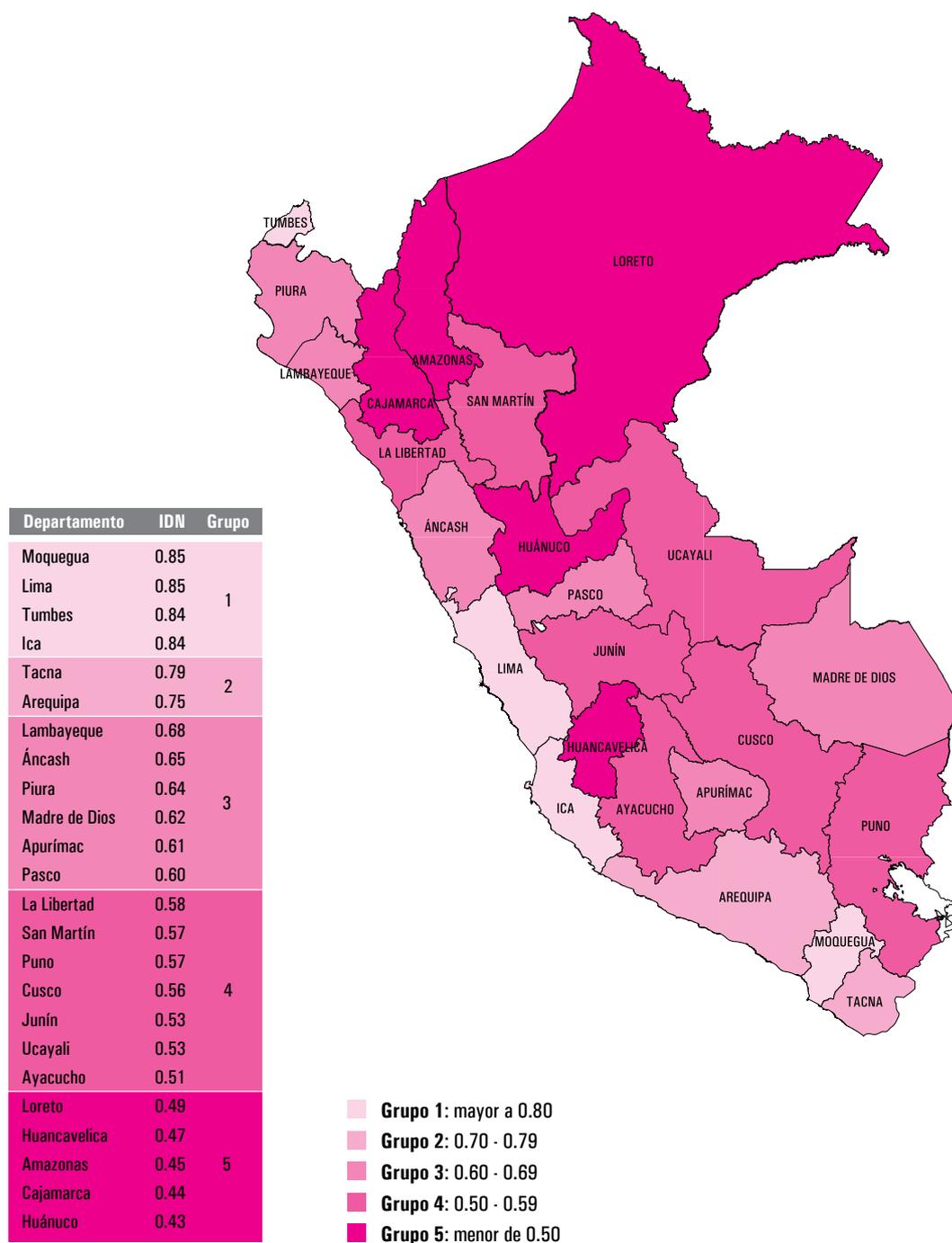
Sin embargo, el desempeño relativo en términos del IDN en la primera infancia no parecería estar asociado con la preponderancia de lenguas originarias. Cajamarca (0.44), con menos del 1% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de menor desempeño relativo; mientras que Moquegua (0.85), con un 22% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en el grupo de mayor desempeño relativo, y Apurímac (0.61), con 71% de su población con lengua materna originaria, se encuentra en una situación intermedia.

Es importante reiterar que, el índice muestra un panorama general que esconde heterogeneidades intra departamentales y entre dimensiones de desarrollo. En ese sentido, en este y los siguientes capítulos se presenta un análisis más detallado de los indicadores relacionados con la salud y nutrición, el aprendizaje y educación, y con la protección de derechos de la niñez y adolescencia.

2 El índice debe utilizarse con cautela, evitando comparar departamentos con índices que presentan valores muy cercanos, dado que sus intervalos de confianza o rangos de error podrían indicar que ambos departamentos se encuentran en la misma posición relativa.

Mapa 1

Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia



Nota: El departamento de Lima incluye a la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, ENAHO 2009 y el Censo Nacional 2007, INEI.

1.2. DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

Esta sección se divide en dos partes. La primera está centrada en el proceso de gestación y nacimiento del niño o niña y los riesgos asociados a este período. La segunda parte presenta evidencias sobre las mejoras, brechas y retos que enfrentan los niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 5 años, en las dimensiones de salud y nutrición.

Es importante destacar la mejora de los sistemas de seguimiento y monitoreo de los programas públicos, tanto en el recojo, acceso y uso de la información estadística. En particular, el INEI viene actualizando las estadísticas más relevantes para el seguimiento y monitoreo de tres Programas Presupuestales Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal y Acceso de la Población a la Identidad. Dicha información está disponible en la página web del INEI³.

Sin embargo, dado que la información actualmente disponible solo permite analizar promedios departamentales para el caso de los indicadores de salud, no es posible capturar la severidad de las carencias que enfrenta un niño, niña o adolescente que, además de haber iniciado su escolaridad tardíamente y no contar con DNI, se encuentra desnutrido.

1.2.1. Salud y nutrición de la madre y el recién nacido

El adecuado seguimiento y atención de la madre y del niño o niña, antes y durante el embarazo, en el parto y posparto, es una condición necesaria que contribuye a garantizar la salud de ambos y permite la identificación temprana de eventuales problemas y su adecuado tratamiento. A continuación se presentan algunos de los principales indicadores asociados al embarazo y nacimiento. Resalta la gran heterogeneidad que persiste en el país, la cual fortalece los procesos de exclusión que acompañan a los niños y niñas en su proceso de desarrollo.

3 El sitio web es: <<http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0859/index.htm>>.

• Atención prenatal y estado nutricional de la madre

Los controles prenatales permiten dar seguimiento al estado de salud de la madre, así como al crecimiento y desarrollo del niño o niña en el vientre. Las evaluaciones que se efectúan en dichos controles buscan detectar situaciones que podrían poner en riesgo la salud de la madre y del niño o niña, tales como la malnutrición, presión alta, deficiencia de yodo o anemia.

En los controles prenatales se indaga sobre antecedentes familiares o de la madre que podrían condicionar la salud del niño o niña en el vientre. Asimismo, constituyen un espacio en el que las madres y padres reciben información y consultan sus inquietudes. En especial, se tratan los temas relacionados con la alimentación y con las complicaciones que pueden surgir desde la concepción hasta cuando nace el bebé. De acuerdo a la normatividad del sector salud⁴, la atención prenatal busca la participación de la madre, su pareja y su familia durante el embarazo, en la preparación para el parto, el posparto y los cuidados del recién nacido; es decir, la atención prenatal trasciende la evaluación clínica de la mujer gestante.

De acuerdo a la ENDES 2009, el acceso a la atención prenatal con un profesional de salud es casi universal en las zonas urbanas (98%) y en las rurales disminuye a 87%, como se aprecia en el Gráfico 2a. Si bien, desde el año 1996 la asistencia a los controles prenatales se ha incrementado de manera más rápida en las zonas rurales que en las urbanas, aún se observa una brecha considerable según el área donde reside la madre.

El acceso a la atención prenatal también se diferencia por la lengua en que aprendió a hablar la gestante (Gráfico 2b). Alrededor del 90% de las mujeres gestantes que tiene como lengua materna el castellano (95%), quechua (89%) o aymara (94%) asistió, por lo menos, a un control prenatal con un profesional de salud durante el embarazo; esta proporción es significativamente menor en el caso de mujeres gestantes con una lengua materna amazónica (64%).

En cuanto al acceso de las mujeres gestantes a 4 o más controles prenatales, el 93% accedió a dichos controles⁵, a nivel nacional. Las diferencias por área de residencia y lengua materna se presentan en el Gráfico 3, comparando las ENDES 2004-2006 y 2009. Las brechas entre mujeres indígenas y no indígenas no se han reducido: El acceso a 4 o más controles prenatales es significativamente menor entre las gestantes que tienen como materna una lengua originaria de la Amazonía (50%) frente a las que tienen como lengua materna el castellano (93%).

4 Norma Técnica de Salud N°063-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal".

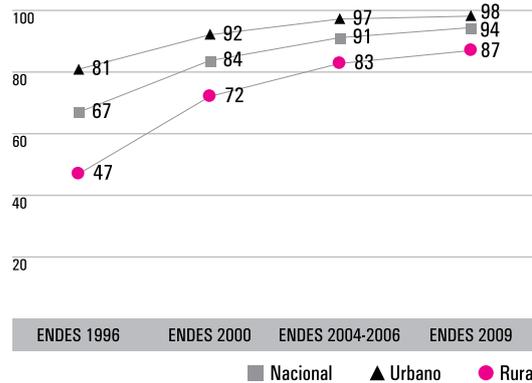
5 No necesariamente todos los controles fueron realizados por un profesional de salud (médico, obstetrix o enfermero/a).

Gráficos 2a y 2b

Atención prenatal con profesional de salud

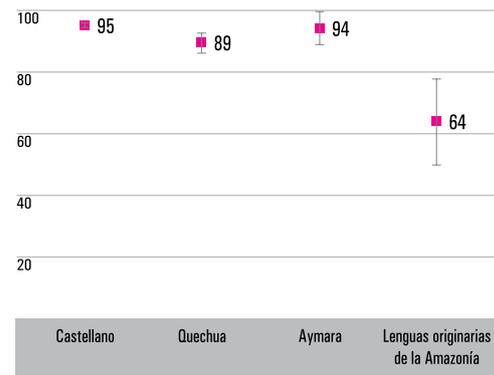
Por área de residencia (1996-2009)

En porcentaje



Por lengua materna de la madre (2009)

En porcentaje

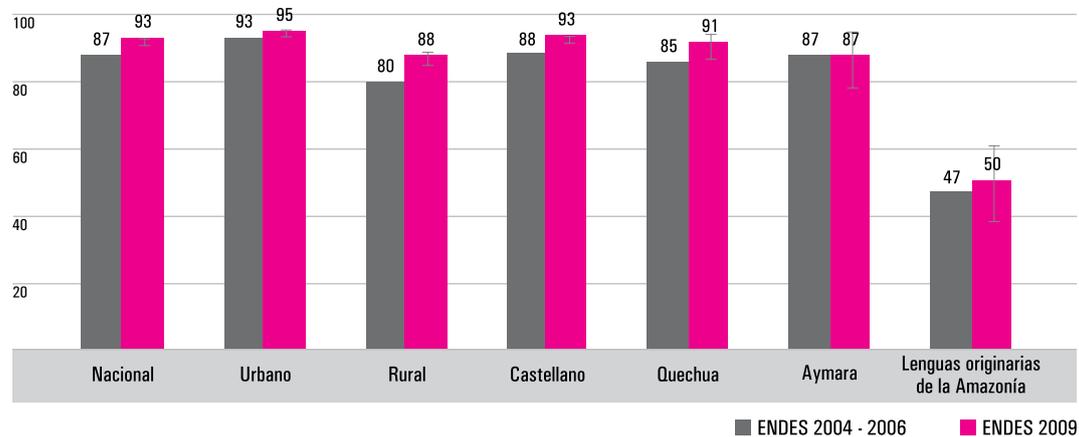


Nota: El indicador se refiere a la asistencia a, por lo menos, un control prenatal con un profesional de salud (médico, obstetrista o enfermero/a) durante el embarazo y se construyó en base al último nacimiento de las mujeres en edad fértil en los cinco años anteriores a la encuesta. No se dispone de información sobre los intervalos de confianza de los años 1996, 2000 y 2004-2006; pero sí del año 2009. Para estos años las diferencias entre urbano y rural son estadísticamente significativas. Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000, 2004-2006 y 2009, INEI.

Gráfico 3

Asistencia a 4 o más controles prenatales por área de residencia y lengua materna

En porcentaje



Nota: El indicador se construyó en base al último nacimiento de las mujeres en edad fértil en los cinco años anteriores a la encuesta. Los intervalos de confianza del 2004-2006 no están disponibles. Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 2004-2006 y 2009, INEI.

Otro indicador importante de la salud de la madre y del niño en el vientre es la anemia en la gestante. De acuerdo a la ENDES 2000, un 39% de las mujeres gestantes y un 40% de las mujeres lactantes presentaban anemia. Los datos del Gráfico 4 muestran mejoras sustantivas en este indicador, tanto en gestantes (27%) como en lactantes (24%), al año 2009. Asimismo, el 20% de las mujeres en edad fértil, que no son gestantes ni están dando de lactar, tiene anemia; proporción notablemente más baja que la observada en el año 2000 (30%).

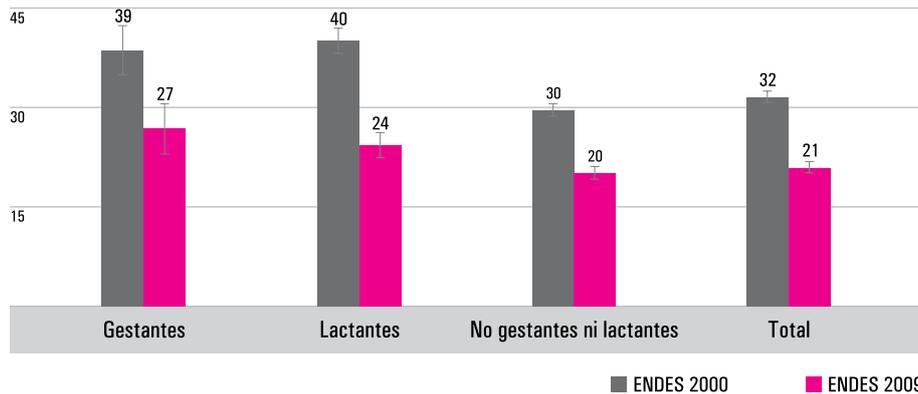


©UNICEF/SMO110/W.Silvera

Gráfico 4

Anemia en las mujeres en edad fértil

En porcentaje



Nota: Las líneas indican los límites inferior y superior del intervalo de confianza de los indicadores. Al no estar disponibles los del año 2000, se asumió los errores estándar de los indicadores del año 2009.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 2000 y 2009, INEI.

Las diferencias que se observaban en el año 2000, entre las áreas urbana y rural, han desaparecido en el año 2009. La anemia en las mujeres en edad fértil ha bajado de 29% a 21% en el área urbana y en la rural de 37% a 22%. La incidencia de anemia es similar en ambas áreas de residencia tanto en el grupo de mujeres gestantes como en el de mujeres que no están gestando ni dando de lactar. Sin embargo, entre las madres lactantes la tasa de anemia es mayor en el área rural (28%) que en la urbana (22%), como se aprecia en el Cuadro 3.

Cuadro 3**Anemia en las mujeres en edad fértil por área de residencia**

En porcentaje

	Mujeres gestantes	Mujeres lactantes	No gestantes ni lactantes	Total mujeres en edad fértil
Urbano	27	22	20	21
Rural	26 *	28	20	22
Nacional	27	24	20	21

Nota: Las diferencias entre el área urbana y rural no son estadísticamente significativas al 95% de confianza.

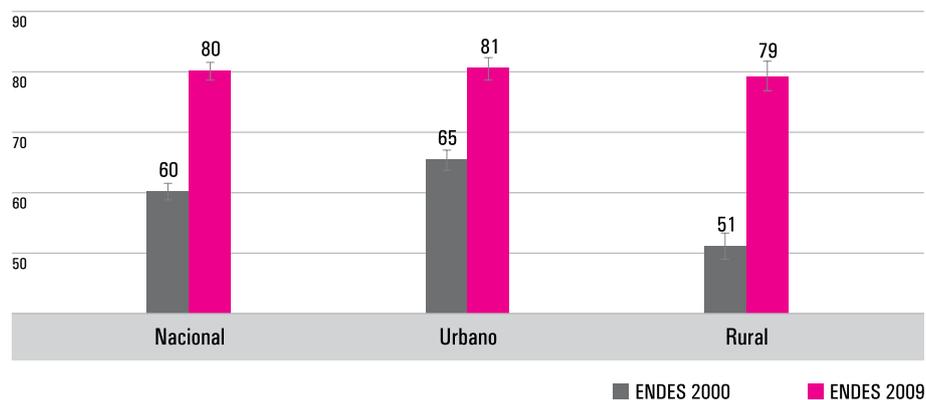
*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

En la medida en que la anemia en las mujeres gestantes puede afectar el crecimiento y desarrollo del niño en el vientre, ocasionar un nacimiento prematuro y/o bajo peso al nacer, así como —en los casos más graves— la muerte materna, en los últimos años se ha priorizado en la atención de las gestantes la suplementación con sulfato ferroso, como factor que permite prevenir la anemia. Como se observa en el Gráfico 5, de acuerdo a la ENDES 2000, la proporción de mujeres gestantes que recibía suplemento de hierro era mayor en las áreas urbanas (65%) que en las rurales (51%). Al año 2009, esta diferencia desaparece y alrededor del 80% de las mujeres gestantes recibe este tipo de suplemento en ambas áreas de residencia.

Gráfico 5**Mujeres que recibieron suplemento de hierro durante su última gestación por área de residencia**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la página web de los "Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos" del INEI (ENDES 2000 y 2009).

• Atención del parto

El contar con profesionales de salud, como médicos, obstetrices o enfermeras, permite responder adecuadamente a una eventual emergencia obstétrica o neonatal (tratándola o derivándola a un centro de salud de mayor jerarquía donde se cuente con el personal y los equipos médicos necesarios). Si bien, se ha avanzado sustantivamente en la atención del parto por parte de profesionales de salud en los últimos 15 años, todavía, uno de cada cinco nacimientos en el país ocurre sin la asistencia de dichos profesionales, de acuerdo a la ENDES 2009.

En el Gráfico 6a se muestra el notable incremento en la proporción de partos atendidos por profesionales de salud en las zonas rurales (de 22% a 61%) entre los años 1996 y 2009, el cual es más acentuado que el de las urbanas (de 81% a 94%). Sin embargo, la brecha por área de residencia aún es importante: el 94% de los partos fueron atendidos por profesionales de salud en las zonas urbanas frente al 61% en las rurales.

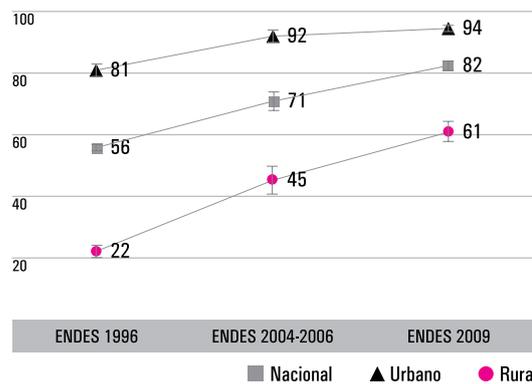
La probabilidad de que un parto sea atendido por un profesional de salud varía también entre grupos con lengua materna distinta. Hacia el año 2009, el 85% de las mujeres con lengua materna castellana dio a luz con la asistencia de un profesional de salud; esta proporción disminuye para el caso de las mujeres con lengua materna quechua, aymara y en especial, amazónica, a 66%, 62% y solo 17%, respectivamente (Gráfico 6b). Si bien, las discrepancias entre las prácticas culturales locales y las prácticas médicas occidentales serían responsables

Gráficos 6a y 6b

Partos atendidos por profesionales de salud

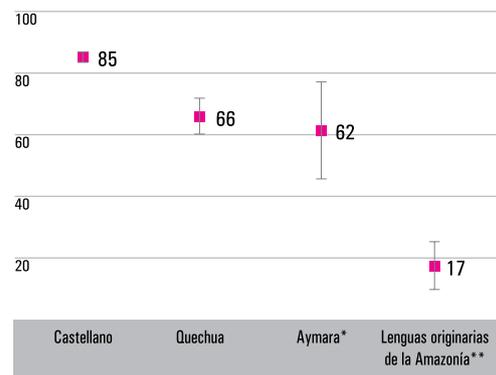
Por área de residencia (1996-2009)

En porcentaje



Por lengua materna de la madre (2009)

En porcentaje



Nota: Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%. **El EER es mayor al 30%.

Profesionales de salud: médico, obstetrix o enfermero/a. El indicador se construyó en base a todos los nacimientos de las mujeres en edad fértil ocurridos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2004-2006 y 2009, INEI.

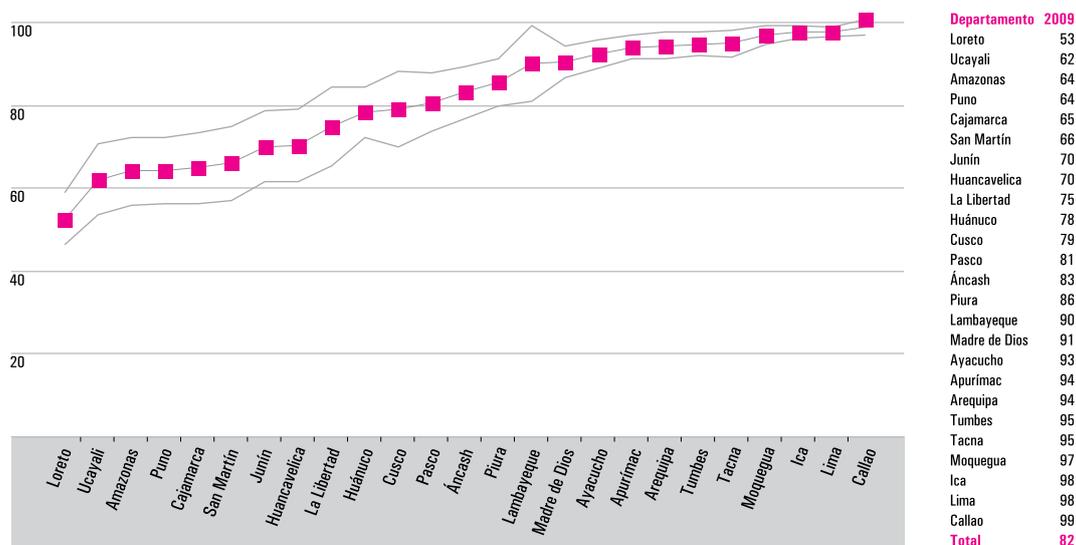
clave de esta situación, es importante resaltar las iniciativas que el gobierno, conjuntamente con la población indígena y la cooperación internacional, vienen implementando para acercar los servicios de salud a la población indígena.

Más allá del reto de adaptar las prácticas médicas a las locales, aún subsiste un problema de sub-cobertura de infraestructura y servicios de salud. Al respecto, en el Anexo 3-2 se muestra una lista de 23 provincias, de las 195 en el país, en las que no se disponía de centros de salud donde, según la norma, deben atenderse partos⁶. Estas provincias se concentran en los departamentos de Amazonas, Áncash, Ayacucho, Huánuco, La Libertad, Lima, Puno, Tacna y Ucayali. Como se observa en el Gráfico 7, estos departamentos muestran una gran heterogeneidad en la tasa de atención de partos por profesionales de salud, con lo cual se evidencian las diferencias existentes, incluso al interior de los departamentos. Los departamentos donde se presenta una menor tasa de partos atendidos por profesionales de salud son los que tienen una mayor proporción de población indígena amazónica, como el caso de Loreto (53%), Ucayali (62%) y Amazonas (64%).

Gráfico 7

Partos atendidos por profesionales de salud por departamento

En porcentaje



Nota: Profesionales de salud: médico, obstetrix o enfermera/o. El indicador se construyó en base a todos los nacimientos de las mujeres en edad fértil ocurridos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

6 Información proporcionada por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud (2009).

• Parto por cesárea

Un aspecto que cabe resaltar en la atención del parto es el aumento en el porcentaje de nacimientos por cesárea. Entre los años 2000 y 2009, dicho porcentaje se ha incrementado de 13% a 21%, a nivel nacional. En el área urbana el 29% de los nacimientos fue por cesárea frente a solo el 8% en el área rural. Se presenta, también, un mayor porcentaje en Lima Metropolitana (38%) y el resto de la costa (28%) en comparación con la sierra (11%) y la selva (11%)⁷.

• Mortalidad materna

Como se indicó anteriormente, la mejora sustantiva en la atención de las madres durante la gestación y el parto es uno de los factores clave que contribuye a la reducción de la mortalidad materna y neonatal en el país. La mortalidad materna se ha reducido de 265 a 103 muertes por cada 100 mil nacimientos, de acuerdo a las ENDES 1996 y 2009⁸.

Cuadro 4

Mortalidad materna

Muertes maternas por cada 100 mil nacimientos

Año	Muertes maternas
ENDES 1996	265
ENDES 2000	185
ENDES 2009	103

Nota: El intervalo de confianza de los indicadores no está disponible. Estimación con el método directo para el período de siete años previos a la encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000 y 2009, INEI.

• Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal se ha reducido, en los últimos 15 años, de 24 a 11 muertes por cada mil nacidos vivos. Esta disminución ha sido importante tanto en las áreas urbanas, de 17 a 10, como en las rurales, de 34 a 13 por cada mil nacidos vivos. La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia. Sin embargo, aún alrededor de 6,560 recién nacidos por año mueren antes de cumplir un mes de vida⁹.

7 El índice de partos por cesárea es alto y continua creciendo en los países desarrollados, situación que también se presenta en el área urbana del Perú. Sin embargo, el impacto de los lineamientos y recomendaciones respecto a frenar su crecimiento ha sido limitado: en 1985, representantes de un grupo de estudio convocado por la Organización Mundial de la Salud escribió lo siguiente: No hay justificación para que ninguna región tenga la tasa de partos por cesárea por encima de los 10%-15%. Aunque, los niveles de 10%-15% son considerados altos son aceptables actualmente, la tasa promedio de partos por cesárea en la mayoría de las regiones más desarrolladas (con excepción de Europa del Este) ahora sobrepasa el 20%; por lo que la recomendación parece no haber sido tomada en cuenta. Jeremy A. Lauer, Ana P. Betrán, Mario Meriardi and Daniel Wojdyla. "Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control" World Health Report (2010), Background Paper, 29.

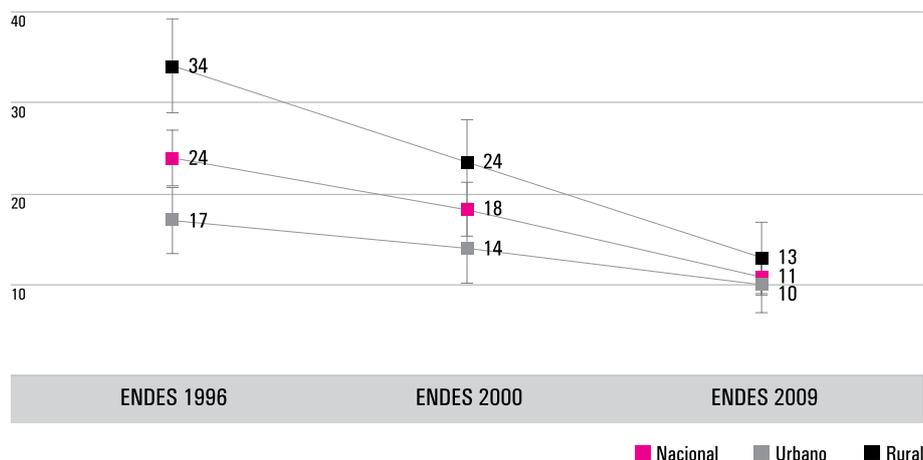
8 La reducción es importante como para ser estadísticamente significativa, de acuerdo a lo señalado por el INEI.

9 El cálculo del número de recién nacidos fallecidos antes de cumplir el primer mes se hizo a partir de las estimaciones de población por edad simple del INEI (2009b).

Gráfico 8

Mortalidad neonatal por área de residencia

Número de muertes antes de cumplir el primer mes por cada mil nacidos vivos



Nota: Estimación en base a los nacimientos de los 5 años previos a la encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000 y 2009, INEI.

• Peso al nacer

De acuerdo a Pollitt (2002), el peso al nacer es un indicador importante del estado de salud del niño en el vientre y del recién nacido; y el bajo peso al nacer, determinado por un retardo en el crecimiento intrauterino, se asocia a problemas en el desarrollo mental infantil y en el desarrollo cognitivo del niño en edad preescolar. Según diversos estudios, el peso de un niño al nacer está asociado a la alimentación y cuidados¹⁰ de la madre durante el embarazo.

A nivel nacional, un 7% de los niños y niñas, que fueron pesados al nacer, nació con un peso inferior a los 2.5 kg¹¹, lo que representa alrededor de 41,700 niños nacidos en un año¹². Como se puede apreciar en los Gráficos 9a y 9b, esta proporción no muestra variaciones significativas entre áreas de residencia, regiones naturales o lenguas maternas.

10 Esto incluye asistir a los controles prenatales, evitar fumar o ingerir bebidas alcohólicas, entre otros.

11 El reporte de peso al nacer se basa en la información consignada en la tarjeta de salud que se le entrega a la madre luego del nacimiento del niño, para el caso en que está disponible. Si la tarjeta no está disponible o no ha sido entregada a la madre, el reporte lo hace directamente la madre, por lo que podría haber problemas de precisión que afecten tales reportes.

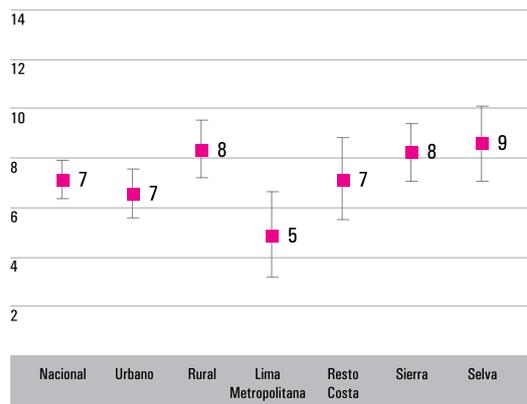
12 El cálculo del número de niños se hizo a partir de las estimaciones de población por edad simple del INEI (2009b).

Gráficos 9a y 9b

Niños y niñas con bajo peso al nacer

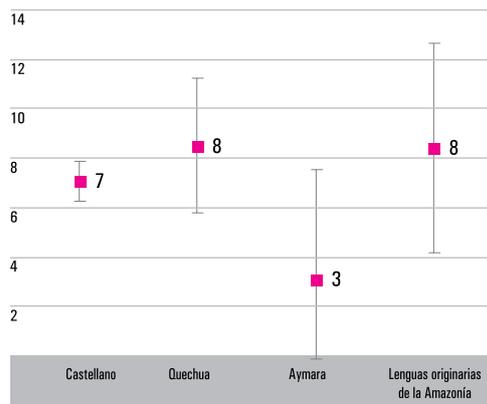
Por área de residencia y región natural

En porcentaje



Por lengua materna de la madre

En porcentaje



Nota: El indicador de bajo peso al nacer se calcula sobre el total de los niños y niñas reportados como pesados al nacer. No se incluye a los que no fueron pesados al nacer ni a los niños cuyas madres reportaron no saber o no recordar si se les pesó al nacer.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

No obstante, la información reportada de bajo peso al nacer toma en cuenta únicamente a los niños que fueron pesados al nacer. Por ello, esconde brechas asociadas al tipo de atención que recibió la madre en el momento del parto. Como se observa en el Gráfico 10a, en las áreas rurales solo el 78% de los niños y niñas fueron pesados al nacer, frente al 96% de sus pares de las áreas urbanas. Asimismo, una menor proporción fue pesado en la sierra (84%) y selva (80%) en comparación con el resto de la costa (96%).

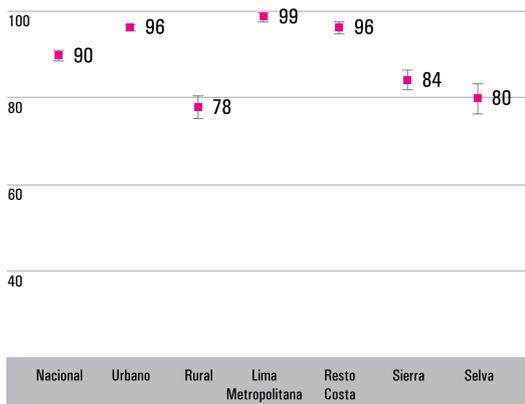
En el caso de la población con lengua materna originaria se observan brechas similares. Si bien, la prevalencia de bajo peso al nacer entre los niños y niñas con lengua materna originaria es similar a la de sus pares castellano-hablantes, tanto la proporción de parto institucional como la de pesados al nacer son sustantivamente menores. Cuando se compara a los niños y niñas de madres indígenas de la Amazonía con los de madres castellano hablantes se observan las mayores brechas: mientras el 17% de los niños y niñas con madres indígenas de la Amazonía nacieron en un establecimiento de salud y el 47% fue pesado al nacer, entre los niños de madres castellano hablantes el parto institucional alcanza al 85% y el pesaje al nacer al 91%. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud en las zonas rurales y en aquellas que concentran a la población con lengua materna originaria.

Gráficos 10a y 10b

Niños y niñas pesados al nacer

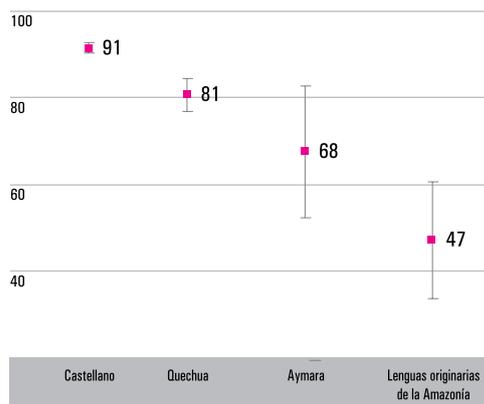
Por área de residencia y región natural

En porcentaje



Por lengua materna de la madre

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

Es importante resaltar que, la práctica de pesar al niño al nacer no es exclusiva de los profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeras). En las áreas rurales el parto atendido por profesionales de salud es de 60%, mientras el 80% de los niños y niñas es pesado al nacer. Algo similar ocurre entre los de madres indígenas de la Amazonía, donde menos del 20% de los partos es asistido por profesionales de salud pero donde más del 40% de los niños es pesado al nacer.



Box 1**El empoderamiento de la mujer para lograr el desarrollo de la infancia y la comunidad**

UNICEF, en el marco del Plan de Desarrollo de la Región Fronteriza Perú-Ecuador, desarrolló entre los años 2003 y 2009 el Proyecto de Desarrollo Humano en el Río Santiago, afluente del río Marañón que nace en las vertientes septentrionales de la Cordillera del Cóndor en el Ecuador y recorre, de norte a sur, al distrito del Río Santiago de la provincia de Condorcanqui en el departamento de Amazonas.

El proyecto tuvo como objetivo contribuir al desarrollo sostenible de las 56 comunidades Awajum Wampis, localizadas a lo largo del Río Santiago. Para ello se priorizó el fortalecimiento de la oferta de los servicios de educación, salud, nutrición y protección dirigidos a la infancia con un enfoque intercultural, en el marco de la construcción de políticas públicas regionales y de promover la inversión en el desarrollo humano. Por otro lado, se fortalecieron las capacidades de las autoridades locales, líderes indígenas y miembros de las comunidades en el cuidado y protección de los niños y niñas.

En el desarrollo del proyecto se identificaron importantes inequidades de género, particularmente en la participación de la mujer en los espacios públicos y comunitarios. Tradicionalmente las autoridades comunales y el personal de los servicios de salud, educación y protección eran varones. A partir del reconocimiento de la mejora en la prestación de los servicios que hacían las trabajadoras de salud y las maestras de las escuelas de sexo femenino, se decidió fortalecer el liderazgo de la mujer Awajum Wampis, en las 12 comunidades con mayor concentración poblacional del distrito del Río

Santiago, con el propósito de ampliar su activa participación en los espacios de decisión local y a nivel comunitario.

UNICEF, en alianza con la ONG Terranuova, con amplia experiencia en el trabajo con comunidades indígenas de la Amazonía peruana, promovió el desarrollo de planes de vida comunitarios, en los que se impulsó la activa participación de las mujeres. Por otro lado, se empoderó a las mujeres que destacaron como lideresas, a través del desarrollo de talleres comunales y encuentros distritales de lideresas indígenas. Durante el desarrollo de los planes de vida, se involucró a los varones para promover su aceptación a la participación de la mujer en los espacios que tradicionalmente eran solo de varones.

Este proceso posibilitó que los planes de vida comunales incluyan prioridades como la implementación de proyectos para fortalecer las capacidades de las mujeres, específicamente productivos (artesanía, piscicultura, agricultura), así como el desarrollo de créditos dirigidos a la mujer. Por otro lado, se logró ampliar la participación de la mujer en la organización comunitaria tradicional. Finalmente, se logró generar la necesidad de incorporar a técnicas y profesionales mujeres como responsables de los servicios de salud y como maestras de las escuelas.

La inversión en el fortalecimiento del liderazgo de la mujer en las comunidades indígenas es una de las mejores estrategias que permitirán el desarrollo integral y equitativo de estas comunidades.

1.2.2. Salud y nutrición de los niños y niñas menores de 5 años

Luego del período perinatal, los riesgos asociados al crecimiento y desarrollo de la niñez son múltiples y se relacionan tanto con las condiciones de nutrición como con las del entorno en el que crecen. A continuación, se abordan algunos de los principales indicadores del desarrollo nutricional y de la salud de los niños y niñas menores de 5 años, evidenciando los riesgos más importantes que enfrentan y las inequidades que sobresalen en el país.

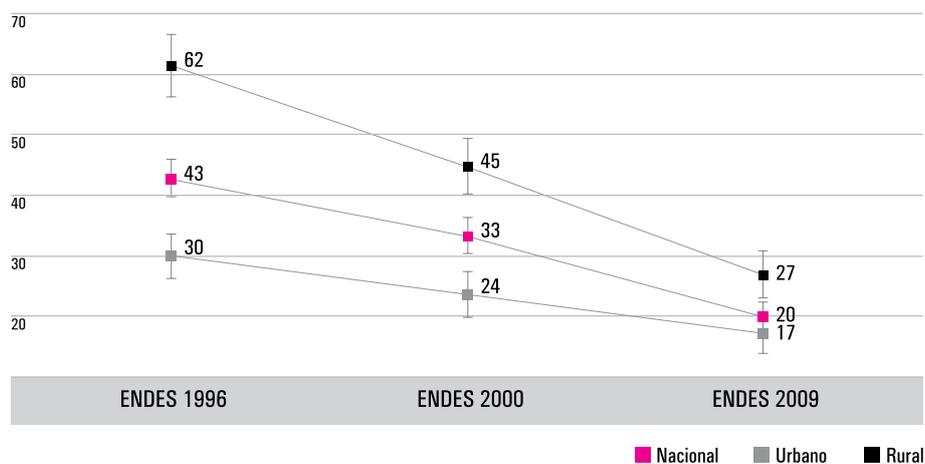
• Mortalidad infantil y de la niñez

Un primer indicador de los riesgos que enfrenta la primera infancia en el país es el de la mortalidad infantil, que da cuenta del número de niños y niñas que fallecen antes de cumplir el primer año de vida. Como se observa en el Gráfico 11, este indicador se ha reducido sustantivamente, conforme a lo reportado por las ENDES 1996 y 2009: de 43 a 20 por mil nacidos vivos a nivel nacional, de 62 a 27 en el área rural y de 30 a 17 en la urbana. Cabe destacar que, aproximadamente la mitad de estos fallecimientos (11 de 20 por mil nacidos vivos) ocurre antes de que el niño cumpla el primer mes de vida (Gráfico 8).

Gráfico 11

Mortalidad infantil por área de residencia

Número de muertes antes de cumplir el primer año por cada mil nacidos vivos



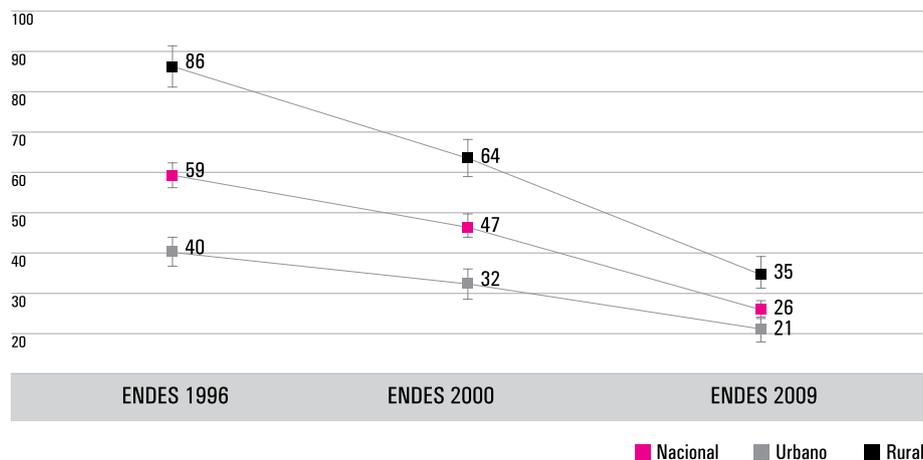
Nota: Estimación en base a los nacimientos de los 5 años previos a la encuesta.
Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000 y 2009, INEI.

Lo mismo ocurre con la mortalidad de la niñez (número de muertes ocurridas antes de cumplir los cinco años de vida) que, en el mismo período, se ha reducido de 59 a 26 por mil nacidos vivos, a nivel nacional. Con una significativa reducción en el área rural, de 86 a 35 por mil nacidos vivos (Gráfico 12).

Gráfico 12

Mortalidad de la niñez por área de residencia

Número de muertes antes de cumplir los 5 años por cada mil nacidos vivos



Nota: Estimación en base a los nacimientos de los 5 años previos a la encuesta.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000 y 2009, INEI.

A diferencia de lo observado en la mortalidad neonatal, en el caso de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez persisten las brechas entre las áreas urbana y rural. Sin embargo, de acuerdo a lo reportado por las ENDES 1996, 2000 y 2009, estas diferencias se han reducido significativamente debido a la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez en más de la mitad en el caso de las áreas rurales.

• Desnutrición, anemia y deficiencia de vitamina A

Dos son los indicadores que, con mayor frecuencia, se utilizan para dar cuenta del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años en el país: la desnutrición crónica y la anemia. Aunque menos utilizado, por la limitada información disponible sobre su incidencia, la deficiencia de vitamina A es uno de los grandes problemas de salud pública de la población más vulnerable del país (INS-CENAN 2004).

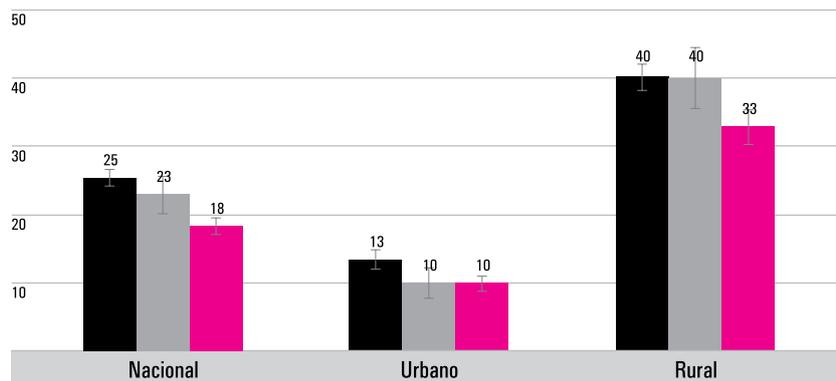
Un niño con desnutrición crónica es aquel que presenta una estatura por debajo de la esperada para su edad, evidenciando deficiencias crónicas en su nutrición y/o salud. Los principales factores asociados a este problema incluyen regímenes de alimentación deficientes y episodios frecuentes de enfermedades infecciosas, los que pueden estar asociados a prácticas de higiene inadecuadas. De acuerdo a Pollitt (2002), la desnutrición crónica durante el período preescolar y escolar se asocia a problemas en el desarrollo intelectual y en las competencias educativas de los niños y niñas.

Gráficos 13a, 13b y 13c

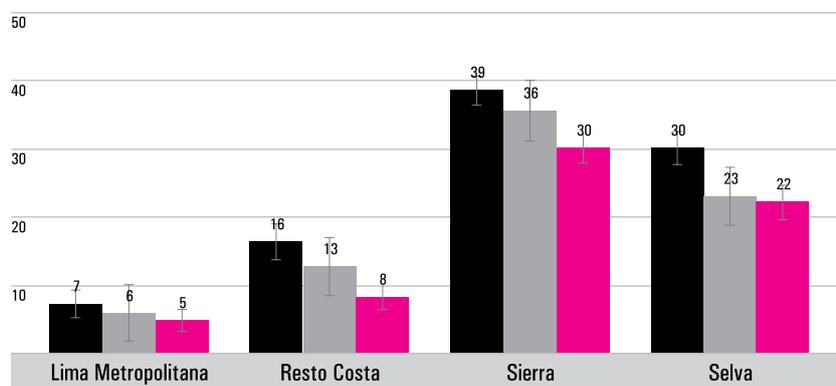
Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años

En porcentaje

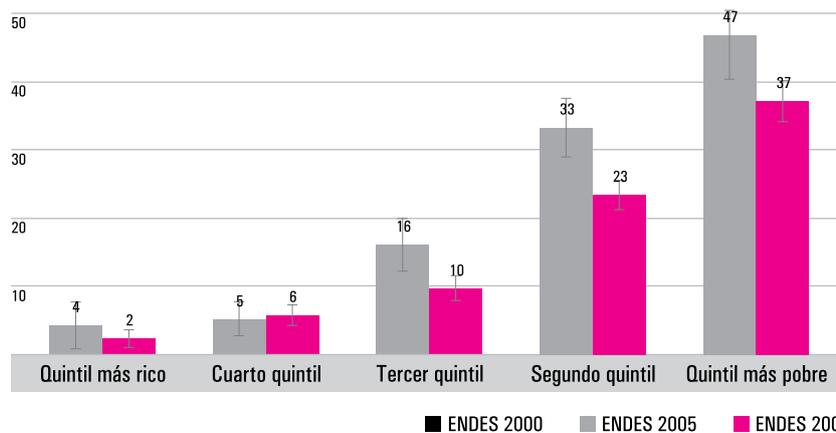
Por área de residencia



Por región natural



Por quintil de riqueza



Nota: No está disponible el reporte de las tasas de desnutrición crónica por quintiles de ingreso para el año 2000.

Fuente: Consulta directa a: <<http://www1.inei.gov.pe/BibliolNEIPub/BancoPub/Est/Lib0816/index.htm>>, abril, 2009.



©UNICEF/NU0044/W.Silveira

Según la CEPAL (2010), el Perú es el país de América del Sur con la mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas de 0 a 5 años¹³. Sin embargo, como se muestra en el Gráfico 13a, en los últimos 9 años se han producido mejoras. A nivel nacional, la tasa de desnutrición crónica (Parámetro NCHS¹⁴) se redujo de 25% a 18%, la cual se debe, fundamentalmente, a la disminución en las áreas menos favorecidas del país. Entre los años 2005 y 2009, la desnutrición crónica en las áreas rurales cayó de 40% a 33% y en el 60% de la población más pobre del país se reportaron las mejoras más importantes: de 47% a 37% en el quintil más pobre, de 33% a 23% en el segundo quintil más pobre y de 16% a 10% en el quintil intermedio de ingresos¹⁵. Aunque no es posible establecer relaciones directas de causalidad, el inicio del programa de transferencias condicionadas Juntos, en el año 2005, puede haber sido un factor importante en estas mejoras, así como la implementación de la Estrategia Nacional Crecer desde el año 2007.

13 Datos extraídos del Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2009 (CEPAL, 2010). Las estimaciones fueron calculadas por UNICEF y la OMS y se refieren al año 2008, aunque algunos datos pueden provenir de años cercanos anteriores. El parámetro empleado en las estimaciones fue el NCHS.

14 Para el indicador de desnutrición crónica se usa el parámetro del National Center for Health Statistics (NCHS) y no el nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil presentado por la OMS en el año 2006, debido a que para el año 2000 solo se dispone de información del parámetro NCHS. El nuevo patrón de la OMS resulta de un estudio en el que participan 8 mil niños y niñas menores de 5 años de Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, La India, Noruega y Omán y los parámetros NCHS se basan en una muestra de niños y niñas de los Estados Unidos. Además, a diferencia de los anteriores, los nuevos estándares se basan en un estudio con mediciones más frecuentes, toman en cuenta que el crecimiento infantil probable no es independiente de las preferencias en la alimentación y en concordancia con las directrices nacionales e internacionales, se basan en el niño alimentado con leche materna como norma esencial para el crecimiento y desarrollo (OMS, Nota de prensa del 27 de abril de 2006; INEI, 2004). En el Anexo 4 se presentan los indicadores de ambos estándares para el año 2009: aunque los niveles son distintos, las brechas entre áreas y regiones naturales son similares.

15 Sin embargo, estas mejoras no se aprecian cuando se agrega a nivel de región natural, donde se observan mejoras sustantivas solo en los últimos diez años. En el caso de selva no se habrían producido mayores mejoras en los últimos 5 años.

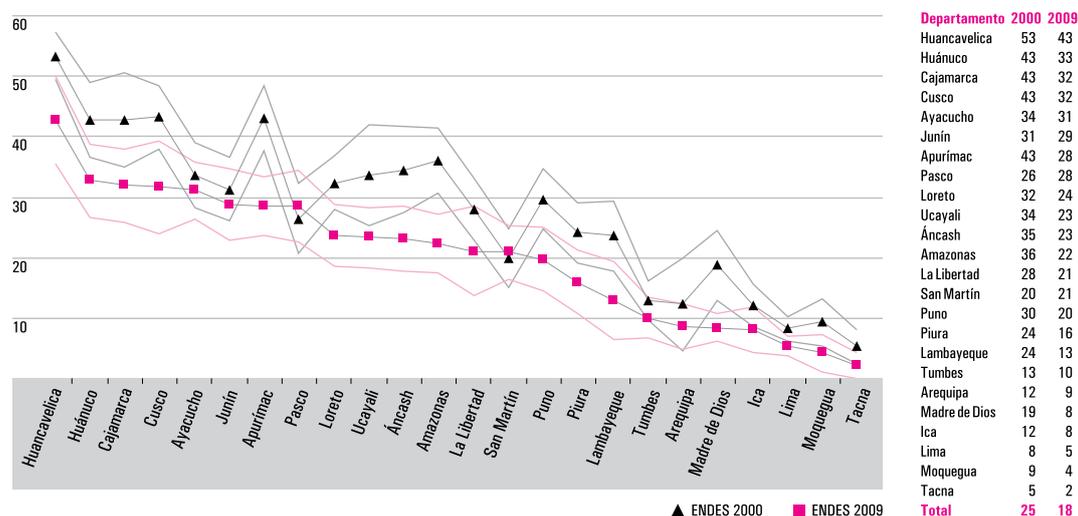
A pesar de estas mejoras todavía se presentan brechas al interior del país. A nivel departamental, en Tacna 2 de cada 100 niños presentan retraso en su crecimiento frente a 43 de cada 100 niños en Huancavelica (Gráfico 14).

También se presentan diferencias en el ritmo de mejora a nivel departamental. Mientras la incidencia de desnutrición crónica se redujo en varios de los departamentos más pobres del país, como Huancavelica (de 53% a 43%), Huánuco (de 43% a 33%), Cajamarca (de 43% a 32%), Cusco (de 43% a 32%) y Apurímac (de 43% a 28%), que presentaban los mayores niveles de desnutrición en el año 2000; en otros, se observa un estancamiento importante, como en los casos de Ayacucho (31%), Junín (29%), Pasco (28%) y San Martín (21%).

Gráfico 14

Desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años por departamento

Parámetro NCHS
En porcentaje



Nota: Lima incluye a la Provincia Constitucional del Callao. Los datos de los años 2000 y 2009 se reportan bajo el estándar NCHS, debido a que para el año 2000 solo se dispone de datos departamentales de desnutrición crónica para dicho estándar.

Fuente: Consulta directa a: <<http://www1.inei.gob.pe/BibliolNEIPub/BancoPub/Est/Lib0816/index.htm>>, abril, 2009.

Otro de los problemas nutricionales que afecta a los niños y niñas es la anemia, la cual, en la mayoría de casos, se debe a la deficiencia de hierro. Al igual que la desnutrición, la anemia se asocia a un inadecuado régimen alimenticio y puede traer consecuencias negativas en el desarrollo de los niños y niñas. De acuerdo a Pollit (2002:349), la anemia ferropénica¹⁶ durante los primeros tres años de vida trae consecuencias negativas en el desarrollo intelectual del niño.

16 Tipo de anemia caracterizado por la deficiencia de hierro en los glóbulos rojos.

En el Perú, hay una alta prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de 5 años en todos los grupos poblacionales. Al año 2009, tiene anemia el 37% de los niños y niñas menores de 5 años y el 50% de los menores de 3 años. Esta última tasa de anemia, con relación a la reportada en el año 2000, se ha reducido en 11 puntos porcentuales. Dicha disminución se dio en los últimos cinco años, dado que entre los años 2000 y 2005 no se produjo una reducción significativa.

Cuadro 5

Anemia en los niños y niñas menores de 3 años y en los menores de 5 años por área de residencia, región natural y lengua materna

En porcentaje

	Niños menores de 3 años			Niños menores de 5 años		
	%	Int. Conf. 95%		%	Int. Conf. 95%	
		Mín.	Máx.		Mín.	Máx.
Área de residencia						
Urbano	47	44	50	33	31	35
Rural	57	53	60	44	42	47
Región natural						
Lima Metropolitana	43	37	49	29	25	34
Resto Costa	44	39	48	30	27	33
Sierra	60	56	63	47	44	49
Sierra urbana	57	51	62	43	39	47
Sierra rural	62	57	66	49	45	52
Selva	48	44	51	36	33	39
Selva urbana	47	41	52	33	29	38
Selva rural	48	43	54	38	34	42
Lengua materna						
Castellano	49	46	51	36	34	37
Quechua	67	61	72	54	50	59
Aymara	63*	47	79	45*	31	60
Lenguas originarias de la Amazonía	65	55	76	51	41	62
Nacional	50	48	53	37	36	39

Nota: La estimación no incluye a los niños y niñas menores de 6 meses.

*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

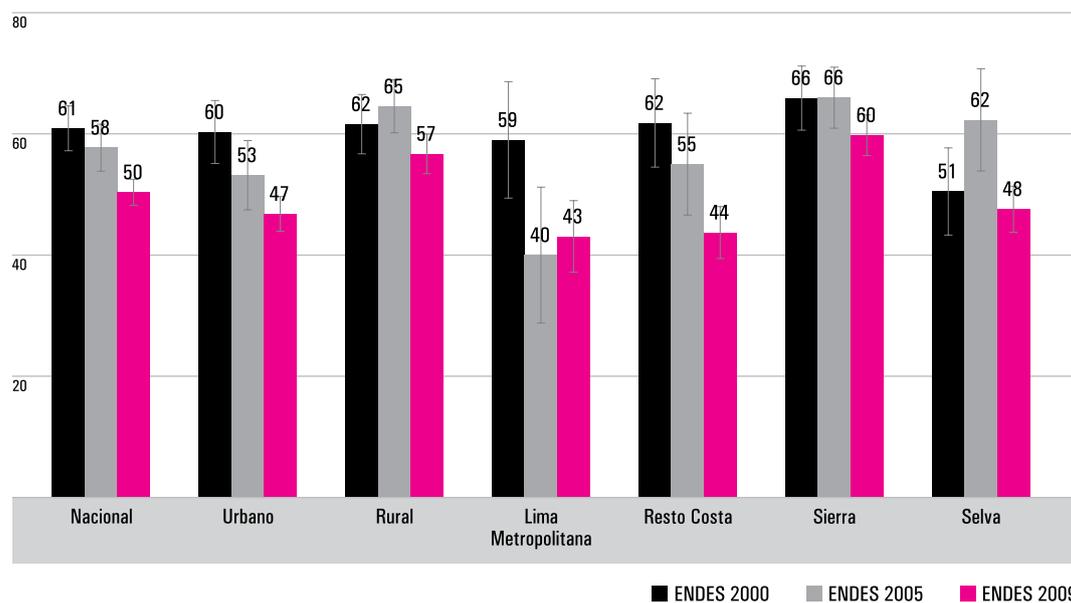
Al igual que en otros indicadores del estado de la salud de la primera infancia, la incidencia de la anemia es mayor en las zonas rurales (57%) en comparación con las urbanas (47%); y en la región de la sierra (60%) frente a las del resto de la costa (44%) y la selva (48%). Las mayores diferencias se presentan por lengua materna de la madre: entre los niños y niñas menores de 3 años cuya madre tiene al castellano como lengua materna la prevalencia de anemia es de 49%, entre sus pares, cuya madre tiene una lengua originaria de la Amazonía como materna, aumenta a alrededor de 65% y es de 67% entre los que tienen madres con lengua materna quechua (Cuadro 5).

Como se observa en el Gráfico 15, en los últimos diez años, los cambios en la incidencia de anemia en los niños y niñas menores de 3 años son evidentes, a nivel de área de residencia y región natural. Si bien, en las áreas rurales no se observan mayores diferencias, en las urbanas las mejoras son significativas (de 60% a 47%). A nivel de las regiones, las mejoras se concentran en Lima Metropolitana (de 59% a 43%) y el resto de la costa (de 62% a 44%). Sin embargo, las mejoras no han beneficiado a la población más pobre del país que reside en las zonas rurales (de 62% a 57%) y en las regiones de la sierra (de 66% a 60%) y la selva (de 51% a 48%).

Gráfico 15

Anemia en los niños y niñas menores de 3 años por área de residencia y región natural

En porcentaje



Nota: La estimación no incluye a los niños y niñas menores de 6 meses.

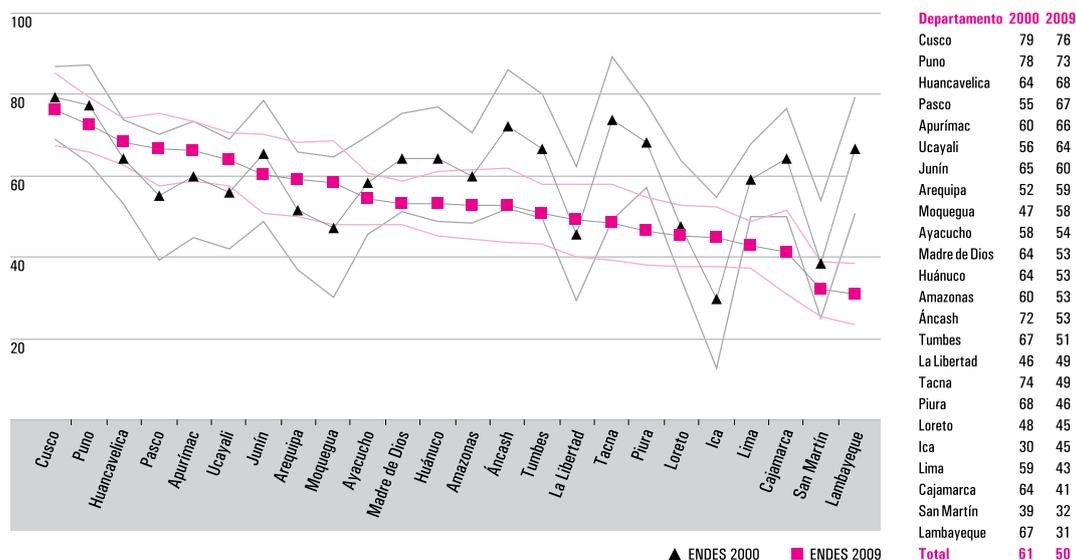
Fuente: Elaboración propia en base a la página web de los "Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos" del INEI (ENDES 2000, 2005 y 2009).

Asimismo, como se observa en el Gráfico 16, las brechas entre los departamentos son bastante marcadas en la prevalencia de anemia. Los departamentos con mayor prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de 3 años son Cusco (76%), Puno (73%), Huancaavelica (68%), Pasco (67%) y Apurímac (66%); y entre los que tienen menor incidencia se encuentran Lima (43%), Cajamarca (41%), San Martín (32%) y Lambayeque (31%).

Gráfico 16

Anemia en los niños y niñas menores de 3 años por departamento

En porcentaje



Nota: Excluye a los niños y niñas menores de 6 meses. Lima incluye a la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 2000 y 2009, INEI.

El déficit de vitaminas y minerales, como la vitamina A, el yodo y el hierro, sería la causa más importante de lo que se ha denominado el “hambre oculta”, la cual alcanza a un tercio de la población infantil mundial (UNICEF, 2004¹⁷). En el Cuadro 6 se presenta la información sobre la deficiencia de vitamina A en el Perú, la que afecta a un 12% de los niños y niñas menores de 5 años, observándose una mayor incidencia en los que residen en la selva (17%).

Es importante señalar que, de acuerdo a estudios del CENAN, es necesario mantener la vigilancia sobre el consumo de yodo en la dieta familiar. A pesar de las mejoras ocurridas en la última década, por las que el Perú fue declarado país libre de desórdenes asociados a la deficiencia de yodo por la OMS (INS-CENAN 2004), en el 15% de los hogares, con al menos un niño o niña menor de 5 años, la sal que se consume no alcanzaría los niveles de yodo adecuados¹⁸, con lo cual dichos hogares estarían en situación de riesgo.

17 Disponible en: <http://origin-www.unicef.org/spanish/nutrition/index_hidden_hunger.htm> .

18 El nivel de yodo se determinó al aplicar la prueba IodiTest a una muestra de sal recogida en el hogar. La reacción debía ser tenue a morado, es decir 15 o más ppm de yodo.

Cuadro 6**Déficit de vitamina A y consumo de sal yodada por región natural**

En porcentaje

Región natural	Déficit de Vitamina A			Consumo de sal yodada en el hogar		
	%	Int. Conf. 95%		%	Int. Conf. 95%	
		Mín.	Máx.		Mín.	Máx.
Lima Metropolitana	8	3	13	93	89	97
Resto Costa	13	5	22	83	75	92
Sierra urbana	11	4	18	92	88	96
Sierra rural	13	5	21	79	67	91
Selva	17	8	26	80	71	88
Nacional	12	9	16	85	81	89

Nota: En el caso del déficit de vitamina A, el indicador es porcentaje de niños y niñas menores de 5 años y en el caso de consumo de sal yodada, es porcentaje de hogares con niños y niñas menores de 5 años.

Fuente: Elaboración propia en base al Informe del MONIN 2008, INS – CENAN.

Box 2**Combatiendo la anemia infantil:****Estrategia intersectorial de suplementación con multimicronutrientes en Apurímac, Ayacucho y Huancavelica**

En el país el 37.2%¹⁷ de los niños y niñas menores de cinco años tiene anemia nutricional, porcentaje que se incrementa a 60% en los menores de dos años. Esta prevalencia es alta tanto en las zonas rurales (44,1%) como urbanas (33,2%) y está presente en todos los estratos sociales (43.7% en el primer quintil más pobre y 33.7% en el cuarto quintil no pobre). La anemia a edades tan tempranas tiene efectos negativos en la capacidad intelectual, emocional y de salud de los niños y niñas, convirtiéndola en un grave problema de salud pública que es urgente atender para el desarrollo del país.

La suplementación con hierro es una de las estrategias más importante para prevenir y controlar la anemia nutricional, pero su éxito depende del consumo y aceptabilidad del tipo de suplemento. A nivel mundial se ha comprobado la eficacia de los multimicronutrientes en polvo (MNP) en la reducción de la anemia y su

mayor aceptabilidad comparada con el jarabe de sulfato ferroso, suplemento utilizado en el programa regular del Ministerio de Salud. El MNP contiene hierro encapsulado, zinc, vitamina C, vitamina A y ácido fólico; y es fácil de usar en casa, se añade el polvo contenido en un sobrecito de 1 gr. a una porción pequeña de la comida del niño, se mezcla y se consume. La ventaja más apreciada por las madres es que no modifica el sabor de los alimentos.

UNICEF, OMS/OPS, y PMA han dado recomendaciones internacionales para el uso de los MNP en caso de emergencia. Es así como se introdujo en el Perú después del terremoto del año 2007 en Ica, con el apoyo del PMA y UNICEF. Los resultados mostraron una reducción de la anemia en los niños y niñas menores de tres años de 46.9% a 36.7%. Además de esta experiencia, el Programa Sembrando e iniciativas de los gobiernos regionales y ONGs, empezaron la suplementación en otras zonas del país, como

Amazonas, Ventanilla, Tacna, Áncash, Cajamarca y Cusco.

Todas estas experiencias y las evidencias internacionales han servido de antecedente para iniciar la intervención piloto en tres departamentos del Perú en agosto del año 2009: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica; la cual es desarrollada de forma intersectorial por el Ministerio de Salud y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, con el apoyo de UNICEF y PMA; con el objetivo de prevenir y controlar la anemia en los niños y niñas de 6 a 35 meses, a través de la suplementación con MNP desde un enfoque integral. La meta planteada fue llegar al 100% de los niños y niñas de esta edad en los tres departamentos, un total estimado de 101,000.

Los niños y niñas reciben el suplemento, que debe darse por seis meses de forma interdiaria, como parte de la atención integral de crecimiento y desarrollo realizada en los establecimientos de salud. La intervención consta de tres componentes: 1) prestación y logística, para asegurar que el niño reciba el control integral y el suplemento; 2) educación y comunicación, con tres principales estrategias: consejería, sesiones demostrativas y visitas domiciliarias; además de las iniciativas locales de difusión masiva; 3) monitoreo y evaluación, que incluye la línea de base y evaluación final en Apurímac, la adecuación de 5 subsistemas del MINSa, CENAN, PRONAA y el Programa Wawa Wasi para tener información del proceso y la vigilancia centinela que permita medir la efectividad de la intervención. Para la implementación de estos tres componentes se han conformado equipos multisectoriales.

Los principales resultados en un año de implementación muestran que el 90% de los niños y niñas de 6 a 36 meses iniciaron la suplementación (cerca de 91 mil en Apurímac, Ayacucho y



©UNICEF/NU0037/W.Silvera

Huancavelica), un gran logro considerando que la meta fue el 100%. Otro resultado importante es una mejora en el porcentaje de los niños y niñas que completaron la suplementación con multimicronutrientes, el cual llega a 39% y es mayor al reportado por la ENDES 2009 en estos tres departamentos, según la cual el 22.5% completaron la suplementación con jarabe de sulfato ferroso. Este resultado está muy relacionado con la mejor aceptabilidad del multimicronutriente. De acuerdo a las encuestas aplicadas por el PRONAA, el 95% de los niños y niñas consumieron el multimicronutriente y el 80% de las familias mencionaron haber recibido consejería sobre este tema. Con respecto al impacto en la anemia, los resultados iniciales de los centros centinela muestran una reducción de aproximadamente 17 puntos porcentuales.

En base a esta experiencia, el gobierno ha tomado la decisión de extender la estrategia a nivel nacional, rescatando las lecciones aprendidas. En el año 2011 se inicia la ampliación con recursos públicos a otros 13 departamentos con una cobertura total estimada de 500,000 niños y niñas menores de tres años. El MIMDES, a través del PRONAA, ha adquirido los MNP y conjuntamente con el MINSa serán responsables de su implementación, con el apoyo de la cooperación nacional e internacional.

¹¹ ENDES 2009, INEI.

• Lactancia materna y alimentación complementaria

Para tener un panorama más completo del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años, a continuación se presentan indicadores relacionados con la lactancia materna y la alimentación complementaria.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y su continuación durante los dos primeros años —adecuadamente complementada con otros alimentos—, constituye el mejor régimen alimenticio para lograr una buena salud del bebé¹⁹, de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud, la OPS/OMS y UNICEF. La leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo, tanto físico como mental del bebé, y sus beneficios abarcan también el ámbito emocional, pues genera y fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo/a.

Asimismo, la alimentación del bebé con el calostro (primera leche materna, rica en vitaminas y minerales) resulta de crucial importancia pues representa la primera inmunización para el recién nacido, la cual lo protege de infecciones y lo ayuda a iniciar el desarrollo de su propio sistema inmunológico.



En los últimos años, se han dado campañas que buscan fomentar el inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida pero ésta aún no es una práctica generalizada en el Perú, en especial en las áreas urbanas, donde solo el 57% de los niños y niñas lactaron durante la primera hora (Gráfico 17). Mientras en las áreas rurales casi 8 de cada 10 niños lactaron durante la primera hora de vida, en Lima Metropolitana solo 5 de cada 10 tuvieron la oportunidad de hacerlo.

¹⁹ Los niños nacidos de madres con VIH-SIDA deberán recibir lactancia artificial desde su nacimiento para reducir el riesgo de que los recién nacidos lo adquieran (Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, Ministerio de Salud, 2004).

Gráfico 17

Niños y niñas que lactaron durante la primera hora de vida por área de residencia, región natural y lengua materna de la madre

En porcentaje



Nota: Estimación en base al reporte de la madre sobre el último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta.

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", que incluye a los niños y niñas de madres sordomudas o con lengua materna extranjera.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

De acuerdo a la ENDES 2009, el 69% de los niños y niñas menores de seis meses en el Perú es alimentado de manera exclusiva con leche materna. Esta proporción no muestra variaciones significativas con respecto a la que se registró en la ENDES 2000 (67%). La información por área de residencia y por región natural, a lo largo del período 2000-2009, indica que hay un estancamiento en la cobertura de la lactancia materna exclusiva (Gráfico 18).

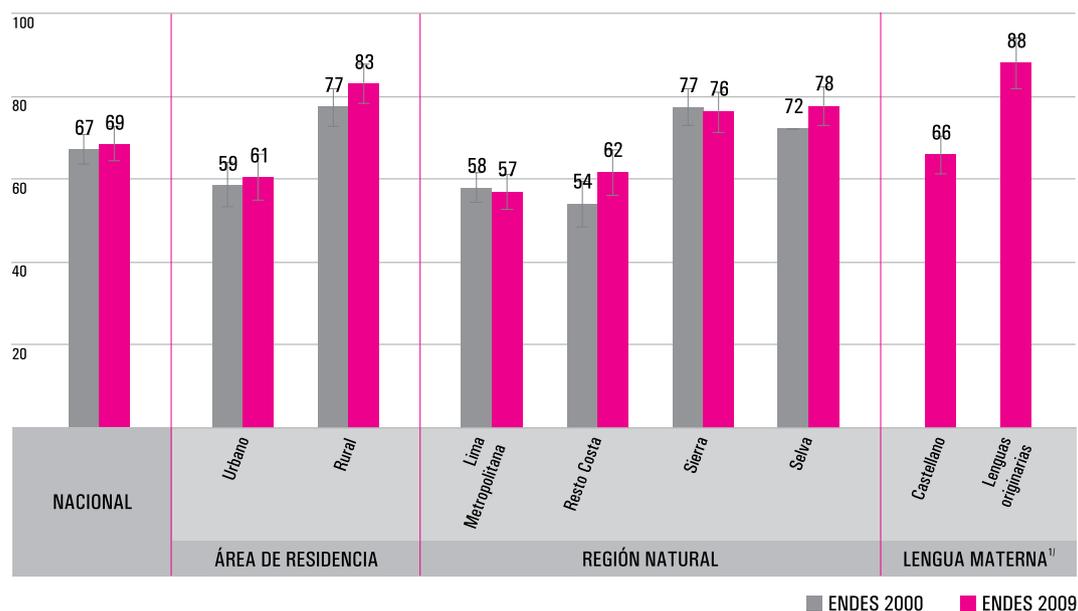
La lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de seis meses y su prolongación (complementada con otros alimentos) hasta que el niño cumpla los dos años de edad, puede complicarse por responsabilidades laborales u otras actividades por las que las madres necesiten estar fuera del hogar.



Gráfico 18

Lactancia materna exclusiva en los niños y niñas menores de 6 meses por área de residencia, región natural y lengua materna de la madre

En porcentaje



Nota: Estimación en base al reporte de la madre sobre el último nacimiento en los 5 años anteriores a la encuesta.

¹⁾ Categoría omitida: "otros casos", que incluye a los niños y niñas de madres sordomudas o con lengua materna extranjera.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 2000 y 2009, INEI.

De acuerdo a la normatividad vigente, las mujeres disponen de 90 días de licencia por maternidad²⁰. Al retornar a sus empleos, la leche materna puede extraerse y conservarse para alimentar al bebé. Esta práctica requiere de tiempo y conocimientos para la adecuada conservación de la leche²¹ así como el apoyo de una persona que pueda alimentar al bebé mientras la madre esté ausente.

También hay notables avances en el plano normativo que buscan contribuir a que las madres trabajadoras puedan dar de lactar y estar más tiempo con sus bebés. La Ley Nro. 27240, promulgada en el año 1999, establece que, al término del período posparto y hasta que el niño o niña cumpla los seis meses de edad, la madre trabajadora tiene derecho a una hora diaria

20 De acuerdo a la Ley Nro. 26644, promulgada en el año 1996, las madres pueden tomar 45 días de licencia prenatal y 45 días de licencia posparto; siendo posible extender los días de licencia posparto intercambiándolos por días de licencia prenatal. La Ley Nro. 27606, promulgada en el año 2001, otorga 30 días más de licencia posparto, en caso de parto múltiple. La Ley Nro. 29409, promulgada en el año 2009, otorga 4 días de licencia por paternidad a los trabajadores públicos, privados, de las fuerzas armadas y de la Policía Nacional del Perú. Datos extraídos de la página web del Diario El Peruano: <www.elperuano.com.pe>; acceso web en marzo 2010.

21 Los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil (Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, 2004) contienen una guía útil para la extracción y conservación de la leche materna.

de permiso por lactancia materna. Posteriores modificaciones de esta Ley, en los años 2001 y 2006, ampliaron el derecho de la hora de lactancia hasta que el niño o niña tenga un año de edad, incrementaron una hora más de lactancia en caso de parto múltiple y especificaron que esta(s) hora(s) se otorgará(n) dentro de la jornada laboral de la madre, considerándola con derecho a remuneración.

Asimismo, el Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, establece que todas las instituciones del sector público, en donde laboren 20 o más mujeres en edad fértil, deben contar con un ambiente acondicionado para que las madres puedan extraer y conservar, de manera adecuada, su leche materna. Sin embargo, estos avances estarían beneficiando a un reducido número de madres trabajadoras: el 76% (casi 8 de cada 10) de las mujeres, de 14 a más años, trabaja sin tener contrato, lo cual las excluye de derechos laborales como los citados aquí.

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil (MINSA e INS, 2004), a los seis meses de edad, el niño mostrará interés por conocer nuevos sabores y su cuerpo habrá alcanzado el desarrollo necesario para masticar alimentos. La introducción de dichos alimentos debe hacerse de forma gradual, iniciándose con papillas, purés o mazamorras (seis meses), para luego pasar a alimentos triturados (siete a ocho meses), posteriormente picados (nueve a 11 meses), hasta que pueda alimentarse de la olla familiar (12 a 24 meses).

Siguiendo los lineamientos de nutrición citados, entre los seis y 23 meses, los niños deben recibir tres comidas principales además de la leche materna²². Asimismo, es recomendable añadir una cucharadita de grasa (aceite, manteca, margarina, mantequilla u otro) en una de las comidas principales, la cual aporta ácidos grasos esenciales, favorece la absorción de vitaminas A, D, E y K, y permite que la ración de alimento sea más energética. Es necesario hacer hincapié en la dosis adecuada de grasa, pues una dosis menor puede derivar en adelgazamiento infantil y una mayor puede generar obesidad en los niños, incrementando el riesgo de enfermedades cardiovasculares en el futuro.

A nivel nacional, solo 6 de cada 10 niños y niñas (62%) entre los seis y 23 meses recibía las dosis de comidas principales recomendadas por el Ministerio de Salud y solo 3 de cada 10 (34%) recibía la adición de grasa en las comidas (Cuadro 7).

²² A medida que los niños crecen, entre los seis y 23 meses, se incrementa el número de comidas. A los seis meses debe consumir dos comidas principales y tener una lactancia materna frecuente; a los siete y ocho meses, se incrementa en este régimen una comida principal más; entre los nueve y 11 meses debe recibir tres comidas principales y una entre comida adicional, además de la leche materna. Finalmente entre los 12 y 24 meses deberá tener tres comidas principales, dos entre comidas adicionales y lactar.

Cuadro 7**Consumo de tres o más comidas sólidas y de grasa adicional por región natural**

Niños y niñas de seis a 23 meses

En porcentaje

Región natural	Tres o más comidas sólidas o semisólidas			Adición de grasa en las comidas		
	%	Int. Conf. 95%		%	Int. Conf. 95%	
		Mín.	Máx.		Mín.	Máx.
Lima Metropolitana	68	81	55	28	18	37
Resto Costa	55	39	71	42	18	66
Sierra urbana	74	59	89	31	18	43
Sierra rural	55	40	69	32	20	44
Selva	69	57	81	37	25	49
Nacional	62	55	69	34	26	41

Fuente: Elaboración propia en base al Informe del MONIN 2008, INS – CENAN.

- **Enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA)**

Un aspecto importante para completar el análisis de la salud y nutrición en la primera infancia es el relacionado a la enfermedad. Las principales enfermedades que enfrentan los niños y niñas de 0 a 5 años, en términos de la frecuencia de los episodios y la potencial complicación a cuadros críticos que pongan en riesgo su vida, son dos: enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA).

De acuerdo a la OMS²³, las enfermedades diarreicas constituyen la segunda causa principal de muertes en los niños y niñas menores de 5 años, a nivel mundial. La deshidratación que producen las EDA privan de agua, sales y nutrientes necesarios para la supervivencia y el crecimiento. Asimismo, los niños y niñas que presentan EDA son más propensos a padecer desnutrición, lo que a su vez los hace más vulnerables a contraer nuevamente enfermedades diarreicas, formando un círculo vicioso.

La EDA se presenta a causa de una infección, la cual puede contagiarse de una persona a otra por una inadecuada higiene o puede ser contraída por la ingesta de alimentos o agua contaminados. En este sentido, la presencia de esta enfermedad se vincula a las inadecuadas prácticas de higiene y a la no disponibilidad de fuentes mejoradas de agua y saneamiento, pues restringe la posibilidad de contar con agua “segura” para beber, cocinar y lavar en los hogares, así como para eliminar las excretas.

23 “Enfermedades Diarreicas”. Nota de Prensa de la Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva N° 330. Agosto, 2009). Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/index.html>>. Acceso web en marzo del 2010.

Por otra parte, las infecciones respiratorias agudas (IRA) son también una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años²⁴, tanto en el Perú como en otros países en desarrollo. Las IRA comprometen una o más partes del aparato respiratorio, durante un lapso no mayor a 15 días. De acuerdo al MINSA²⁵, la ocurrencia de estas infecciones puede verse condicionada por un bajo peso al nacer, insuficiente lactancia materna, infecciones previas, esquema incompleto de vacunación y/o deficiencia de vitamina A.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indaga sobre la incidencia de EDA e IRA²⁶. En el año 2009, el 17% de los niños y niñas menores de 3 años presentó IRA y el 18% tuvo por lo menos un episodio de EDA en las dos semanas anteriores a la visita del INEI. Como se aprecia en los Gráficos 20 y 21, la incidencia de estas enfermedades no varía significativamente por área de residencia. Sin embargo, se observan algunas diferencias entre regiones naturales: la incidencia de IRA es más frecuente entre los niños y niñas de la sierra rural (20%) y la selva rural (29%) que entre aquellos del resto de la costa (14%) o de la sierra urbana (10%); la incidencia de EDA tiende a ser mayor entre los niños y niñas de la selva urbana (26%) y la selva rural (30%) respecto de sus pares del resto de la costa (16%), la sierra urbana (17%) y la sierra rural (15%).

Los niños y niñas de la selva se ven expuestos, tanto a las EDA como a las IRA, en mayor proporción que sus pares de la costa o sierra, mientras que los niños y niñas de la sierra rural y la selva rural están relativamente más expuestos a las IRA. Al respecto, cabe resaltar que esta información ha sido recogida a lo largo del año y no permite analizar la estacionalidad de este tipo de infecciones, por ejemplo, en el caso de épocas de heladas o friaje en la sierra sur; algo que será posible, eventualmente, cuando se tenga la muestra completa 2009-2011.

La incidencia de EDA varía considerablemente entre departamentos, como se aprecia en el Gráfico 19. Loreto es el que presenta una mayor tasa de niños y niñas menores de 3 años con enfermedades diarreicas (35%), seguido de los departamentos de San Martín (30%), Amazonas (28%), Pasco (26%) y Madre de Dios (26%), todos con una incidencia mayor al 25%. Los que presentan una incidencia de EDA menor al 10% son los departamentos de La Libertad (9%) y Tumbes (9%).

24 "Infección Respiratoria Aguda y Neumonía". Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud. Junio 2005. Disponible en: <http://www.minsarsta.gob.pe/redtupacamaru/Epidemiologia_archivos/Boletin%20Epidemiologico%20Red%20de%20Salud%20Tupac%20Amaru%20-%20Junio%202%20005.pdf>. Acceso web en marzo del 2010.

25 "Infección Respiratoria Aguda y Neumonía" Boletín de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud. Junio 2005:1.

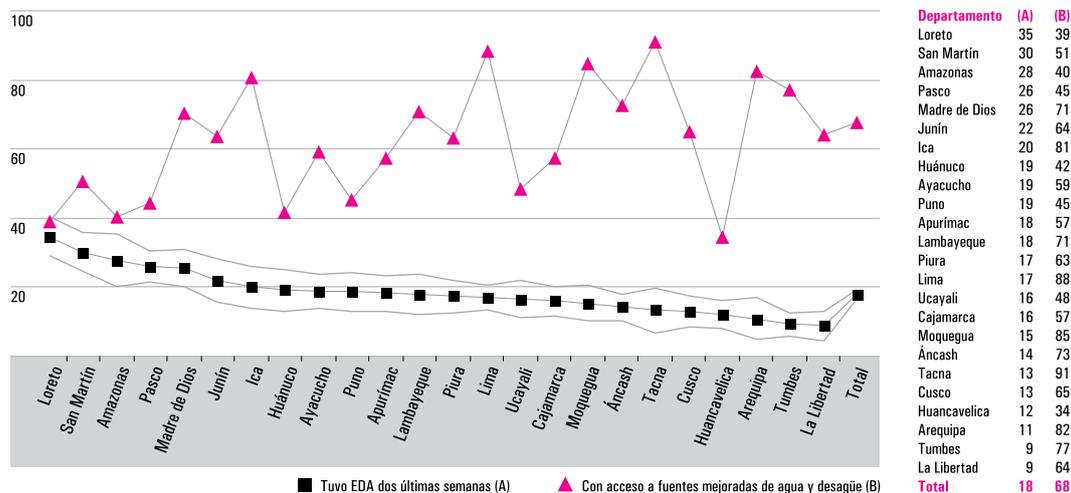
26 Los indicadores de EDA e IRA utilizados en este estudio se basan en información de la ENDES y se definen de la siguiente manera: (i) un niño presenta enfermedad diarreica aguda si tuvo diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta; y (ii) un niño presenta infección respiratoria aguda si tuvo tos y mostró una respiración más rápida (corta y agitada) que de costumbre en las dos semanas previas a la encuesta. Es importante resaltar que esta última definición difiere de la utilizada en la ENDES 2009 (p. 194), donde se hace referencia a infecciones respiratorias de mayor gravedad, descartando aquellos casos en los que "La respiración rápida o difícil era por un problema en el pecho o porque tenía la nariz tupidá". En el presente estudio se usa la definición (ii) para mantener la comparabilidad con indicadores de IRA de las ENDES anteriores.

En el Gráfico 19, se muestra que la relación entre la ocurrencia de EDA y la disponibilidad de fuentes mejoradas de agua y saneamiento estaría mediada por condiciones del entorno, como la temperatura, humedad y altitud en la que se ubica la mayor parte de la población departamental. En general, en los departamentos con una parte importante de su población que reside en las zonas de selva, donde la alta temperatura y el alto grado de humedad relativa harían a la población más vulnerable a la proliferación de bacterias y otros microorganismos (además de insectos conductores de otras enfermedades también asociadas a entornos con prácticas de higiene inadecuadas), tendrían mayor incidencia de EDA. Por un lado, Huancavelica tiene el indicador más bajo de acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento (34%) pero presenta una incidencia de EDA baja (12%) en términos relativos al promedio nacional (18%). Por otro lado, Madre de Dios presenta uno de los indicadores de prevalencia de EDA más altos del país (26%) aunque la proporción de niños y niñas con acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe está entre las 10 más altas del país (71%).

Gráfico 19

Enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de 36 meses y acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe por departamento

En porcentaje



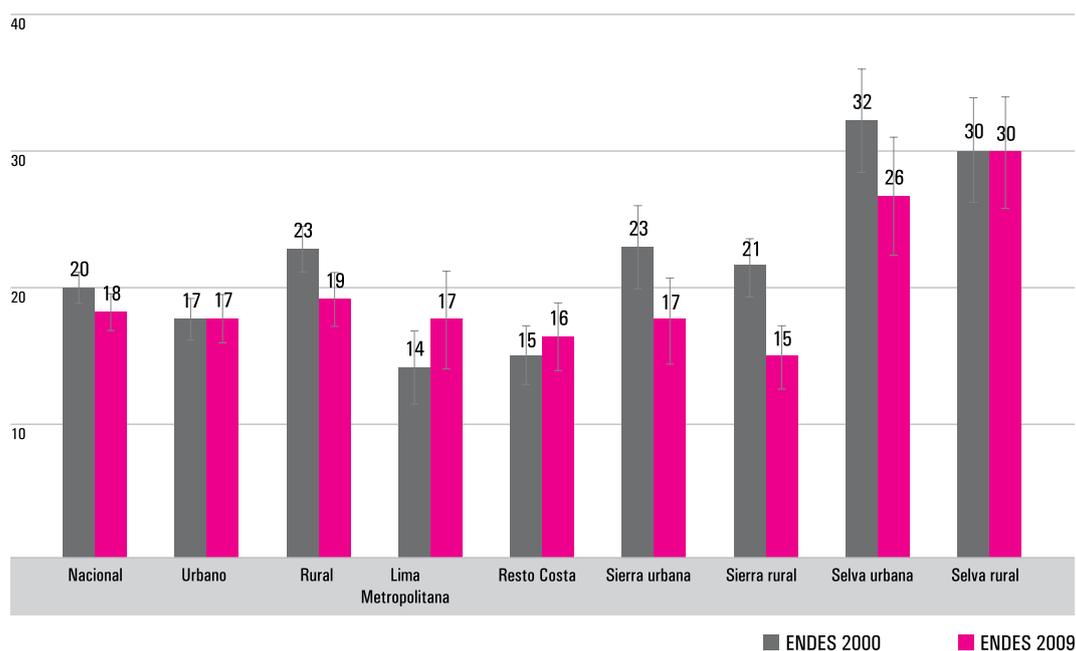
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009 en el caso de prevalencia de EDA y al Censo Nacional 2007 en el caso de acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe, INEI.

En términos de la evolución de estos indicadores de enfermedad, se observan mejoras en la incidencia de IRA a nivel nacional, algo que no ocurre en el caso de las EDA. No obstante, como se observa en el Gráfico 20, la sierra presenta un escenario favorable. Mientras en la sierra rural se observa una reducción de 21% a 15% en la incidencia de EDA, en la sierra urbana la mejora es de 23% a 17% entre los años 2000 y 2009, respectivamente. Como se mencionó anteriormente, la selva presenta la mayor incidencia de EDA, tanto en su parte urbana (26%) como en la rural (30%).

Gráfico 20

Enfermedades diarreicas agudas en los niños y niñas menores de 36 meses por área de residencia y región natural

En porcentaje



Nota: El indicador se refiere a los que presentaron síntomas de EDA en las dos semanas anteriores a la encuesta. Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un período de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días es aguda. Si dura 14 días o más es diarrea persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y producir la muerte de los niños y niñas.

Fuente: Elaboración propia en base a la página web de los "Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos" del INEI (ENDES 2000 y 2009).

Con relación al tratamiento que reciben los niños y niñas menores de 5 años con EDA, de acuerdo a la ENDES 2009, el 42% es llevado a algún proveedor de salud. Este porcentaje es ligeramente mayor al registrado en el año 2000 (39%). Aunque no se observan importantes mejoras en la consulta a proveedores de salud, el aumento en el uso de sobres o paquetes de Sales de Rehidratación Oral (SRO) es notable: pasó de 22% en el año 2000 a 32% en el 2009, el porcentaje de niños y niñas con EDA que recibieron este tratamiento. En segundo lugar, se reporta el tratamiento con soluciones caseras, que ha pasado de 21% a 11% en el mismo período.

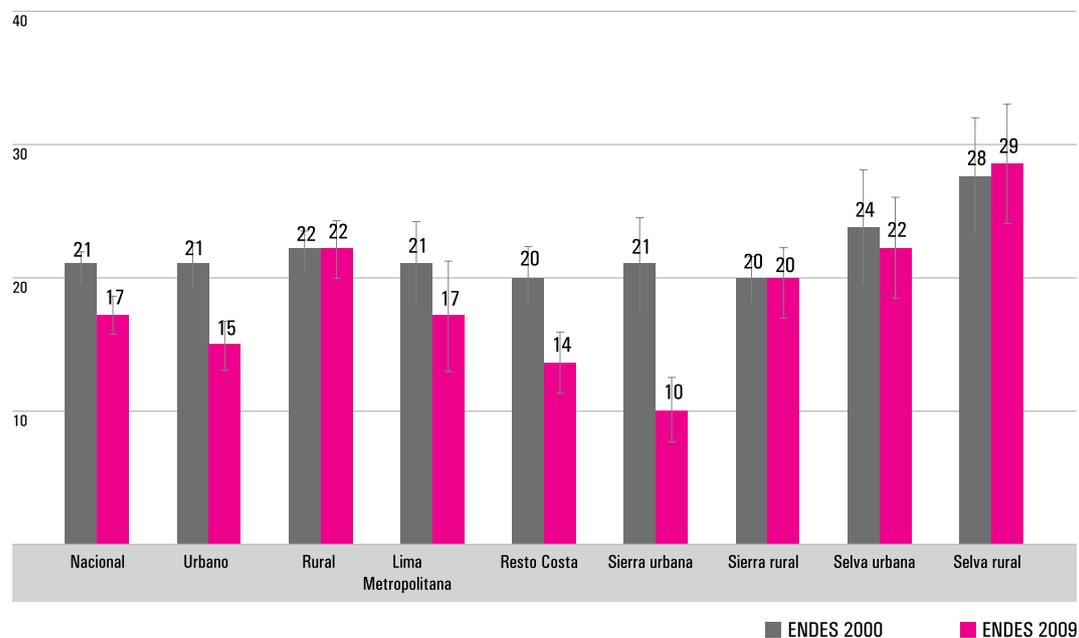
La ENDES 2009 también indaga sobre las prácticas recomendadas, por el Ministerio de Salud y UNICEF, respecto a dar una mayor cantidad de líquidos y alimentos al niño o niña menor de 5 años: el 53% de los niños y niñas recibe una mayor cantidad de líquidos durante el episodio de EDA, cifra similar a la reportada en la ENDES 2000 (55%) y solo el 5% recibe mayor cantidad de alimentos, el mismo porcentaje reportado en la ENDES 2000.

En el caso de la incidencia de IRA en los niños y niñas menores de 3 años, se observan mejoras en Lima Metropolitana (de 21% a 17%), el resto de la costa (de 20% a 14%) y en la sierra urbana (de 21% a 10%). Sin embargo, la incidencia de IRA es notablemente mayor en la sierra rural (20%), en la selva urbana (22%) y en la selva rural (29%).

Gráfico 21

Infecciones respiratorias agudas en los niños y niñas menores de 36 meses por área de residencia y región natural

En porcentaje



Nota: El indicador se refiere a los niños y niñas que presentaron síntomas de IRA en las dos semanas anteriores a la encuesta. Incluye a las IRA comunes (resfrío común, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis, otitis media) y las complicadas (neumonía, neumonía grave y muy grave).
Fuente: Elaboración propia en base a la página web de los "Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos" del INEI (ENDES 2000 y 2009).

• **Vacunación y control de crecimiento y desarrollo (CRED)**

La salud preventiva es un factor clave para enfrentar los riesgos del entorno, asociados a las enfermedades transmisibles y a no contar con agua segura y saneamiento adecuado, entre otros. Dos aspectos importantes, en los cuales el gobierno peruano ha venido fortaleciendo las campañas orientadas a crear una cultura de salud preventiva, son la vacunación oportuna y el monitoreo regular de los niños y niñas, especialmente en la primera infancia. Como se verá a continuación, los resultados en la vacunación oportuna son poco alentadores pero los asociados a fomentar los controles de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 3 años han sido positivos en la sierra del país, donde se habrían concentrado los esfuerzos.

Como se señaló anteriormente, el monitoreo del bienestar y la salud de los niños y niñas se inicia con la asistencia periódica a los controles prenatales, a fin de detectar potenciales problemas en el desarrollo del bebé en el vientre. Dicha asistencia periódica a los establecimientos de salud debe continuar desarrollándose luego del nacimiento del niño o niña para realizar sus controles de crecimiento y desarrollo (CRED). Los CRED son actividades periódicas y sistemáticas que evalúan el crecimiento y desarrollo del niño con el objetivo de detectar, de manera oportuna, los cambios y riesgos en su estado de salud²⁷. Por norma, los controles deben hacer énfasis en la medición del peso y talla de los niños y niñas, en el logro de sus habilidades de desarrollo y en la provisión de consejería a los padres y madres de familia, constituyéndose en un espacio en donde pueden conversar sobre sus dudas e inquietudes en temas de salud, nutrición, estimulación y vacunación de sus hijos e hijas.

Cuadro 8

Controles de crecimiento y desarrollo (CRED) para los niños y niñas menores de 4 años

Grupo etario	Número de controles	Edad
Recién nacido	2	Al 2do. día de alta y al 7mo. día de nacido
Menos de 12 meses	6	Al 1er. mes, a los 2, 4, 6, 7 y 9 meses
De 1 año	4	A los 12, 15, 18 y 21 meses
De 2 a 4 años	2 por año	A los 24, 30, 36, 42 y 48 meses

Nota: Este esquema, de acuerdo a la normatividad vigente del Ministerio de Salud, fue empleado por los funcionarios del INEI al estimar la proporción de niños y niñas que tienen los controles de crecimiento y desarrollo al día.
Fuente: Elaboración propia en base al manual del encuestador de la ENDES Línea de Base, INEI.

Cuadro 9

Esquema de vacunación para los niños y niñas menores de 4 años

Grupo etario	Vacunas contra...
Niños y niñas menores de 1 año	Hepatitis B (HVB) Tuberculosis (BCG) Difteria, pertusis, tétanos, hepatitis B y hemophilus influenza (pentavalente) Polio (antipolio) Rotavirus, el neumococo y la influenza
Niños y niñas de 1 año	Sarampión, papera y rubéola (SPR) Fiebre amarilla (AMA)
Niños y niñas de hasta 4 años	Refuerzo de vacuna DPT (difteria, pertusis y tétanos) Refuerzo de vacuna SPR

Fuente: Elaboración propia en base a la Norma Técnica N° 063-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal".

27 Definición tomada de la Norma Técnica N°063-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal" (Página 17).

A nivel nacional, el 52% de los niños y niñas menores de 3 años ha recibido todas las vacunas programadas para su edad (Cuadro 10a), lo que implica que un 48% se encuentra vulnerable ante, al menos, una de las enfermedades citadas en el Cuadro 9. Por otra parte, solo el 28% de los niños y niñas menores de 36 meses está al día en sus controles de crecimiento y desarrollo (Cuadro 10b). Tanto en la asistencia al CRED como en la vacunación completa, no se encuentran significativas diferencias entre las áreas urbanas y rurales ni entre las regiones naturales (Cuadros 10a y 10b), siendo el panorama igual de preocupante en todo el país. Sin embargo, es en los entornos más precarios donde esta reducida cobertura de vacunación completa y de asistencia regular a los CRED implica mayores riesgos.



©UNICEF/CN0048/M. Guye-Vuilleme

Cuadros 10a y 10b

Niños y niñas menores de 36 meses con vacunas completas y con controles de crecimiento y desarrollo al día

En porcentaje

	Con vacunas completas			Con controles de crecimiento y desarrollo al día			
	%	Int. Conf. 95%		%	Int. Conf. 95%		
		Mín.	Máx.		Mín.	Máx.	
Área de residencia							
Urbano	51	48	55	Urbano	27	25	30
Rural	53	49	57	Rural	29	25	32
Región natural							
Lima Metropolitana	48	43	53	Lima Metropolitana	29	24	34
Resto Costa	52	42	61	Resto Costa	28	24	32
Sierra	53	47	58	Sierra	29	26	31
Selva	51	46	55	Selva	23	19	26
Nacional	52	46	58	Quintil de riqueza			
				Quintil más pobre	27	23	31
				Segundo quintil	23	20	26
				Tercer quintil	24	21	27
				Cuarto quintil	28	23	33
				Quintil más rico	43	37	49
				Nacional	28	26	30

Nota: La información proviene del carné de vacunación o, en su defecto, del reporte directo de la madre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

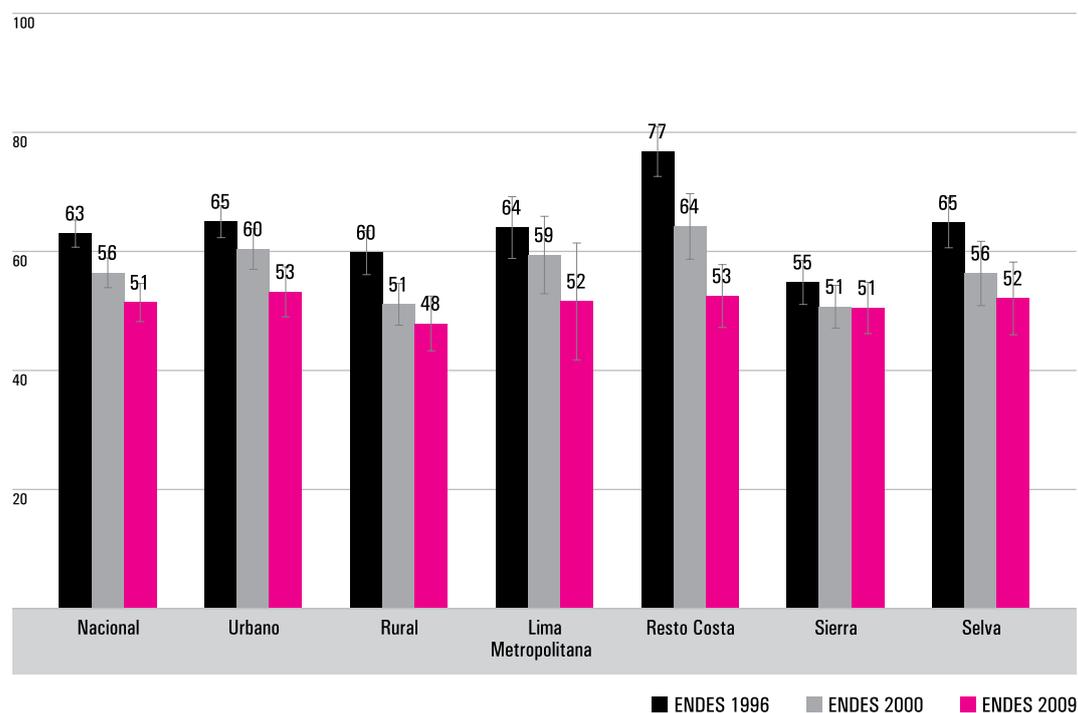
Fuente: Elaboración propia en base a la página web de los "Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos" del INEI (ENDES 2009).

En el Gráfico 22 se aprecia la caída en la proporción de niños y niñas de 18 a 29 meses con vacunación completa entre los años 1996 y 2000, la cual no se habría recuperado hasta el año 2009. Cabe destacar, las significativas disminuciones, en el período 1996-2009, en el resto de la costa (de 77% a 53%) y en la selva (de 65% a 52%), las cuales explicarían las reducciones simultáneas en las áreas urbana (de 65% a 53%) y rural (de 60% a 48%).

Gráfico 22

**Evolución de la vacunación completa en los niños y niñas de 18 a 29 meses^{1/}
por área de residencia y región natural**

En porcentaje



^{1/} Los reportes de la ENDES 1996 hacen referencia a los niños y niñas de 12 a 23 meses de edad.

Nota: En todos los casos se considera vacunación completa a los que recibieron BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis de polio y sarampión. Se preguntó por la vacunación completa ocurrida en cualquier momento antes de la encuesta. Las líneas en la parte superior de cada barra muestran los intervalos de confianza del indicador al 95%.

Fuente: Elaboración propia en base a las ENDES 1996, 2000 y 2009, INEI.

Box 3

Los niños y niñas Candoshi y Shapra protegidos contra la Hepatitis B: Un logro que hay que sostener

En la Amazonía peruana viven alrededor de 42 pueblos indígenas. Se estima que, en los últimos 50 años, 11 grupos étnicos han desaparecido y muchos otros están en proceso de extinguirse debido a la progresiva destrucción del medio ambiente en el que viven y la ocurrencia de enfermedades, especialmente transmisibles. Este es el caso de las comunidades Candoshi y Shapra, afectados masivamente por la Hepatitis B.

Estos pueblos habitan en la Amazonía norte del Perú, específicamente en la provincia del Datem del Marañón del departamento de Loreto. Es un territorio surcado por grandes ríos, como el Morona y el Pastaza, y paradisíacos lagos, como el Musa Karusha, que permiten la comunicación entre las pequeñas comunidades. Es una de las áreas más remotas y bellas del Perú.

No se sabe exactamente cuándo ni cómo se inició la epidemia de la Hepatitis B. En el año 1995 se presentaron los primeros casos de cirrosis y cáncer al hígado, a consecuencia de la Hepatitis B crónica. El Ministerio de Salud, en coordinación con AIDSESP, realizó un estudio que demostró que el 70% de los Candoshi y Shapra había contraído Hepatitis B, cifra que ascendía a 75% entre las mujeres en edad fértil, lo cual ponía en riesgo de contraer la Hepatitis B a sus niños y niñas recién nacidos durante el embarazo y el parto. El contraer una infección al comienzo de la vida condiciona una mayor incidencia de casos graves, con la consiguiente mortalidad.

La vacunación es la intervención más efectiva para prevenir la transmisión de la Hepatitis B, siendo fundamental vacunar al niño apenas nace (dentro de las primeras 24 horas) y completar tres dosis de la vacuna hasta el sexto mes de vida, con lo cual se asegura que la persona quede totalmente protegida contra la enfermedad. Para asegurar la supervivencia de estas comunidades, esta intervención debe asegurarse por los menos durante dos generaciones.

En el año 2002, el Ministerio de Salud realizó una vacunación masiva a estas poblaciones.

En el año 2003, UNICEF apoyó al Ministerio de Salud para garantizar la vacunación precoz de los niños y niñas Candoshis y Shapras. Se instaló una extensa red de cadena de frío para conservar las vacunas, equipos de radiocomunicaciones, y botes, motores y combustible para el desplazamiento de los vacunadores a las comunidades. Esto, junto a las acciones de educación y participación comunitaria con los apus, maestros y promotores de salud, permitió asegurar la vacunación de los niños y niñas en el nacimiento y durante los primeros meses de vida, a pesar de que, solo el 7% de los partos se producían en los establecimientos de salud.

Desde el año 2004 al 2008 se logró que más del 90% de los recién nacidos sea vacunado durante las primeras 24 horas de vida y que el 85% de los niños y niñas esté protegido contra la Hepatitis B al sexto mes. Desde el año 2009, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención integral de la salud en estas comunidades, con la implementación del programa de Aseguramiento Universal de Salud en la provincia del Datem del Marañón. Esto incluye la vacunación del recién nacido y el tratamiento de las personas afectadas crónicamente por esta enfermedad.

Durante el año 2010, el Instituto Nacional de Salud realizó una encuesta serológica en 2,956 pobladores de las comunidades Candoshi y Shapra, demostrándose la casi total inexistencia de casos de la forma activa de esta enfermedad entre los niños y niñas menores de seis años y la presencia de anticuerpos protectores contra la Hepatitis B. El esfuerzo realizado ha rendido sus frutos, dando la esperanza a estos pueblos de seguir existiendo a través de las nuevas generaciones libres de la Hepatitis B.

Les corresponde al Estado y a la sociedad peruana, así como a los propios Candoshi y Shapra, dar continuidad durante las próximas décadas al camino emprendido, lo cual favorecerá el cumplimiento del derecho más relevante de un pueblo: seguir existiendo y conservando su milenaria cultura.

1.3. DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

- **Asistencia a la educación inicial**

En el Perú, la proporción de niños y niñas de 3 a 5 años que asiste a una institución educativa de nivel inicial (tasa de cobertura neta) es relativamente alta, en comparación con lo observado en otros países de América del Sur. En el año 2006, Perú mostraba una tasa de cobertura ligeramente superior al promedio regional (61%), situándose por encima de países como Argentina, Brasil, Colombia o Bolivia, y por debajo de Uruguay y Ecuador²⁸.

Entre los años 2001 y 2009, la asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años a la educación inicial se ha incrementado significativamente: de 53% a 66% a nivel nacional. En este período, además, la asistencia a la educación inicial se incrementó ligeramente más en las zonas urbanas (de 59%



©UNICEF/ EIO034/R. Vega

²⁸ El promedio de la región de América del Sur se refiere al promedio simple de las tasas de cobertura neta del año 2006 de Argentina (65%); Bolivia (42%); Brasil (53%); Colombia (35%); Ecuador (74%); Guyana (84%); Paraguay (30%); Perú (67%); Suriname (83%); Uruguay (79%); y Venezuela (54%). No se contó con información sobre Chile. Informe de Seguimiento de la Educación Para Todos en el Mundo 2009, Superar la desigualdad; Por qué es importante la gobernanza. UNESCO 2009.

a 75%) que en las rurales (de 44% a 55%), ocasionando que la brecha en el acceso a la educación por área de residencia aumente en 5 puntos porcentuales: en el año 2001, la tasa de cobertura neta en las zonas urbanas era mayor que en las rurales en 15 puntos porcentuales y en el año 2009, esta brecha ascendió a 20 puntos porcentuales (Cuadro 11). No obstante, es importante señalar que, entre los años 2004 y 2009, el incremento en la cobertura de educación inicial ha sido más pronunciado en las zonas rurales (11 puntos porcentuales) que en las urbanas (4 puntos porcentuales), por lo que la brecha por área de residencia tendría una tendencia a la reducción.

De forma análoga, a lo visto por área de residencia, entre los años 2004 y 2009, la tasa de cobertura neta en inicial se ha incrementado más entre los niños y niñas que residen en hogares pobres extremos (de 38% a 51%) y entre aquellos que tienen como lengua materna el quechua (de 38% a 64%), en comparación con sus pares no pobres (de 75% a 78%) o de lengua materna castellana (de 63% a 67%), como se aprecia en el Cuadro 11.

Cuadro 11

Asistencia a la educación inicial en los niños y niñas de 3 a 5 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje

	2001 ^{1/}	2004 ^{2/}	2009 ^{2/}
Área de residencia			
Urbano	59	71	75
Rural	44	44	55
Sexo			
Hombre	52	58	66
Mujer	53	61	67
Condición de pobreza			
No pobre	66	75	78
Pobre no extremo	52	58	57
Pobre extremo	41	38	51
Lengua materna^{3/}			
Castellano	n.d.	63	67
Quechua	n.d.	38	64
Aymara	n.d.	n.d.	n.d. **
Lenguas originarias de la Amazonía	n.d.	n.d.	35 *
Nacional	53	59	66

Nota: Indicador estimado para los niños y niñas en edad de cursar educación inicial, de acuerdo a la normatividad vigente, entre los meses de abril a diciembre.

^{1/} Estimación del MED (indicadores en el tiempo). ^{2/} Estimación propia en base a las ENAHO 2004 y 2009. ^{3/} Categoría omitida: "otros casos", incluye a los niños y niñas con lengua materna extranjera o sordomudos.

Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

**El EER es mayor al 30%.

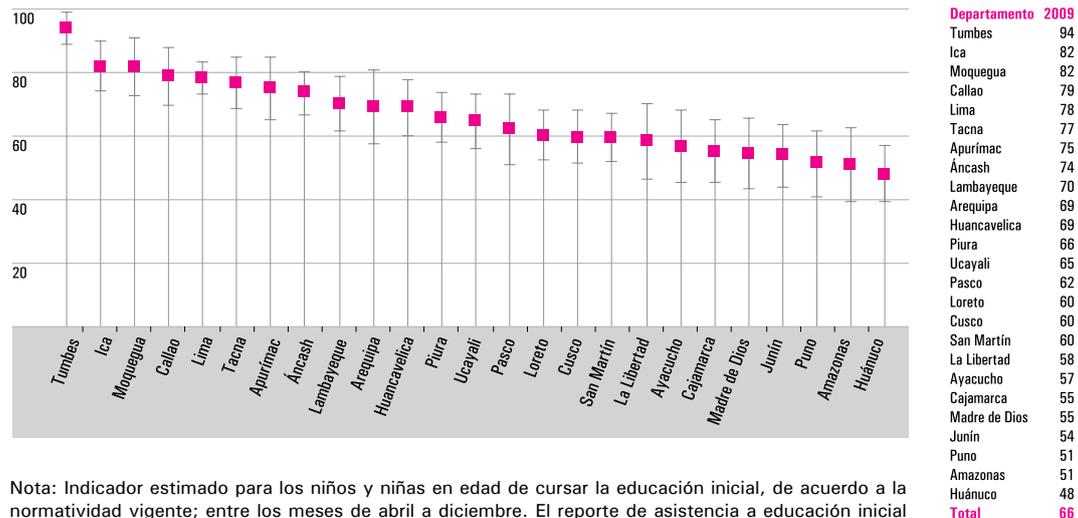
Fuente: Elaboración propia en base a indicadores en el tiempo del MED y las ENAHO 2004 y 2009 del INEI.

A nivel departamental, como se observa en el Gráfico 23, la asistencia a educación inicial es bastante dispar. Supera el 80% en Tumbes (94%), Ica (82%) y Moquegua (82%); en cambio, bordea el 50% en Puno (51%), Amazonas (51%) y Huánuco (48%).

En la mayoría de los departamentos de la costa la tasa de cobertura neta se encuentra por encima del promedio nacional (66%); mientras que las tasas más bajas se concentran en la sierra y selva. En el caso de Puno, Amazonas y Huánuco, solo 1 de cada 2 niños y niñas de 3 a 5 años asiste a educación inicial.

Gráfico 23

Niños y niñas de 3 a 5 años que asisten a la educación inicial por departamento
En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los niños y niñas en edad de cursar la educación inicial, de acuerdo a la normatividad vigente; entre los meses de abril a diciembre. El reporte de asistencia a educación inicial incluye jardín (centro educativo que atiende a niños y niñas de 3 a 5 años) público y privado, y a centros no escolarizados (PRONOEI, cuna-guardería y Wawa-Wasi).
Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Es importante resaltar que, los datos no distinguen entre los niños y niñas que asisten a centros de educación inicial (de gestión pública, parroquial o privada) de aquellos que asisten a otros centros como las guarderías jardín, los Wawa Wasis o los PRONOEI (Programa Nacional No Escolarizado de Educación Inicial, que ofrece aprestamiento para la lecto-escritura y es supervisado por el Ministerio de Educación). En ese sentido, el indicador de asistencia esconde heterogeneidades importantes en cuanto a la calidad del servicio y la preparación de los niños y niñas para el primer grado.

• Asistencia continuada a la educación inicial

La tasa de cobertura neta, como indicador de asistencia, tiene una limitación: mide la asistencia de los niños y niñas a la educación inicial en un único momento en el tiempo, el de la encuesta. No brinda información acerca de las condiciones de inserción de los niños y niñas a la escuela: si fue oportuna (en la edad normativa para iniciar la educación inicial), o por el contrario, si se dio con algún atraso o se produjo alguna interrupción (retiro temporal). Considerando que, el desarrollo es un proceso acumulativo, es necesario complementar la información de la tasa de cobertura neta con un indicador que permita la aproximación a la incidencia de atraso escolar y retiro temporal de la educación básica²⁹ entre los niños y niñas más pequeños.

La asistencia continuada mide la proporción de los niños y niñas de 3 años que asiste a un centro educativo de nivel inicial, así como la proporción de los de 4 y 5 años que asistieron a una institución educativa, tanto en el año de la encuesta como en el año previo. Como puede apreciarse en el Cuadro 12, poco más de la mitad de los niños y niñas (58%) habría asistido de forma continuada a la educación inicial, a nivel nacional. De manera análoga a lo observado en la tasa de cobertura neta, la asistencia continuada a educación inicial se encuentra diferenciada de acuerdo a la zona de residencia, la condición de pobreza de sus hogares y la lengua en que aprendieron a hablar.

Cuadro 12

Asistencia continuada a la educación inicial en los niños y niñas de 3 a 5 años

En porcentaje

Asistencia continuada	
Área de residencia	
Urbano	68
Rural	45
Sexo	
Hombre	57
Mujer	60
Condición de pobreza	
No pobre	73
Pobre no extremo	46
Pobre extremo	37
Lengua materna^{1/}	
Castellano	60
Quechua	46
Aymara	49*
Lenguas originarias de la Amazonía	31*
Nacional	58

Nota: Indicador estimado para los niños y niñas en edad de cursar la educación inicial, de acuerdo a la normatividad vigente; entre los meses de abril a diciembre. El reporte de asistencia a educación inicial incluye jardín (centro educativo que atiende a niños y niñas de 3 a 5 años) público y privado, y a centros no escolarizados (PRONOEI, cuna-guardería, Wawa-Wasi).

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", incluye a los niños y niñas con lengua materna extranjera o sordomudos.

*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

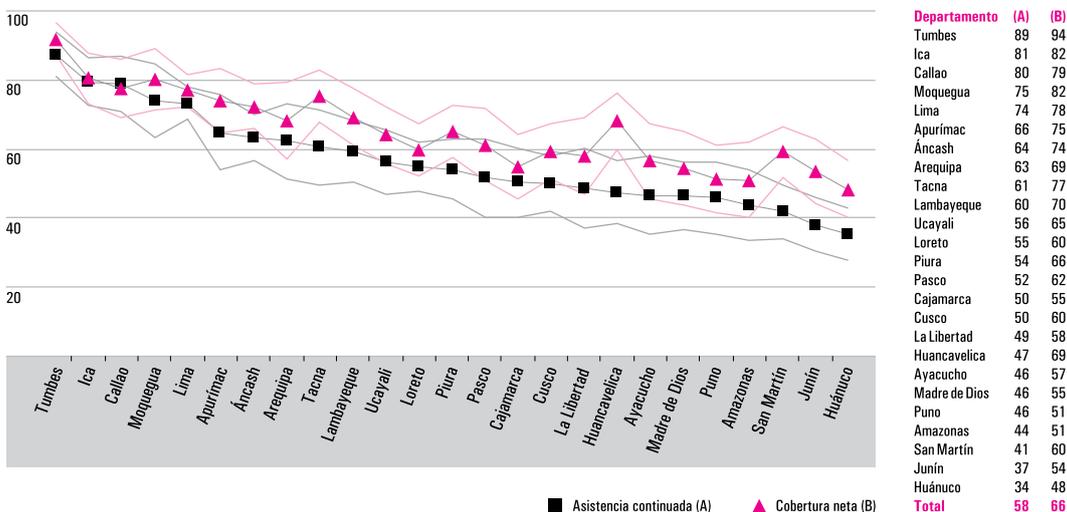
²⁹ Este indicador no nos señala si los niños ingresaron a la educación inicial de manera oportuna y solo toma la asistencia en dos momentos puntuales de dos años consecutivos, siendo posible que un niño haya asistido a la escuela el año anterior, pero se haya retirado temporalmente de ella; por lo que el indicador captura únicamente las situaciones de retiro de una duración mayor a un año.

En el Gráfico 24 se aprecia que la asistencia continuada también se diferencia por departamento: mientras más del 70% de los niños y niñas de 3 a 5 años asiste de manera continuada a la educación inicial en Tumbes (89%), Ica (81%), Callao (80%), Moquegua (75%) y Lima (74%); esta proporción no supera el 45% en los departamentos de Amazonas (44%), San Martín (41%), Junín (37%) y Huánuco (34%).

Gráfico 24

Asistencia continuada y cobertura neta en la educación inicial por departamento

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los niños y niñas en edad de cursar la educación inicial, de acuerdo a la normatividad vigente; entre los meses de abril a diciembre. El reporte de asistencia a educación inicial incluye a jardín (centro educativo que atiende a niños de 3 a 5 años) público y privado, y a centros no escolarizados (PRONOEI, cuna-guardería y Wawa-Wasi).

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

A nivel nacional, del total de los niños y niñas de 3 a 5 años que asiste a algún centro de educación inicial, el 77% asiste a centros de gestión estatal y el 23% restante a los no estatales, los cuales están situados, fundamentalmente, en las áreas urbanas, donde reside el 34% del alumnado del nivel inicial. En las áreas rurales los centros de educación inicial son fundamentalmente de gestión estatal, por lo que el impacto de políticas educativas efectivas en la mejora de los aprendizajes de los niños y niñas en dichas áreas es enorme.

Si bien, en las áreas urbanas la asistencia a centros privados de educación inicial depende, fundamentalmente, del nivel socioeconómico del hogar, hay un 10% de niños y niñas que reside en hogares pobres y asiste a un centro no estatal en zonas urbanas, porcentaje que se incrementa a 43% entre los no pobres.

Entre los niños y niñas que asisten a educación inicial en los centros estatales, el 26% reporta haber entrado después de la edad normativa (3 años), porcentaje que se reduce a 8% entre los que asisten a centros no estatales (los niños y niñas de 3 años que asisten a un centro educativo por primera vez se consideran sin retraso en este indicador).

1.4. DERECHO A LA PROTECCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

- **Acceso a la identidad**

El derecho a la identidad³⁰ en los niños y niñas se encuentra vinculado a la tenencia de la partida de nacimiento. El estado de indocumentación (no tener partida de nacimiento) representa una situación de especial vulnerabilidad para los niños y niñas, pues al no tener una existencia legal el ejercicio de sus derechos se ve seriamente limitado. También, se asocia a un estado de exclusión, en la medida en que dificulta el acceso a los servicios públicos de educación y salud, así como a los programas sociales orientados a la primera infancia (Cuenca y Reuben, 2009).



©UNICEF/PP0036

³⁰ Tal como se señaló en el *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, la identidad de un niño no se determina solamente por contar con un nombre formalmente inscrito. El proceso de formación de la identidad es el resultado de una combinación de factores de índole emocional, educativa, así como de la propia experiencia familiar y cotidiana.

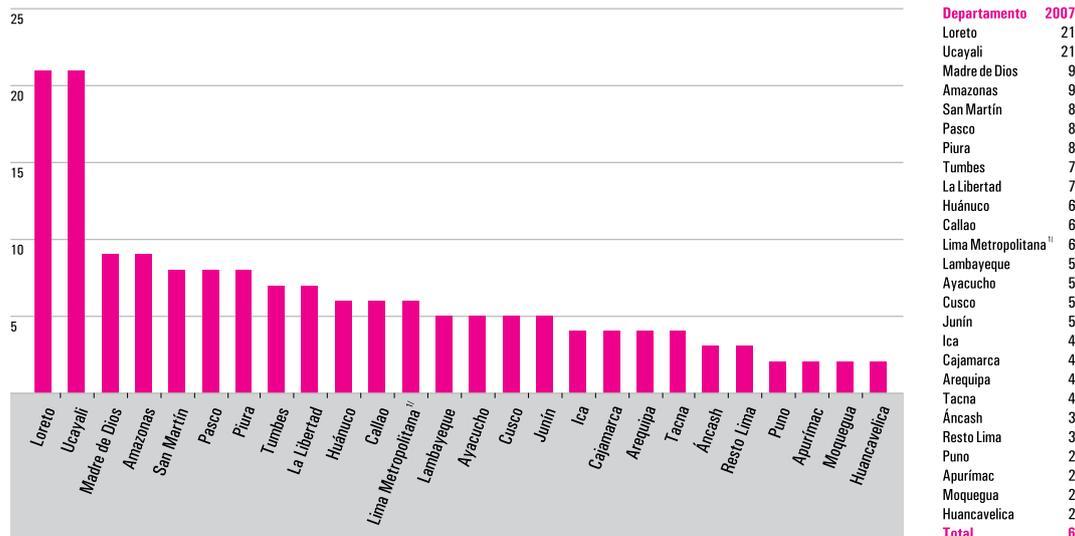
De acuerdo al Censo Nacional 2007, en el Perú existen alrededor de 200 mil niños y niñas entre 0 y 5 años que no cuentan con partida de nacimiento, los cuales representan al 6% de la población en ese rango de edad. La indocumentación en las niñas y niños de 0 a 5 años suele ser más frecuente en las zonas rurales (8%) que en las urbanas (6%); y la de los niños y niñas de 3 a 5 años, resulta bastante alta entre los de lengua materna amazónica (23%), en comparación con sus pares de lengua materna quechua (2%), aymara (1%) y castellana (4%)³¹.

En línea con el estudio anterior (INEI y UNICEF, 2008), los departamentos que muestran una alta incidencia de niños y niñas de 0 a 5 años indocumentados son Loreto y Ucayali, donde uno de cada cinco (21%) no cuenta con partida de nacimiento (Gráfico 25). Los factores asociados a esta situación son económicos, por los costos directos e indirectos de la inscripción; institucionales, dada la escasez de centros de registro cercanos; y socio-culturales, por las posibles diferencias culturales entre los registradores y los usuarios del servicio (Cuenca y Reuben, 2009).

Gráfico 25

Niños y niñas de 0 a 5 años sin partida de nacimiento por departamento

En porcentaje



¹⁾ No incluye la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional 2007, INEI.

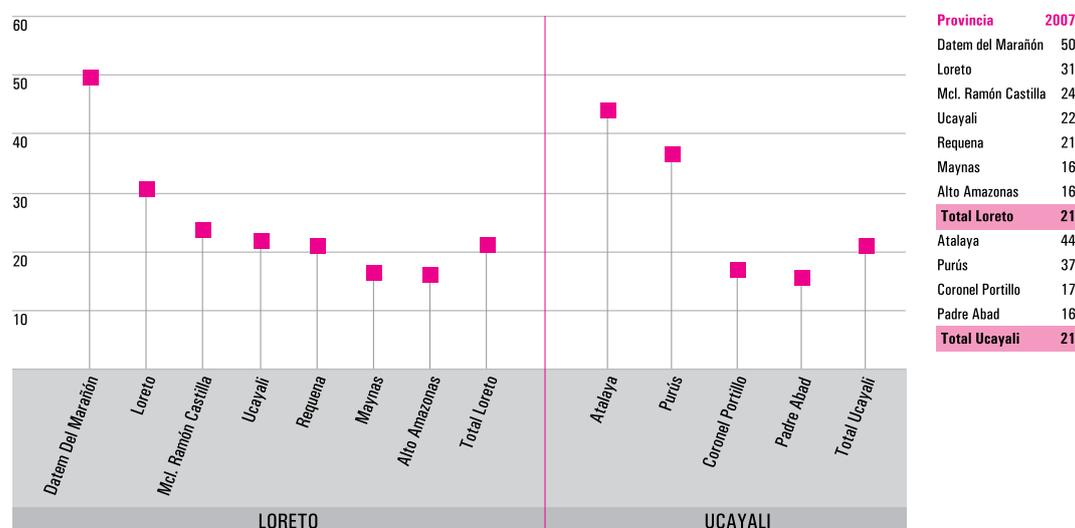
31 Los porcentajes se refieren a los niños y niñas de 3 a 5 años, pues la variable de lengua materna se recogió para los niños de 3 años o más.

En el Gráfico 26, se presenta la proporción de los niños y niñas de 0 a 5 años que no tiene partida de nacimiento en cada una de las provincias de los departamentos de Loreto y Ucayali. En todas las provincias la incidencia de indocumentación supera el 15%. Asimismo, el no registro de los niños y niñas suele ser más frecuente en las zonas rurales, en especial en las provincias Datem del Marañón (50%), Loreto (31%), Atalaya (44%) y Purús (37%).

Gráfico 26

Niños y niñas de 0 a 5 años sin partida de nacimiento en las provincias de los departamentos de Loreto y Ucayali

En porcentaje



Nota: La definición de áreas urbanas y rurales empleada en el Censo Nacional 2007 difiere de la utilizada en la ENAHO 2008 y ENDES 2009 (a partir de las cuales se han reportado los diferentes indicadores de la primera infancia, como atención de partos por profesionales de salud, tasa de matrícula neta, entre otros). El Censo Nacional 2007 identifica como rurales a los centros poblados de hasta 100 viviendas así como a las capitales distritales de cualquier tamaño, mientras que la ENAHO y la ENDES definen como rurales a los centros poblados de hasta 400 viviendas.

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional 2007, INEI.

• Violencia doméstica y familiar

Un entorno familiar en el que se presenten episodios de violencia puede traer consecuencias negativas en el desarrollo de los niños y niñas, no sólo en términos físicos, sino también emocionales. La violencia intrafamiliar, ejercida de manera directa en los niños o en algún otro familiar o persona cercana a ellos, puede tener consecuencias en su autoestima, rendimiento escolar y proceso de socialización. Un contexto familiar donde se ejerza de manera continua la violencia (física y/o psicológica), no sólo implica que las madres y los padres pueden ver afectado su bienestar, su salud física y/o mental (lo que además posiblemente afecte negativamente el cuidado físico, cariño y protección que puedan dar a sus hijos o hijas), sino que se constituye en un espacio donde se valida una forma de relación entre las personas, una

manera específica de resolver los conflictos, la cual puede ser incorporada y reproducida en los patrones de relación del niño, tanto durante la niñez como cuando sea joven y adulto.

De manera análoga al reporte del *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, no se dispone aún de fuentes de datos que brinden información representativa, a nivel nacional y por ámbitos, de los episodios de violencia en los que pueden verse envueltos los niños y niñas de forma directa. No obstante, se dispone de información sobre la incidencia de violencia en las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años. Es importante indicar que las estimaciones sobre violencia intrafamiliar pueden estar subestimadas por la tendencia al sub reporte en el marco de este tipo de encuesta. Sin embargo, la incidencia de los diferentes tipos de violencia reportada apunta a que la violencia doméstica se constituiría como una situación presente en no pocas familias.

Los tipos de violencia vividos, con mayor frecuencia, por las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años serían la violencia física menos severa (36%)³² y la violencia emocional (30%)³³. Aproximadamente, una de cada tres mujeres habría enfrentado estas situaciones, como se aprecia en el Cuadro 13.

Cuadro 13

Madres de niños y niñas entre 0 y 5 años que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja por región natural

En porcentaje

Región natural	Violencia física del tipo menos severo			Violencia física del tipo más severo			Violencia física durante el embarazo			Violencia emocional			Violencia sexual		
	%	Int. Conf. 95% Mín.	Máx.	%	Int. Conf. 95% Mín.	Máx.	%	Int. Conf. 95% Mín.	Máx.	%	Int. Conf. 95% Mín.	Máx.	%	Int. Conf. 95% Mín.	Máx.
Lima Metropol.	34	30	38	3*	1	4	10*	7	12	28	25	32	6*	4	9
Resto Costa	32	29	34	4*	2	5	9	7	10	28	25	31	4*	3	5
Sierra	38	35	40	6	5	7	11	10	13	31	29	33	9	8	10
Selva	40	37	44	6*	5	8	14	12	16	34	31	36	8*	6	9
Nacional	36	34	37	5	4	5	11	10	12	30	29	31	7	6	8

Nota: *El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

32 La violencia “menos severa” es aquella en la que el agresor imprime violencia que no pone en peligro inminente la vida de la víctima. Se definió como “menos severa” en términos comparativos a la “más severa”, esta última asociada a episodios de violencia física que involucran intentos de estrangulamiento, amenaza o ataque directo con arma de fuego o punzocortante. Se utilizó la pregunta: Su pareja actual o última: i) la empujó, sacudió o tiró algo, ii) la abofeteó o retorció el brazo, iii) la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño, iv) la pateó o arrastró.

33 Su pareja actual o última: i) le hizo cosas delante de los demás para humillarla, ii) la amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano a ella, iii) la amenazó con irse de la casa, quitarle a sus hijos o la ayuda económica.

En cuanto a la violencia física más severa³⁴ y la violencia sexual³⁵, los casos reportados alcanzan al 5% de las madres de los niños y niñas menores de 6 años en el primer caso; y al 7% de las mismas en el segundo.

La violencia también es ejercida hacia las mujeres en estado de gestación: una de cada diez (11%) mujeres habría sido víctima de violencia física durante el embarazo³⁶. Este tipo de situaciones ponen en riesgo tanto la salud (física y psicológica) de la madre, como del niño o niña que está en el vientre, afectando potencialmente su crecimiento y desarrollo prenatal.

Una situación problemática vinculada a los episodios de violencia es su no denuncia. Según la ENDES 2009 a nivel nacional, el 76% de las madres de los niños y niñas de 0 a 5 años que fue víctima de algún tipo de violencia no acudió a ninguna institución a denunciar el hecho; proporción ligeramente menor a la registrada entre los años 2004-2006 (79%). La incidencia de la no-denuncia no presenta mayores diferencias de acuerdo a la zona de residencia, pues asciende al 77% en las zonas urbanas y al 75% en las rurales.

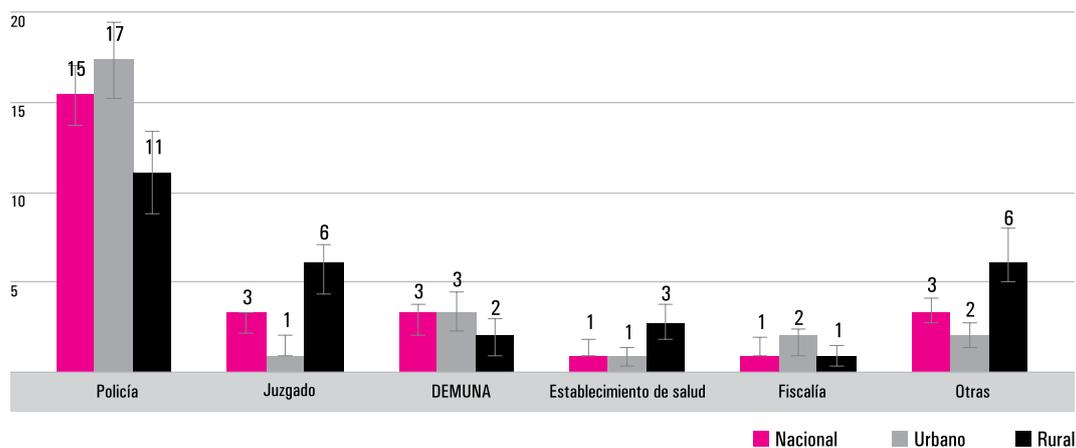
La institución a la que una mayor proporción de mujeres víctimas de violencia acudió fueron las comisarías (15%), tanto en las zonas urbanas (17%) como en las rurales (11%). Entre

Gráfico 27

Instituciones a las que acudió buscando ayuda cuando la maltrataron

Madres de niños y niñas de 0 a 5 años^{1/}

En porcentaje



^{1/} Pudo haber acudido a más de una de estas instituciones. El 76% de mujeres maltratadas no buscó ayuda en ninguna institución (77% en zonas urbanas y 75% en las rurales).

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

34 Su pareja actual o última: i) trató de estrangularla o quemarla, ii) la atacó-agredió con un cuchillo, pistola u otra arma, iii) la amenazó con un cuchillo, pistola u otra arma.

35 Su pareja actual o última: i) ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería, ii) la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba.

36 Alguien (además de su pareja actual o última) le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada.

las otras instituciones destacan los juzgados (3%), las DEMUNA (3%), los establecimientos de salud (1%) y las fiscalías (1%).

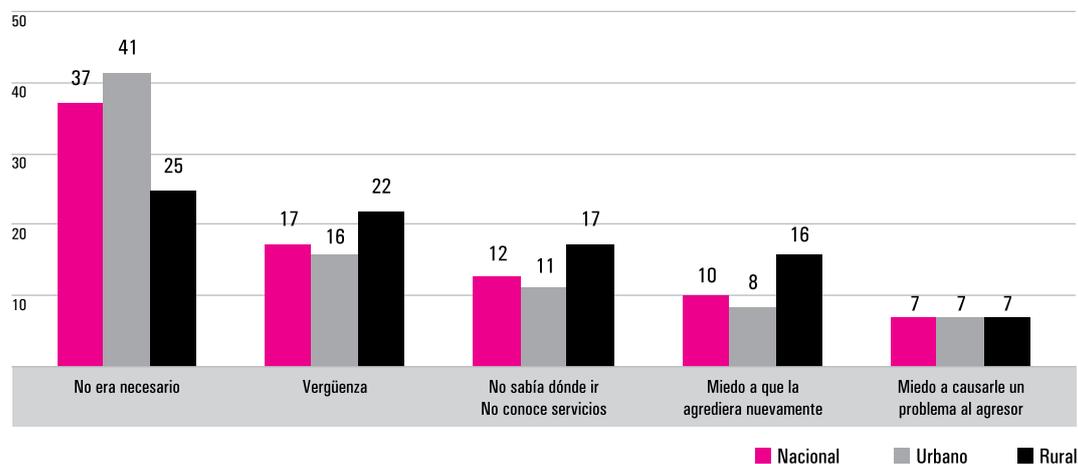
En cuanto a las razones por las que las madres no buscan ayuda luego de ser maltratadas, cuatro de las cinco razones, más frecuentemente mencionadas, se refieren a situaciones de autocensura de la denuncia y no a problemas vinculados al acceso a las instancias donde denunciar³⁷. Estas cuatro razones son: no considerar la denuncia como necesaria, sentir vergüenza, sentir miedo a una nueva agresión o a causarle problemas al agresor.

Es necesario tener en cuenta que una mujer víctima de violencia solo vería como óptima la búsqueda institucional de ayuda si representara el primer eslabón de una cadena de acciones³⁸ que, en efecto, impidiera nuevas situaciones violentas, revirtiéndose la relación de poder que precede el acto de violencia, sea de orden físico o psicológico. Así, por ejemplo, es esperable que una mujer no acuda a una institución donde ella perciba que será estigmatizada al exponer su caso. En este marco, es importante subrayar que no solo resulta necesaria la existencia de instituciones accesibles (relativamente cercanas) que atiendan a las mujeres que enfrentan esta situación, sino también que cuenten con el personal calificado para brindar una adecuada atención y seguimiento a los casos.

Gráfico 28

Principal razón por la que no buscó ayuda cuando fue maltratada

Madres de niños y niñas de 0 a 5 años (5 razones más reportadas)
En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

37 Esto no implica que la disponibilidad de instituciones donde denunciar estos hechos sea suficiente ni que las mujeres perciban a las instituciones disponibles como un espacio conveniente para sentar sus denuncias.

38 A nivel internacional, existen marcos normativos que permiten la intervención estatal en los casos de violencia doméstica, con independencia de los deseos o peticiones de las víctimas. Tal es el caso de la "Ley para prevenir y luchar contra la violencia doméstica" de Rumania, la cual establece que los trabajadores sociales al identificar un caso de violencia doméstica deben realizar un seguimiento a las familias, manteniendo contacto con las personas implicadas (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2006:19).

2. NIÑEZ

(de 6 a 11 años)



2.1. DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA NIÑEZ

• Desnutrición crónica³⁹

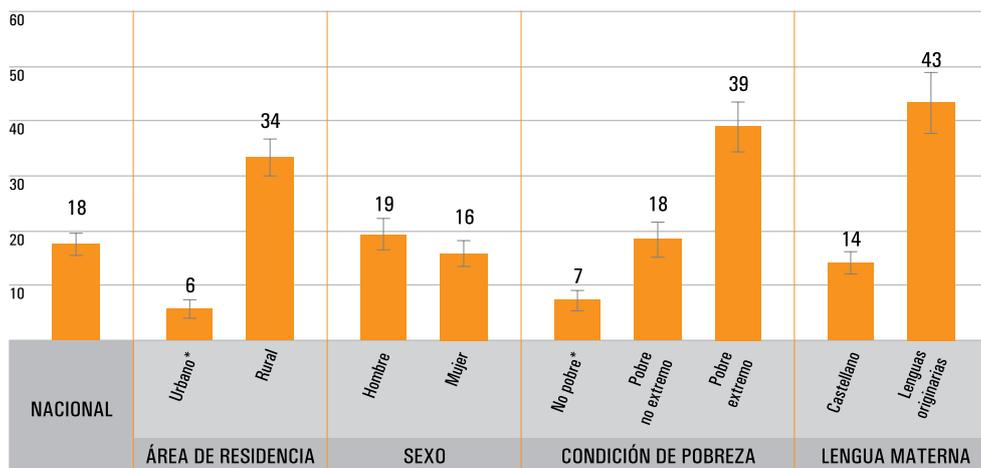
Tal como mencionamos en la sección de primera infancia, citando a Pollitt (2002), existe una asociación entre la incidencia de desnutrición crónica durante el período escolar y los problemas en el desarrollo intelectual y las competencias educativas de los niños y niñas.

De acuerdo a la ENAHO 2008, el 18% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años presenta una talla por debajo de la esperada para su edad (desnutrición crónica). Las inequidades en la dimensión nutricional son sustantivas (Gráfico 29): la tasa de desnutrición crónica entre los

Gráfico 29

Desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 11 años por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje



Nota: La estimación de desnutrición crónica (parámetro NCHS) de la ENAHO 2008 antropométrica (18.7%) arroja resultados similares a los obtenidos con la ENDES 2008 (21.5%) para los niños de 0 a 5 años. Las bases de la ENAHO 2008 antropométrica no presentan los valores de la desnutrición crónica según el parámetro OMS, sin embargo, el cálculo de dichos valores es posible a partir de la información allí contenida. Las mediciones antropométricas de la ENAHO 2008 fueron realizadas, entre febrero y noviembre del año 2008, en hogares donde la encuesta fue realizada entre enero y marzo del mismo año. La base de datos fue proporcionada por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - CENAN.

*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2008, INEI.

³⁹ No se dispone de datos con relación a la incidencia de anemia en los niños y niñas entre 6 y 11 años.



niños y niñas que residen en las áreas rurales (34%) es 5 veces más que la registrada en las urbanas (6%); entre los niños y niñas no pobres (7%) es menos de la quinta parte que la de los pobres extremos (39%); afecta al 43% de los niños y niñas con lengua materna originaria, triplicando la tasa de los que tienen al castellano como lengua materna (14%).

Cabe destacar que, la anemia es otro de los problemas nutricionales que afectan el adecuado desarrollo de los niños y niñas de 6 a 11 años pero no se cuenta con información oficial actualizada al respecto. Tomando como referencia el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004, se tiene que el 32% de los niños y niñas entre los 10 y 14 años presentaba anemia, a nivel nacional.

• Afiliación a un seguro de salud

En el Perú, el 77% de los niños y niñas de 6 a 11 años cuenta con algún seguro de salud al año 2009 y la mayoría (58%) se encuentra afiliado al Seguro Integral de Salud - SIS. A pesar de los importantes avances en la afiliación a un seguro de salud, en particular al SIS, aún más de 800 mil niños y niñas entre los 6 y 11 años (26%) no cuenta con un seguro de salud al año 2009.

La afiliación a un seguro de salud es uno de los pocos indicadores en los que las poblaciones tradicionalmente en desventaja muestran una mayor cobertura (Anexos 5-1, 5-2 y 5-3⁴⁰). Un factor clave de esta situación es la expansión focalizada del SIS en la población en situación de pobreza y pobreza extrema, durante los últimos años.

Como se observa en el Cuadro 14, la proporción de niños y niñas de 6 a 11 años afiliados a un seguro de salud es más alta en: las zonas rurales (90%) en comparación con las urbanas (68%); los que tienen lengua materna originaria (entre 86% y 94%) que en los de lengua materna castellana (75%); y en aquellos en condición de pobreza (entre 81% y 90%) en comparación con los no pobres (71%).

Cuadro 14

Niños y niñas de 6 a 11 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje

	Afiliados a algún seguro	Tipo de seguro de salud ^{1/}	
		SIS	EsSalud
Área de residencia			
Urbano	68	37	27
Rural	90	86	4
Sexo			
Hombre	77	58	18
Mujer	77	59	16
Condición de pobreza			
Pobre extremo	90	89	1 **
Pobre no extremo	81	74	7 *
No pobre	71	39	28
Lengua materna^{2/}			
Castellano	75	53	19
Quechua	94	93	n.d. **
Aymara	94	85	n.d. **
Lenguas originarias de la Amazonía	86	84	n.d. **
Nacional	77	58	17

Nota: Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%. **El EER es mayor al 30%.

^{1/} Cada columna muestra la proporción de niños afiliados al seguro mencionado. Un niño puede estar afiliado a más de un tipo de seguro. Los tipos de seguro más frecuentemente reportados son el SIS y EsSalud.

^{2/} Categoría omitida: "otros casos", que incluye a los niños y niñas con lengua materna extranjera o sordomudos.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

40 Los Anexos 5-1, 5-2, 5-3 y 5-4 muestran la importante mejora en la cobertura del SIS, en especial en los niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria. Sin embargo, luego de la segunda mitad del año 2008 estas mejoras se han detenido y se ha estancado la afiliación de estas poblaciones.

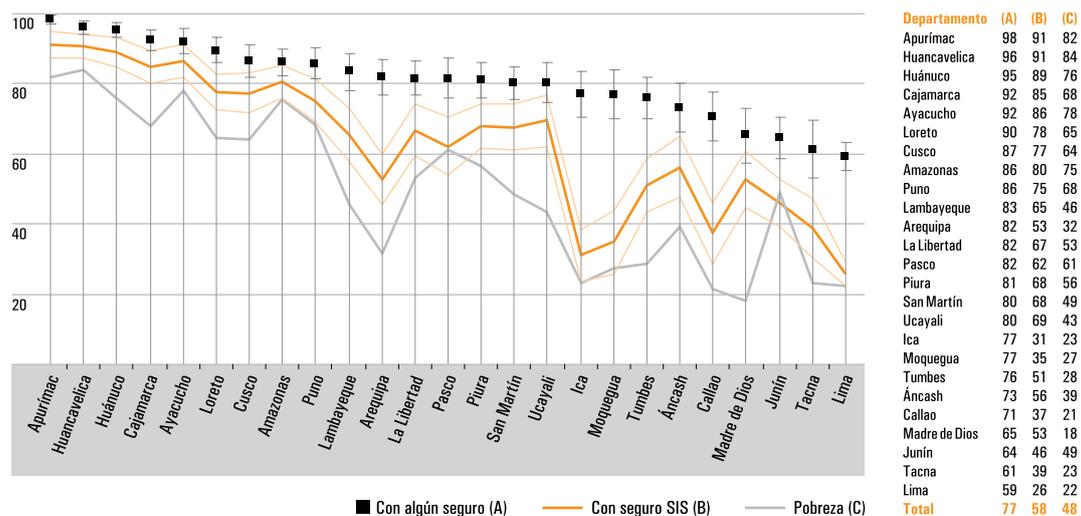
En relación directa con lo presentado en el cuadro anterior, los departamentos donde se registra una mayor incidencia de pobreza entre los niños y niñas de 6 a 11 años son en los que hay una mayor afiliación a un seguro de salud, en especial al SIS (Gráfico 30). En los departamentos donde la pobreza afecta a, por lo menos, 3 de cada 4 niños y niñas de 6 a 11 años (75% o más), la afiliación a un seguro de salud es igual o mayor a 90%: Apurímac (98%), Huancavelica (96%), Huánuco (95%) y Ayacucho (92%). Apurímac, el segundo departamento con mayor incidencia de pobreza entre los niños y niñas de este grupo etario, tiene una cobertura de afiliación a un seguro de salud casi universal (98%).

Cabe resaltar que, en los departamentos con una menor incidencia de pobreza hay una importante proporción de niños y niñas pobres y no pobres que no cuenta con un seguro de salud, colocándolos en una situación vulnerable frente a accidentes o enfermedades. En el departamento de Lima, por ejemplo, casi la mitad (41%) de los niños y niñas de 6 a 11 años no cuenta con un seguro de salud. Alrededor del 35% no está afiliado a un seguro de salud en Madre de Dios (35%), Junín (36%) y Tacna (39%).

Gráfico 30

Afiliación a un seguro de salud y pobreza en los niños y niñas de 6 a 11 años por departamento

En porcentaje



Nota: La categoría "Con seguro SIS" incluye a los niños y niñas afiliados al SIS pero que también pueden estar afiliados a algún otro seguro de salud.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

La creciente cobertura del SIS coloca a las políticas públicas en salud ante un reto mayor, ya que la ampliación de dicha cobertura no garantiza automáticamente el cumplimiento del derecho a la salud. Solo si se asegura el acceso a servicios de salud de calidad será una medida efectiva de mejora de las condiciones de salud de los niños y niñas del país. Para

garantizar esto, debe contarse con un centro de salud cercano, con el personal técnico y profesional requerido, así como con una adecuada infraestructura y dotación de equipos y medicamentos; lo cual requiere de inversión pública a nivel nacional, especialmente en las zonas más pobres del país.

En tanto, el presupuesto del sector salud no se ha incrementado de manera proporcional al aumento en la afiliación, es necesario indagar respecto a la capacidad de la actual red de establecimientos de salud del país para atender a la creciente demanda de asegurados⁴¹. En el Cuadro 15 se muestran los centros de salud de categoría I⁴² existentes en el departamento de Huancavelica, donde —como vimos— se tiene una alta afiliación al SIS y la mayor incidencia de pobreza entre los niños y niñas de 6 a 11 años.

Como se especifica en el Anexo 3-1, la disponibilidad de especialidades médicas, internamientos y laboratorios aumenta en la medida que se incrementa la categoría del establecimiento de salud. Por ejemplo, por norma los establecimientos de categoría I-2 a más deberían contar con médicos generales; los de categoría I-3 deberían disponer de médicos cirujanos o familiares y de laboratorio; y los de categoría I-4 con especialistas en pediatría, gineco-obstetra y capacidad de internamiento.

En el Cuadro 15⁴³ se observa la relativamente escasa oferta de establecimientos de salud en el departamento de Huancavelica. En la provincia de Huaytará solo hay un centro de los niveles I-3 y I-4 para atender a 23,274 pobladores, de los cuales cerca de nueve mil son menores de 18 años. Asimismo, Angaraes, Castrovirreyna y Churcampa, donde residen 55,704, 19,500 y 44,903 pobladores, respectivamente; disponen de solo un establecimiento de nivel I-4; lo cual implica que un importante número de niños, niñas y adolescentes de estas provincias tendrían un limitado acceso a médicos especialistas y equipos necesarios si presentaran una enfermedad relativamente compleja.

Las provincias de Huancavelica, Acobamba y Tayacaja no muestran una situación significativamente distinta. Si bien, hay un mayor número de establecimientos de salud I-3 y I-4 por provincia, en ellas se tiene una mayor cantidad de pobladores, con lo que el volumen de población promedio por centro de salud resulta similar al observado en las 3 provincias antes mencionadas. Esta situación se complica más, dado que la mayor parte de la población de las provincias del departamento de Huancavelica reside en zonas rurales, siendo el transporte

41 Tal como se menciona en el Estado de la Niñez Indígena en el Perú 2010, entre los años 2007 y 2008, el volumen de afiliados se incrementó en 50%, pasando de 6.9 a 10.4 millones; en cambio, el presupuesto del SIS creció solo en 37%. Los datos de afiliación provienen de la página web del Seguro Integral de Salud (acceso web Marzo 2010) y la información presupuestal de la página web del Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF (acceso web 2010). Estos datos han sido corroborados con los del Ministerio de Salud.

42 De acuerdo a la base de datos del año 2009, proporcionada por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, el departamento de Huancavelica solo cuenta con un establecimiento de salud de nivel superior al I-4, el hospital (categoría II-2) ubicado en la provincia de Huancavelica.

43 Los datos consignados en el Cuadro 15 se refieren únicamente al número de establecimientos de salud. No se dispone de información sobre el personal técnico y profesional médico en los mismos, condiciones de infraestructura, disponibilidad de medicamentos, equipos e instrumentos, entre otros.

hasta los establecimientos de salud I-3 y I-4 (ubicados, por lo general, en las capitales de provincia) un factor clave en el acceso a los mismos.

Cuadro 15

Población y establecimientos de salud en las provincias de Huancavelica

En porcentaje

Provincia	Población								Número de Centros de Salud			
	De 0 a 5 años		De 6 a 11 años		De 12 a 17 años		Total población		I-1	I-2	I-3	I-4
	N	% en zonas rurales	N	% en zonas rurales	N	% en zonas rurales	N	% en zonas rurales				
Huancavelica	20,055	66	23,309	64	21,578	59	142,723	58	38	16	6	3
Acobamba	9,252	73	11,400	73	9,841	71	63,792	70	14	5	4	2
Angaraes	9,018	77	10,151	76	8,150	71	55,704	71	21	7	3	1
Castrovirreyña	2,501	75	2,740	74	2,435	70	19,500	69	24	7	0	1
Churcampa	6,803	82	7,873	82	6,661	78	44,903	77	17	6	3	1
Huaytará	2,927	73	3,211	72	2,676	67	23,274	71	26	11	1	1
Tayacaja	14,908	79	18,642	78	15,859	74	104,901	76	34	8	8	3
Total	65,464	74	77,326	73	67,200	68	454,797	68	174	60	25	12

Nota: Las características de los establecimientos de salud se encuentran en el Anexo 3-1.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud (2009) y al Censo Nacional 2007 del INEI.

• **Acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento**

Las condiciones del entorno en el que crecen los niños y niñas tienen un fuerte impacto en el desarrollo saludable de éstos, sobre todo en edades tempranas. Una de las características fundamentales del contexto en el que crecen es la disponibilidad de fuentes mejoradas de agua y saneamiento⁴⁴.

De acuerdo al Censo Nacional 2007, 1.2 millones (37%) de niños y niñas peruanos de 6 a 11 años residen en hogares donde no se dispone de fuentes mejoradas de agua; 1.6 millones (47%) en hogares que no cuentan con fuentes mejoradas de saneamiento; y 1 millón (31%) en viviendas donde no se dispone de fuentes mejoradas de agua ni de desagüe.

⁴⁴ De acuerdo a la OMS/UNICEF, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se consideran fuentes mejoradas de agua: el tener una conexión a red pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o a la procedente de un pilón de uso público; y como fuentes no mejoradas de agua: la provista por un camión cisterna, pozo, río, acequia u otro. Las fuentes mejoradas de saneamiento o desagüe incluyen: servicios higiénicos conectados a una red pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio y los pozos sépticos; y como fuentes no mejoradas de saneamiento: los pozos ciegos o negros, usar el río, acequia u otro espacio sin tratamiento adecuado de desechos.

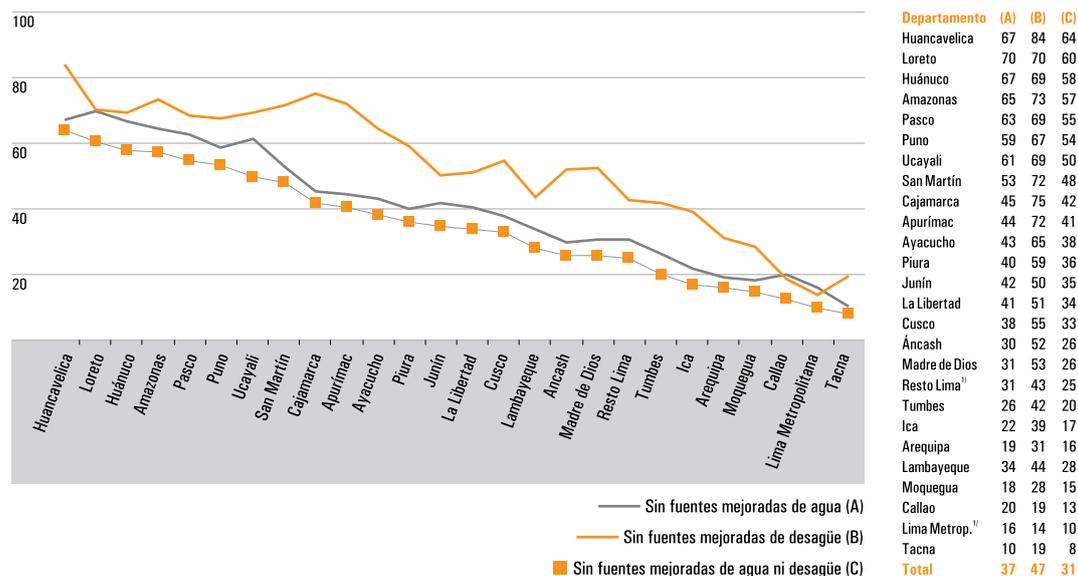
En siete departamentos del país, el 50% o más de los niños y niñas de 6 a 11 años vive en hogares que no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua ni de desagüe. Los casos más sobresalientes son los de Huancavelica (64%), Loreto (60%) y Huánuco (58%), donde alrededor 6 de cada 10 niños se halla en esta situación. Los departamentos que muestran las mayores proporciones de niños y niñas en hogares con acceso a fuentes mejoradas de estos dos servicios son Tacna (92%), Lima Metropolitana (90%), la Provincia Constitucional del Callao (87%) y Moquegua (85%), todos ellos ubicados en la costa y con relativamente altas proporciones de población que reside en zonas urbanas (Gráfico 31).

De manera análoga a lo visto a nivel nacional, en la mayor parte de los departamentos el acceso a las fuentes mejoradas de agua es más frecuente que el correspondiente a las fuentes mejoradas de saneamiento. Esta diferencia es más marcada en los departamentos de Cajamarca (55% frente a 25%), Apurímac (56% frente a 28%) y Madre de Dios (69% frente a 47%), donde supera los 20 puntos porcentuales.

Gráfico 31

Niños y niñas de 6 a 11 años que no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua o desagüe por departamento

En porcentaje



Nota: Se consideran fuentes mejoradas de agua: red pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o proveniente de un pilón de uso público; y como fuentes mejoradas de desagüe: servicios higiénicos conectados a una red pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o pozo séptico.

¹⁾ No incluye a la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional 2007, INEI.

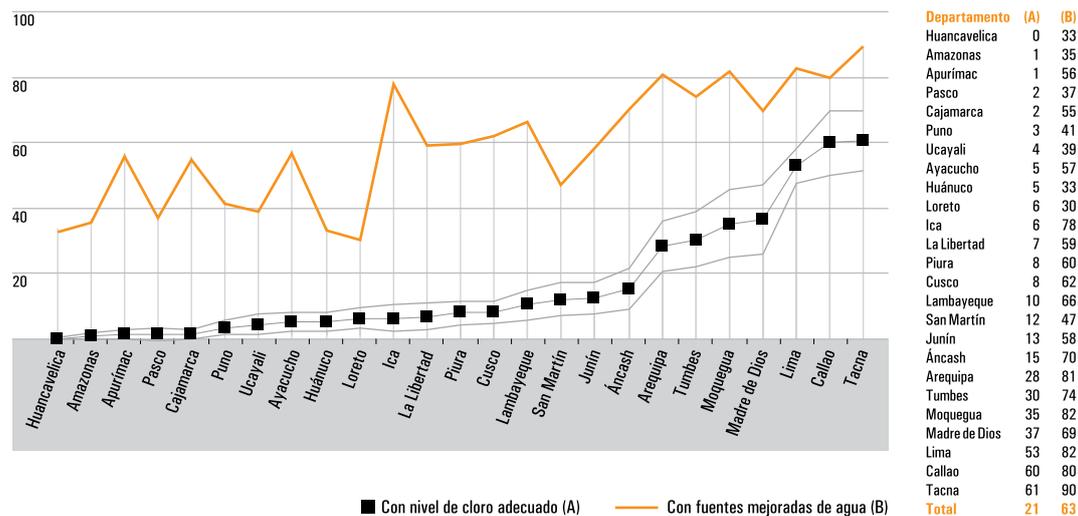
En la ENAHO 2009 se indagó acerca de la calidad bacteriológica del agua en los hogares, midiendo el nivel de cloro que contiene⁴⁵. El consumo de agua que no tenga el nivel de cloro requerido puede generar riesgos de contraer enfermedades gastrointestinales como el cólera y la tifoidea, entre otras. Si bien, a nivel nacional, el 63% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años accede a fuentes mejoradas de agua en el hogar, solo el 21% cuenta con una fuente de agua “segura”, con el adecuado nivel de cloro.

En el Gráfico 32, se observan importantes diferencias entre los departamentos: menos del 5% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años vive en hogares con agua “segura” en Huancaavelica (0%), Amazonas (1%), Apurímac (1%), Pasco (2%), Cajamarca (2%), Puno (3%) y Ucayali (4%); y más del 50% tiene acceso a agua “segura” en Tacna (61%), la Provincia Constitucional de Callao (60%) y Lima (53%). Es importante subrayar que, aún en estos últimos departamentos hay una importante proporción de hogares, entre 80% y 90%, donde el agua proviene de una fuente mejorada, pero que no cuenta con un nivel adecuado de cloro. Estos resultados apuntan a la necesidad de desarrollar campañas informativas en las que se promueva el adecuado tratamiento del agua antes de su consumo.

Gráfico 32

Niños y niñas de 6 a 11 años que residen en hogares con agua “segura” (con suficiente cloro) por departamento

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009 y al Censo Nacional 2007, INEI.

45 Se solicitó una muestra del agua consumida por las familias, sea ésta proveniente de una red pública, de un camión cisterna, pozos u otra fuente. El indicador de hogares con agua segura de la ENAHO 2009 es diferente al utilizado en la ENDES, que es el de hogares con acceso a agua tratada, referido al agua que proviene de la red pública o de aquella que no proviene de la red pública pero que le dan tratamiento al agua antes de beberla; tales como: la hierven, clorifican, desinfectan solarmente o consumen agua embotellada.

2.2. DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN⁴⁶ EN LA NIÑEZ

• Asistencia a la educación primaria

En el Perú, el 94% de los niños y niñas que se encuentran en edad de cursar la educación primaria asiste a una institución de este nivel; este porcentaje es equivalente al promedio de la región de América del Sur y es ligeramente superado por los países de Argentina, Ecuador y Uruguay. A pesar de los avances sostenidos en el país, aún alrededor de 66,000 niños y niñas entre los 6 y 11 años (2%) se encuentran fuera del sistema educativo formal⁴⁷.

A nivel nacional, no habría diferencias significativas en el acceso a la educación primaria de acuerdo al sexo, área de residencia (urbano/rural) o condición de pobreza de los niños y niñas de 6 a 11 años: en cada uno de estos casos la cobertura neta en primaria oscila alrededor del 94%. Sin embargo, la tasa de cobertura neta sería menor entre los niños y niñas con lengua materna amazónica (92%), en comparación con los de lengua materna castellana (94%), quechua (96%) o aymara (97%).



© UNICEF/ESCO028

46 En este estudio no se desarrolla la problemática de la educación intercultural bilingüe, dado que ya fue abordada en el Estado de la Niñez Indígena en el Perú, INEI y UNICEF. Ver Benavides y Ponce, 2010.

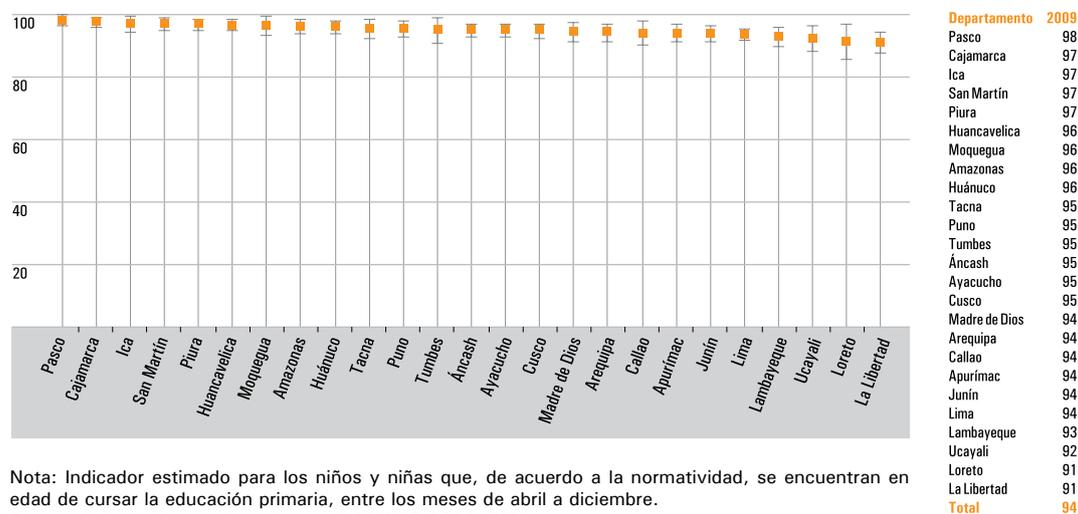
47 Del 6% de niños y niñas en edad de cursar la primaria (6 a 11 años), de acuerdo a la normatividad, el 4% asiste a otros niveles educativos y el 2% no está matriculado o no asiste a una institución educativa.

Como se observa en el Gráfico 33, a nivel de los departamentos no hay diferencias estadísticamente significativas. La mayor cobertura de los niños y niñas de 6 a 11 años que asisten a la educación primaria se presenta en Pasco (98%) y la menor cobertura en Loreto (91%) y La Libertad (91%).

Gráfico 33

Niños y niñas de 6 a 11 años que asisten a la educación primaria por departamento

En porcentaje



• **Atraso escolar**

Para ahondar en las características en las que se desarrolla el ciclo escolar de los niños y niñas de 6 a 11 años, es necesario complementar la tasa de cobertura en educación primaria con otros indicadores. Un niño puede estar asistiendo a la educación primaria, pero a un grado inferior al que le corresponde según su edad (atraso escolar), o puede no estar logrando los aprendizajes esperados para el grado que cursa. Asistir a la escuela no necesariamente se traduce en que los niños y niñas tengan una trayectoria escolar exitosa, en la que incorporen los conocimientos y capacidades que por derecho les corresponde.

A nivel nacional, del total de los niños y niñas de 6 a 11 años que está matriculado en la educación primaria, 1 de cada 5 (20%) asiste a un grado inferior al que le corresponde para su edad. Si bien, no hay diferencias por el sexo de los estudiantes, sí las hay por área de residencia, lengua materna y condición de pobreza. La incidencia de atraso escolar en las zonas rurales (30%) es más del doble que la registrada en las urbanas (13%); entre los niños y niñas en situación de pobreza extrema (35%) triplica la correspondiente a los no pobres

(13%); y casi la mitad (45%) de los niños y niñas de los pueblos indígenas de la Amazonía asiste a un grado inferior al correspondiente para su edad (Cuadro 16).

Cuadro 16

Alumnos y alumnas de 6 a 11 años por situación de matrícula

En porcentaje

	En el grado correspondiente a su edad	Adelantados/as	En algún grado inferior	Total
Área de residencia				
Urbano	67	21	13	100
Rural	57	13	30	100
Sexo				
Hombre	62	17	21	100
Mujer	63	18	19	100
Condición de pobreza				
No pobre	66	21	13	100
Pobre no extremo	60	16	24	100
Pobre extremo	56	10	35	100
Lengua materna^{1/}				
Castellano	64	18	18	100
Quechua	54	11 *	35	100
Aymara	n.d. **	n.d. **	n.d. **	n.d.
Lenguas originarias de la Amazonía	42	13 *	45	100
Nacional	62	18	20	100

Nota: Indicador estimado para los niños y niñas que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación primaria (seis años cumplidos al 30 de junio para ingresar al primer grado); entre los meses de abril a diciembre.

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", que incluye a los niños y niñas con lengua materna extranjera o sordomudos.

Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

**El EER es mayor al 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Dado que el indicador de atraso escolar se centra en un momento determinado del tiempo, no nos dice mucho respecto a los niños y niñas que se encuentran fuera del sistema educativo formal; es probable que éstos se reincorporen o ingresen a la escuela posteriormente, y si fuera así, lo harán con una condición de atraso. En el Gráfico 34 se muestra la proporción de los niños y niñas de 6 a 11 años que tiene algún atraso escolar en cada departamento del país, es decir, aquellos en edad de cursar primaria que están matriculados en un grado inferior al correspondiente para su edad o que no se encuentran asistiendo a la escuela.

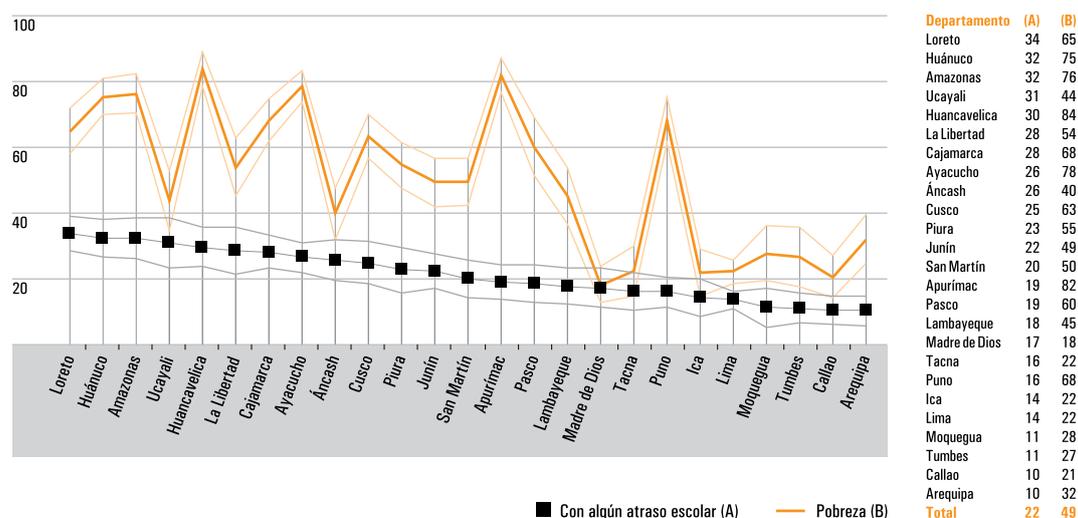
Se observa una situación de desigualdad entre los departamentos, en términos de atraso escolar. Mientras, alrededor de 3 de cada 10 niños o niñas tiene algún grado de atraso escolar en Loreto (34%), Huánuco (32%), Amazonas (32%), Ucayali (31%) y Huancavelica (30%); esta situación solo afecta a 1 de cada 10 en Moquegua (11%), Tumbes (11%), Callao (10%) y Arequipa (10%).

En términos generales, existiría una asociación entre la incidencia de pobreza y el atraso escolar en los niños y niñas de 6 a 11 años, como se aprecia en el Gráfico 34. Sin embargo, algunos casos se diferencian de esta tendencia. En Apurímac, el 82% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años se encuentra en situación de pobreza (cifra relativamente alta), pero la proporción de los niños y niñas con algún atraso escolar es relativamente baja (19%). Por otro lado, Ucayali, donde hay una alta tasa de atraso escolar (31%), no es uno de los departamentos más pobres del país (44%). Si bien, la experiencia de atraso escolar puede estar influenciada por la condición de pobreza de los niños y niñas, los datos sugieren la presencia de otros factores en las diferencias observadas.

Gráfico 34

Atraso escolar y pobreza en los niños y niñas de 6 a 11 años por departamento

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los niños y niñas que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación primaria (seis años cumplidos al 30 de junio para ingresar al primer grado); entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un niño tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela. Por esto, la estimación a nivel nacional difiere de la del Cuadro 16, que reporta el porcentaje de matriculados que asiste con atraso escolar.

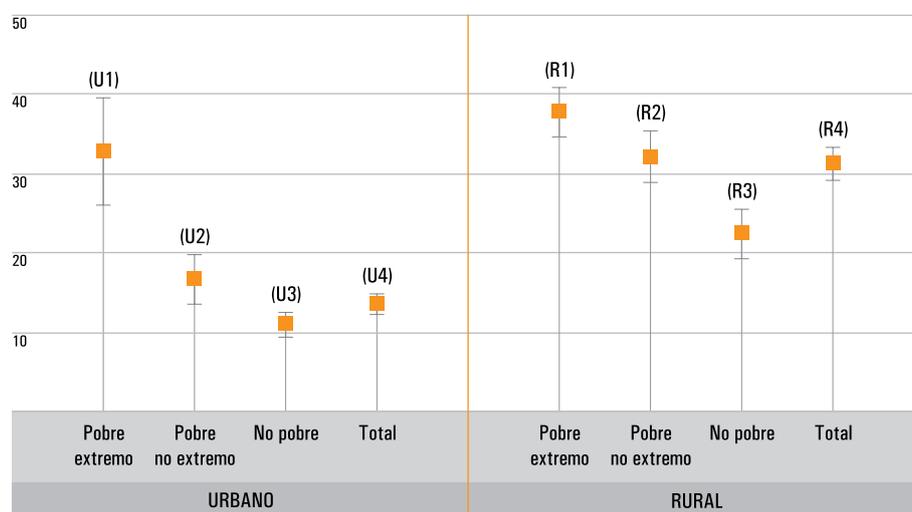
Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

En los Gráficos 35 y 36 se presentan otras características, además de la condición de pobreza, que pueden estar asociadas a una mayor probabilidad de atraso escolar en los niños y niñas. Como se aprecia en el Gráfico 35, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, a mayor pobreza aumenta la probabilidad de que un niño tenga atraso escolar: los niños y niñas de 6 a 11 años en situación de pobreza extrema en las áreas urbanas y rurales (columnas U1 y R1, respectivamente), tienen tasas de atraso escolar mayores que los no pobres en las áreas urbanas y rurales (columnas U3 y R3, respectivamente). Sin embargo, entre los niños y niñas con similares niveles de pobreza, tienen mayor probabilidad de estar con atraso escolar los que residen en las zonas rurales: entre los niños y niñas de 6 a 11 años en situación de pobreza extrema (U1 y R1) el atraso escolar es mayor entre los de zonas rurales (R1) que entre los de las urbanas (U1). Lo mismo sucede entre los niños y niñas en situación de pobreza no extrema (U2 y R2) y entre los no pobres (U3 y R3).

Gráfico 35

Niños y niñas de 6 a 11 años con atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los niños y niñas que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación primaria (seis años cumplidos al 30 de junio para ingresar al primer grado); entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un niño tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

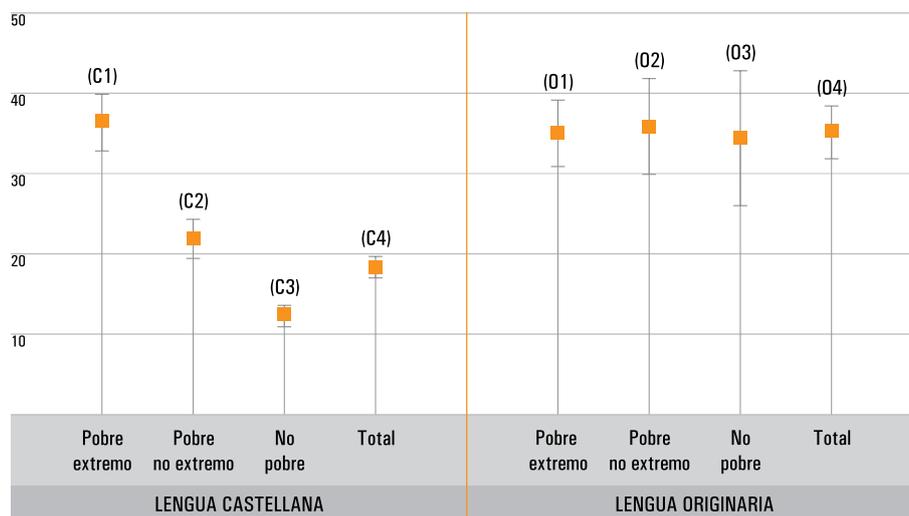
En el Gráfico 36, se muestra la relación entre atraso escolar, pobreza y lengua materna. Nuevamente, tanto entre los niños y niñas con lengua materna castellana, como entre los que tienen como materna una lengua indígena (quechua, aymara o de la Amazonía), el ser pobre incrementa la probabilidad de tener atraso escolar: casi el 40% de los niños y niñas de 6 a 11 años no indígenas (C1) e indígenas (O1) en situación de pobreza extrema. No obstante, entre los niños y niñas con similares niveles de pobreza, los indígenas tendrían una trayectoria

escolar mucho más vulnerable al atraso, frente a sus pares de lengua materna castellana, sobre todo entre los pobres no extremos (O2 y C2) y entre los no pobres (O3 y C3).

Gráfico 36

Niños y niñas de 6 a 11 años con atraso escolar por situación de pobreza y lengua materna

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los niños y niñas que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación primaria (seis años cumplidos al 30 de junio para ingresar al primer grado); entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un niño tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela. Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

• Rendimiento escolar

La Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) 2009 evaluó el desempeño de los y las estudiantes de segundo grado en las áreas de comprensión de textos escritos y matemática. Los resultados de desempeño se presentan en tres niveles: *nivel 2*, que implica que los estudiantes lograron los aprendizajes esperados para el grado; el nivel 1, donde se ubican los estudiantes que están en proceso de lograr estos aprendizajes; y el nivel < 1, donde se ubican los estudiantes que no lograron los aprendizajes esperados.

Entre los años 2008 y 2009, por primera vez se produjo una mejora en ambas materias, desde que se inició la aplicación de este tipo de evaluaciones. Sin embargo, aún la mayor parte de los alumnos y alumnas finaliza el segundo grado sin alcanzar los aprendizajes esperados. Lograron los aprendizajes esperados, solo el 23% en comprensión de textos (frente al 17% en el 2008) y el 14% en matemática (frente al 9% en el 2008), del total de los y las estudiantes evaluados.

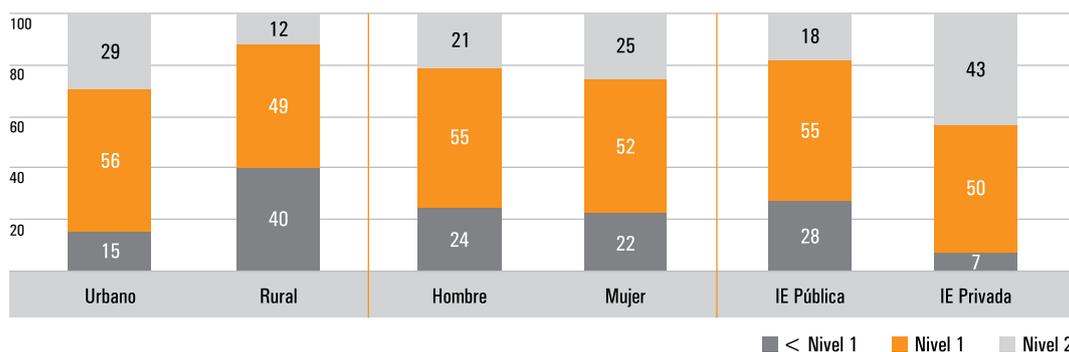
La baja calidad de la educación en el Perú tiene una característica adicional: la inequidad. A nivel de América del Sur, la inequidad en el logro de aprendizajes de los y las estudiantes de primaria resulta sobresaliente. De acuerdo al Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE) 2006⁴⁸, el Perú es el país que tiene la mayor brecha en términos de área de residencia (urbano-rural) en la región. Tanto en comunicación como en matemática, la proporción de los y las estudiantes de tercer grado de primaria que no supera el nivel más bajo de desempeño (Nivel I) en las zonas rurales triplica el de las urbanas. La mayor brecha se presenta en el área de matemática, donde la diferencia entre las áreas urbanas y rurales bordea los 20 puntos porcentuales.

Esta situación se refleja también en los resultados de rendimiento del año 2009, donde la proporción de estudiantes de segundo grado que logró los aprendizajes esperados en comprensión de textos en el área urbana (29%) fue casi tres veces mayor que en la rural (12%); en las escuelas privadas (43%) fue más del doble de la registrada en las públicas (18%), como se aprecia en el Gráfico 37.

Gráfico 37

Desempeño de los niños y niñas de 2do. grado en el área de comprensión de textos escritos

Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño^{1/}



Nota: ^{1/} Los resultados de la prueba se reportan en tres niveles: Nivel 2, estudiantes que lograron los aprendizajes esperados para el grado; Nivel 1, estudiantes que están en proceso de lograr los aprendizajes para el grado; y Nivel inferior a 1, estudiantes que no lograron los aprendizajes esperados. Solo se evaluó a estudiantes de 2do. grado de primaria de instituciones educativas que cuentan con cinco o más alumnos. Las evaluaciones no incluyeron a las escuelas del programa de Educación Intercultural Bilingüe (EIB).

Fuente: Elaboración propia en base a la Evaluación Censal de Estudiantes 2009, UMC-MED.

48 Evaluación organizada y coordinada por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE). SERCE – 2006, resultados tomados de UNESCO – LLECE (2008).

No lograron los aprendizajes esperados en comprensión de textos (nivel 1 y nivel < 1) en el año 2009: el 88.4% de estudiantes de 2do. grado del área rural (frente al 94.5% que no lo hacía en el 2008) y el 71.1% de la urbana (frente al 77.5% que no lo hacía en el 2008); el 82.2% de los estudiantes de las escuelas públicas (frente al 88% que no lo hacía en el 2008) y el 57% de las privadas (frente al 62.3% que no lo hacía en el 2008).

En el área de matemática, como se aprecia en el Gráfico 38, las escuelas de zonas urbanas (17%) y privadas (23%) prácticamente duplican la proporción promedio de estudiantes que alcanzan los logros de aprendizaje esperados, en comparación con las escuelas de zonas rurales (7%) y públicas (11%).

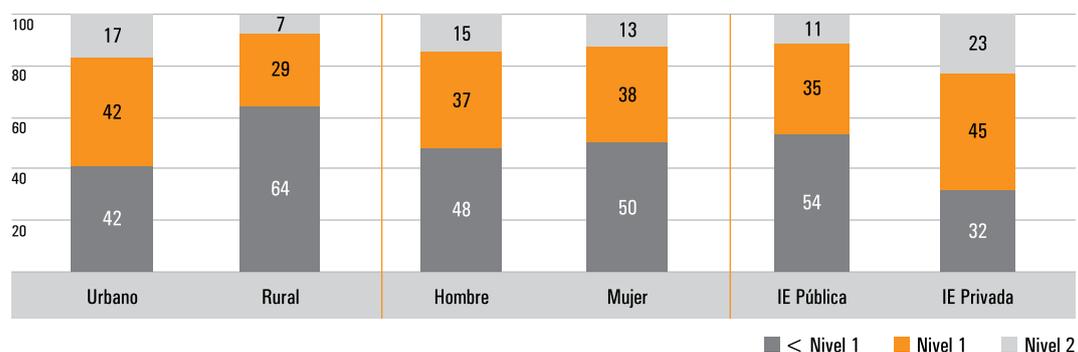
No lograron los aprendizajes esperados en matemática (nivel 1 y nivel < 1) en el año 2009: el 92.9% de estudiantes de 2do. grado del área rural (frente al 93.7% que no lo hacía en el 2008) y el 83.2% de la urbana (frente al 89.1% que no lo hacía en el 2008); el 89.1% de los estudiantes de las escuelas públicas (frente al 92% que no lo hacía en el 2008) y el 76.8% de las privadas (frente al 84.7% que no lo hacía en el 2008).

Es importante señalar que, entre los años 2008 y 2009, se han incrementado las diferencias existentes en el no logro de los aprendizajes esperados en matemática entre los y las estudiantes de las zonas rurales y urbanas: En el año 2008 la diferencia era de casi 5 puntos porcentuales (93.7% en la rural frente a 89.1% en la urbana) y en el 2009 es de casi 10 puntos porcentuales (92.9% en la rural frente a 83.2% en la urbana).

Gráfico 38

Desempeño de los niños y niñas de 2do. grado en el área de matemática

Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño^{1/}



Nota: ^{1/} Los resultados de la prueba se reportan en tres niveles: Nivel 2, estudiantes que lograron los aprendizajes esperados para el grado; Nivel 1, estudiantes que están en proceso de lograr los aprendizajes para el grado; y Nivel inferior a 1, estudiantes que no lograron los aprendizajes esperados. Solo se evaluó a estudiantes de 2do. grado de primaria de instituciones educativas que cuentan con cinco o más alumnos. Las evaluaciones no incluyeron a las escuelas del programa de Educación Intercultural Bilingüe (EIB).

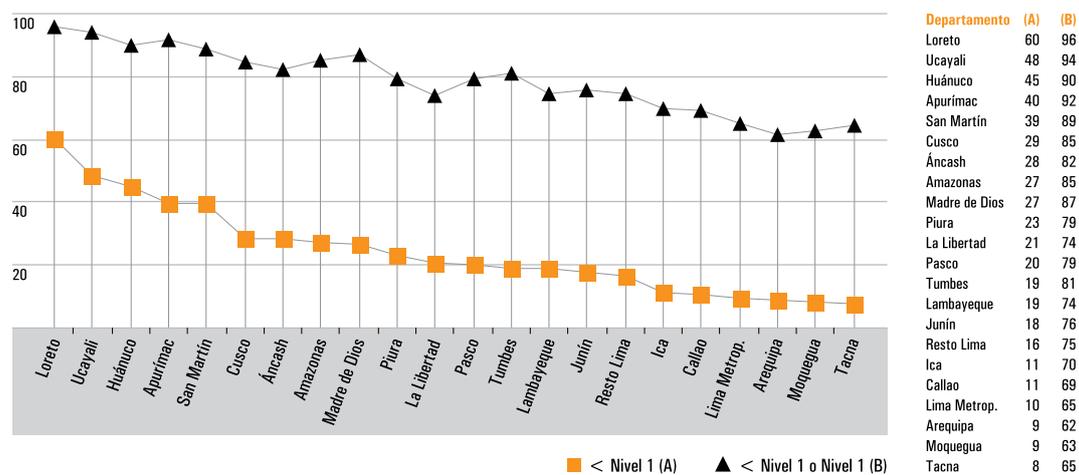
Fuente: Elaboración propia en base a la Evaluación Censal de Estudiantes 2009, UMC-MED.

En los Gráficos 39 y 40 se muestra la proporción de los alumnos y alumnas que no alcanzaron los aprendizajes esperados para el grado en las áreas evaluadas en la ECE-2009. Las diferencias entre departamentos son relativamente amplias, poniendo en evidencia una alta heterogeneidad en el desempeño de los y las estudiantes del país. En el caso del área de comprensión de textos, la proporción de estudiantes que no domina las capacidades para el grado (nivel < 1 y el nivel 1), varía entre el 62% en Arequipa y 96% en Loreto (Gráfico 39).

Gráfico 39

Niños y niñas de 2do. grado que NO alcanzaron el nivel de aprendizajes básicos en el área de comprensión de textos escritos por departamento

En porcentaje



Nota: Solo se evaluó a estudiantes de 2do. grado de primaria de instituciones educativas que cuentan con cinco o más alumnos. Las evaluaciones no incluyeron a las escuelas del programa de Educación Intercultural Bilingüe (EIB). La evaluación cubrió el 90% de las instituciones educativas programadas para la evaluación y al 81% de estudiantes.
Fuente: Elaboración propia en base a la Evaluación Censal de Estudiantes 2009, UMC-MED.

Una situación análoga se observa en el área de matemática (Gráfico 40). Mientras el 99% de estudiantes de Loreto no alcanza los aprendizajes esperados para el grado, esta proporción asciende a 73% en el departamento de Moquegua.

Cabe destacar que, tanto en comprensión de textos como en matemática, cuatro de los seis departamentos en donde los y las estudiantes presentan los mayores niveles de aprendizajes no logrados para el segundo grado se ubican en la selva: Loreto (96% y 99%), Ucayali (94% y 98%), San Martín (89% y 94%) y Madre de Dios (87% y 95%).

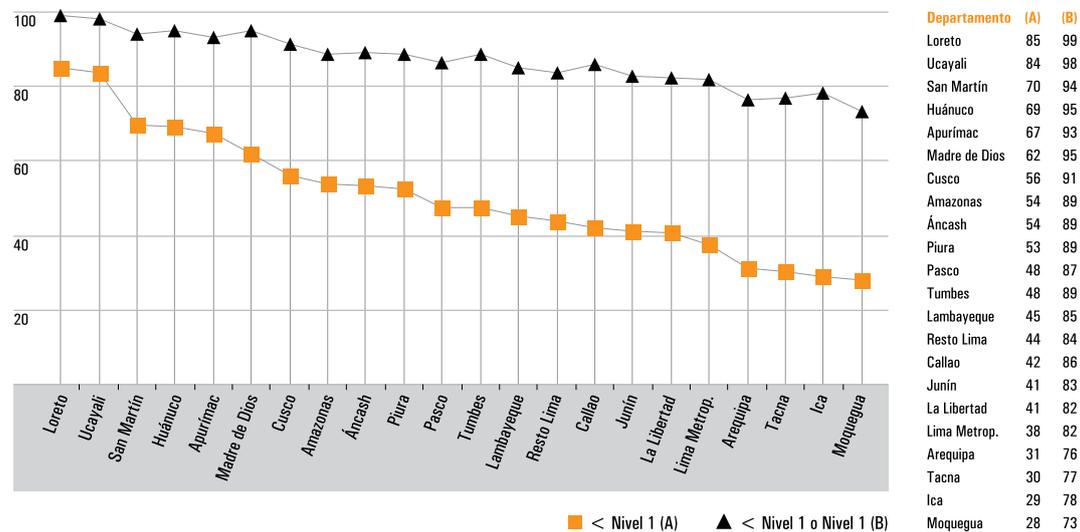
Dado que la tasa de repetición fue de 13% para el segundo grado en el año 2007, es probable que muchos de los niños y niñas que, de acuerdo a la última evaluación, no han alcanzado los aprendizajes establecidos para el segundo grado (en comprensión de textos y matemática) aprueben el año escolar y pasen al siguiente grado. Siendo esperable que, al llegar al tercer

grado enfrenten una mayor dificultad en el logro de las capacidades correspondientes para este grado, lo que apuntaría a un problema acumulativo en el aprendizaje escolar de los y las estudiantes.

Gráfico 40

Niños y niñas de 2do. grado que NO alcanzaron el nivel de aprendizajes básicos en el área de matemática por departamento

En porcentaje



Nota: Solo se evaluó a estudiantes de 2do. grado de primaria de instituciones educativas que cuentan con cinco o más alumnos. Las evaluaciones no incluyeron a las escuelas del programa de Educación Intercultural Bilingüe (EIB). La evaluación cubrió el 90% de las instituciones educativas programadas para la evaluación y al 81% de estudiantes.

Fuente: Elaboración propia en base a la Evaluación Censal de Estudiantes 2009, UMC-MED.

Este hecho, sumado a la gran heterogeneidad del desempeño de los y las estudiantes mencionada anteriormente, configura un escenario desafiante para los y las docentes del país, colocando la formación y la calidad de las prácticas docentes en uno de los ejes principales de las políticas públicas orientadas a mejorar la calidad educativa. En especial, en los contextos multigrado con estudiantes en condición de atraso escolar, con escasez de recursos escolares en el hogar y/o problemas de desnutrición. Resulta clave garantizar una formación especializada de los y las docentes para poder lograr que todos y todas las estudiantes adquieran los aprendizajes que por derecho les corresponde.

2.3. DERECHO A LA PROTECCIÓN EN LA NIÑEZ

• Trabajo infantil

Como se señaló en el *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, hay un conjunto de normas nacionales e internacionales a las que el Estado se ha comprometido, que prohíben el trabajo infantil y regulan el trabajo adolescente. A nivel internacional, el Perú ha suscrito la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual establece que el niño tiene derecho a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda poner en riesgo su educación o perjudicar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Complementariamente, en el año 2001 el Perú firmó el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual prohíbe las peores formas de trabajo infantil y adolescente y, en conformidad con el Convenio 138 de la OIT, se establece los 14 años como edad mínima para trabajar. No obstante, el trabajo infantil existe y según la información disponible está bastante extendido.



Hasta el año 2007, cuando el INEI, con el apoyo de la OIT, realizó la Encuesta de Trabajo Infantil (ETI), no se había hecho en el Perú una encuesta especializada en el tema de trabajo infantil. Si bien, las Encuestas de Hogares, como las ENAHO (y antes la Encuesta Nacional de Niveles de Vida), recogían información sobre la participación laboral de los niños y niñas desde los 6 años de edad, ésta era reportada por el informante calificado (la madre o el padre) y no por el niño o niña, y se sospechaba que, dada la prohibición legal del trabajo infantil hasta los 14 años de edad, dicho reporte estaba subestimado.

De acuerdo a la ENAHO 2006, alrededor del 20% de los niños y niñas entre los 6 y 11 años realizaban algún trabajo, entendido como apoyo en el negocio de la casa o de algún familiar, en labores domésticas en otra vivienda, en la elaboración de productos para la venta, en la chacra o pastoreo, vendiendo productos (caramelos, dulces, etc.), lavando carros y lustrando zapatos, entre otros; sin incluir el apoyo en los quehaceres del hogar (INEI y UNICEF 2008). De acuerdo a la ETI⁴⁹, presentada a inicios del año 2010, la participación laboral de los niños y niñas de 5 a 13 años es del 37%, confirmando la subestimación del porcentaje señalado por la ENAHO 2006. Cabe resaltar que, el estimado de la ETI se hace en base al reporte del informante calificado del hogar (el reporte de los niños y niñas es ligeramente más alto).

Como se señala en el Cuadro 17, la proporción de los niños y niñas de 5 a 13 años que trabaja en alguna actividad económica, por lo menos, una hora a la semana es más del triple en las áreas rurales (66%) que en las urbanas (21%). Sin embargo, las diferencias entre niños y niñas es bastante menor que la observada entre áreas de residencia: el 39% de los niños trabajan frente al 35% de las niñas. Es importante resaltar que, este indicador excluye a las actividades domésticas realizadas en el propio hogar, por lo que subestima las responsabilidades no escolares que el niño o niña enfrenta

Cuadro 17

Actividades realizadas por los niños y niñas de 5 a 13 años por área de residencia y sexo

En porcentaje

	Asiste a la escuela	Participa de la PEA ocupada	Realiza actividades domésticas
Área de residencia			
Urbano	98	21	71
Rural	95	66	84
Sexo			
Hombre	97	39	72
Mujer	96	35	78
Nacional	97	37	75

Fuente: Tomado de Rodríguez y Vargas (2010: 30). Basado en la Encuesta de Trabajo Infantil 2007, INEI y OIT.

49 Para mayor información sobre la ETI 2007, ver Rodríguez y Vargas (2010).

y que tienen un sesgo desfavorable hacia las niñas. La proporción de los niños y niñas que realiza actividades domésticas en su hogar es de 75%, siendo 78% entre las niñas y 72% entre los niños.

Una de las principales preocupaciones en torno al trabajo infantil es que limite la asistencia y dedicación a la escuela. Al respecto, de acuerdo a Rodríguez y Vargas (2010), el 55% de los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años no trabaja y asiste a la escuela (el 40% además realiza actividades domésticas en su hogar) y el 38% trabaja y asiste a la escuela. Es decir, aproximadamente el 6% de los niños, niñas y adolescentes está fuera de la escuela, realizando actividades económicas y/o apoyando con las tareas domésticas de su hogar.

Más allá de la participación laboral, es importante resaltar la alta heterogeneidad en la intensidad de la jornada laboral que enfrentan los niños y niñas. Como se observa en el Cuadro 18, el 30% de los niños y niñas que trabaja tiene una jornada semanal de menos de 6 horas, mientras el 48% tiene una jornada de entre 7 y 16 horas (de 1 a 2 horas diarias) y el 23% restante trabaja más de 2 horas y media diarias. Esta heterogeneidad tiene patrones similares entre los niños y niñas, es decir, no se observa una diferencia significativa de género en la intensidad de la jornada laboral. Al respecto, Rodríguez y Vargas (2010: 36) muestran que las niñas no solo están más involucradas que los niños en los quehaceres domésticos, sino que además el número de horas dedicadas a estos quehaceres es mayor que el que asignan los niños. En ese sentido, las niñas estarían enfrentando responsabilidades no escolares (actividades económicas y quehaceres del hogar) durante un mayor número de horas a la semana que sus pares varones. Sin embargo, esto no toma en cuenta las diferencias potenciales entre el grado de intensidad, dificultad o esfuerzo de las actividades que realizan niños y niñas.

Cuadro 18

Intensidad de la jornada laboral de los niños y niñas de 5 a 11 años por área de residencia y sexo

En porcentaje

	Horas semanales				
	0 a 6 horas	7 a 16 horas	17 a 24 horas	25 a 36 horas	37 a más horas
Área de residencia					
Urbano	37	42	13	6	2
Rural	26	51	18	4	1
Sexo					
Hombre	29	48	17	5	1
Mujer	30	48	16	4	1
Nacional	30	48	17	5	1

Fuente: Tomado de Rodríguez y Vargas (2010: 43). Basado en la Encuesta de Trabajo Infantil 2007, INEI y OIT.

Box 4

¿Conocemos la real dimensión de la violencia en el Perú?

“Ninguna forma de violencia contra los niños, niñas es justificable y toda la violencia es prevenible”.

Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, 2006, Paulo Sérgio Pinheiro

Muchos niños, niñas y adolescentes peruanos son víctimas de violencia en el hogar, la escuela, las instituciones de protección y la comunidad. Esta violencia se expresa de múltiples formas: maltrato físico y emocional, abuso sexual, trata con fines de explotación sexual, explotación laboral, reclutamiento en grupos armados, entre otros. Las consecuencias de la violencia son múltiples y afectan su desarrollo físico y psicológico, así como sus oportunidades sociales y económicas presentes y futuras. Por lo tanto, la violencia contra los niños, niñas y adolescentes constituye un grave problema social y una amenaza para el desarrollo integral del país.

Los datos provenientes de las encuestas y de los servicios de protección permiten tener una visión general de la problemática. En el Perú, el 52.5% de los padres y madres utilizan el maltrato físico (golpes y palmadas) como un método frecuente para imponer disciplina a sus niños, niñas y adolescentes (ENDES Varones 2008). Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, entre setiembre del año 2008 y junio del 2009 se registraron 87 casos de homicidios entre los niños, niñas y adolescentes. En el año 2009, los Centros de Emergencia Mujer atendieron 7,705 casos de maltrato infantil y 3,200 casos de violencia sexual contra los niños, niñas y adolescentes; y las Defensorías del Niño y del Adolescente recibieron 4,792 casos de maltrato infantil, 897

casos de atentado contra la libertad sexual y 2,149 casos de violencia familiar.

A pesar de los esfuerzos realizados en el Perú la información sobre la violencia sigue siendo limitada, fragmentada y poco fiable por diversos factores. En primer lugar, la violencia es difícil de medir porque es frecuentemente disimulada en la esfera privada y/o aceptada socialmente. En muchos casos, la violencia forma parte integral del proceso de crianza y educación de los niños, niñas y adolescentes. En segundo lugar, los sistemas de registro de los servicios de protección presentan varias debilidades, tales como la dispersión de la información entre los diversos sectores y el sub-registro debido a las barreras geográficas, culturales y económicas de acceso a los servicios. Finalmente, no existe un mecanismo adecuado de gestión del conocimiento que permita generar, organizar, difundir y usar la información para orientar las políticas públicas.

Por lo antes mencionado, es urgente desarrollar un sistema de información de calidad que nos permita conocer la dimensión y las características de la violencia, responder de manera adecuada a la problemática y medir el impacto de las intervenciones. Esta necesidad se tiene que visibilizar en la agenda pública y promover de manera prioritaria en las políticas de prevención y atención a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.

“La violencia no es una consecuencia inevitable de la condición humana...proteger a los niños y niñas contra la violencia tiene un inmenso potencial para reducir todas las formas de violencia en la sociedad, así como las consecuencias sociales y de salud a largo plazo asociadas a la violencia contra la infancia”.

Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, 2006, Paulo Sérgio Pinheiro

3. ADOLESCENCIA

(de 12 a 17 años)



3.1. DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

• Anemia

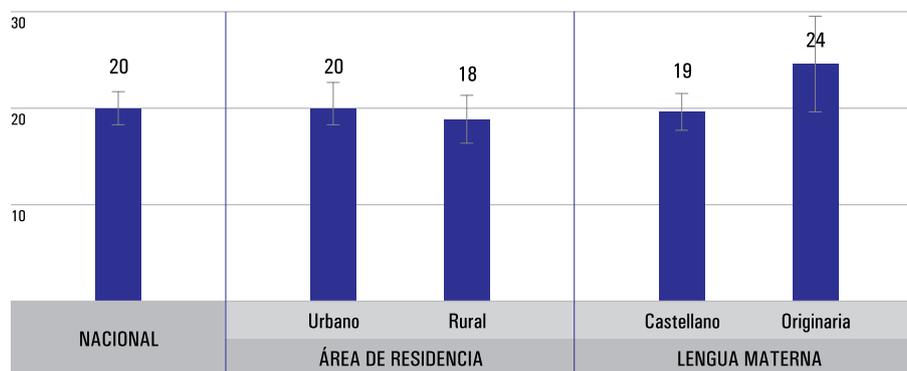
De manera análoga a lo observado entre los niños y niñas menores de 12 años, los problemas referidos a la nutrición son determinantes en el ciclo de vida de los y las adolescentes. La anemia, que se explica por una deficiencia de hierro, es uno de estos problemas que afectan su desarrollo físico y mental y que al estar vinculado a sensaciones de fatiga y debilidad, puede dificultar un buen desempeño en otras actividades, como las escolares.

En el Perú, entre los años 2000 y 2009, la anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años⁵⁰ disminuyó de 29% a 20%. Como se observa en el Gráfico 41, la anemia entre las adolescentes que residen en las zonas rurales (18%) sería tan frecuente como la de sus pares urbanas (20%) y no existen significativas diferencias entre las que tienen lengua materna castellana (19%) y lengua materna originaria (24%).

Gráfico 41

Anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años por área de residencia y lengua materna

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

⁵⁰ La ENDES solo reporta datos de anemia para los niños y niñas de 0 a 5 años y para las mujeres en edad fértil, no cuenta con información sobre anemia para los adolescentes varones.

Como se observa en el Gráfico 42, la mayor incidencia de anemia en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años se presenta en los departamentos de Pasco (32%), Madre de Dios (30%) y Tumbes (29%), donde bordea el 30%. Por otra parte, la tasa de incidencia de anemia es de 15% o menos en los departamentos de San Martín (9%), Huánuco (13%), Tacna (14%), Ayacucho (14%), Áncash (14%), Cajamarca (15%) y Amazonas (15%).

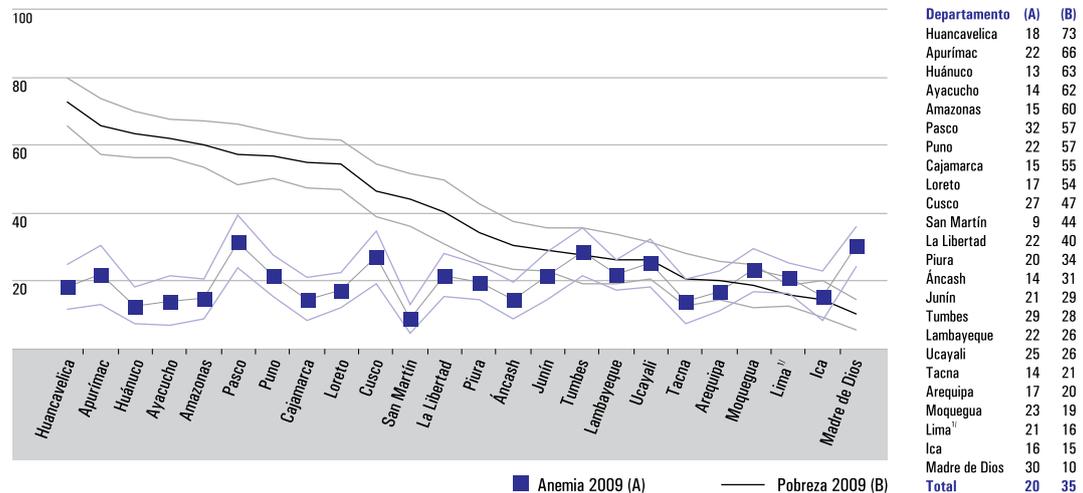
La presencia de anemia y la situación de pobreza en la viven las adolescentes parecerían ser fenómenos no asociados, presentándose resultados diversos. Departamentos con altas tasas de pobreza, como Ayacucho (62%) y Huánuco (63%), tienen una relativamente baja incidencia de anemia, con 14% y 13%, respectivamente; mientras que departamentos con tasas de pobreza relativamente bajas, como Madre de Dios (10%) y Tumbes (28%), presentan algunas de las cifras más altas de anemia en las adolescentes mujeres, con 30% y 29%, respectivamente. En este sentido, parecería tratarse de un problema que trasciende la pobreza, abarcando temas de hábitos de consumo que requieren de acciones informativas y del fortalecimiento de la cultura preventiva.



Gráfico 42

Anemia y pobreza en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años por departamento

En porcentaje



¹⁾ Incluye a la Provincia Constitucional del Callao. La pobreza corresponde a los y las adolescentes de 15 a 19 años.
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009 y la ENAHO 2009, INEI.

• Sobrepeso

Otro de los problemas relacionados a la nutrición es el sobrepeso, el cual afecta, a aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes hombres y mujeres en el Perú. El sobrepeso suele ser más frecuente en las zonas urbanas (16%) que en las rurales (7%); y entre los y las adolescentes no pobres (16%) frente a sus pares en condición de pobreza (8%) y pobreza extrema (6%).

De acuerdo a la OPS/OMS, si bien, las dietas alimenticias de los países en desarrollo —como el Perú— no suelen ser altas en grasa, en comparación con las de países desarrollados, sí se presentaría una mono alimentación

basada en cereales. Las dietas, al ser relativamente bajas en el consumo de carnes, carecerían de otros nutrientes esenciales. Adicionalmente, en la medida que el sobrepeso también puede estar vinculado a la falta de actividades físicas, resulta conveniente la promoción de este tipo de actividades entre los y las adolescentes.

• Afiliación a un seguro de salud

De manera análoga a lo observado entre los niños y niñas de 6 a 11 años, la mayor parte de los y las adolescentes (70%) de 12 a 17 años cuenta con un seguro de salud. No obstante, aún cerca de 1.1 millones de adolescentes carecen de uno. Como se señaló anteriormente, la afiliación a un seguro de salud se ha extendido de manera acentuada durante los últimos años (Anexos 5-1, 5-2 y 5-3), en especial, debido a la expansión focalizada del SIS en las zonas más pobres del país. La relativamente amplia afiliación a un seguro de salud entre los y las adolescentes rurales (81%), indígenas (entre 63% y 85%), pobres extremos (81%) y no extremos (74%), se explica por la presencia del SIS, en la mayor parte de los casos. La afiliación entre estos grupos de adolescentes es mayor a la de sus pares urbanos (62%), de lengua materna castellana (68%) y los no pobres (66%); lo que da cuenta de una reversión en las brechas de acceso a un seguro de salud (Cuadro 20).

Cuadro 19

Adolescentes de 15 a 19 años con déficit de peso y sobrepeso

En porcentaje

	Déficit de peso	Normal	Sobrepeso
Área de residencia			
Urbano	3*	81	16
Rural	5*	89	7*
Sexo			
Hombre	5*	84	11*
Mujer	3*	84	13*
Condición de pobreza			
No pobre	3*	81	16
Pobre no extremo	5*	87	8*
Pobre extremo	6*	89	6*
Nacional	4*	84	12

Nota: Mediciones antropométricas tomadas, entre enero y noviembre del 2008, en los hogares donde la encuesta fue realizada entre enero y marzo del mismo año.

* El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2008, INEI.

Cuadro 20

Adolescentes de 12 a 17 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje

	Afiliados a algún seguro	Tipo de seguro de salud ^{1/}	
		SIS	EsSalud
Área de residencia			
Urbano	62	33	26
Rural	81	77	4
Sexo			
Hombre	70	50	17
Mujer	70	51	17
Condición de pobreza			
No pobre	66	36	25
Pobre no extremo	74	67	7*
Pobre extremo	81	80	n.d.**
Lengua materna^{1/}			
Castellano	68	46	19
Quechua	85	83	n.d.**
Aymara	63	58	n.d.**
Lenguas originarias de la Amazonía	81	77	n.d.**
Nacional	70	51	17

Nota: Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%. **El EER es mayor al 30%.

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", la cual incluye a los y las adolescentes con lengua materna extranjera y sordomudos.

^{2/} Cada columna muestra la proporción de adolescentes afiliados al seguro mencionado. Un adolescente puede estar afiliado a más de un tipo de seguro. Los tipos de seguro más frecuentemente reportados son el SIS y EsSalud.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

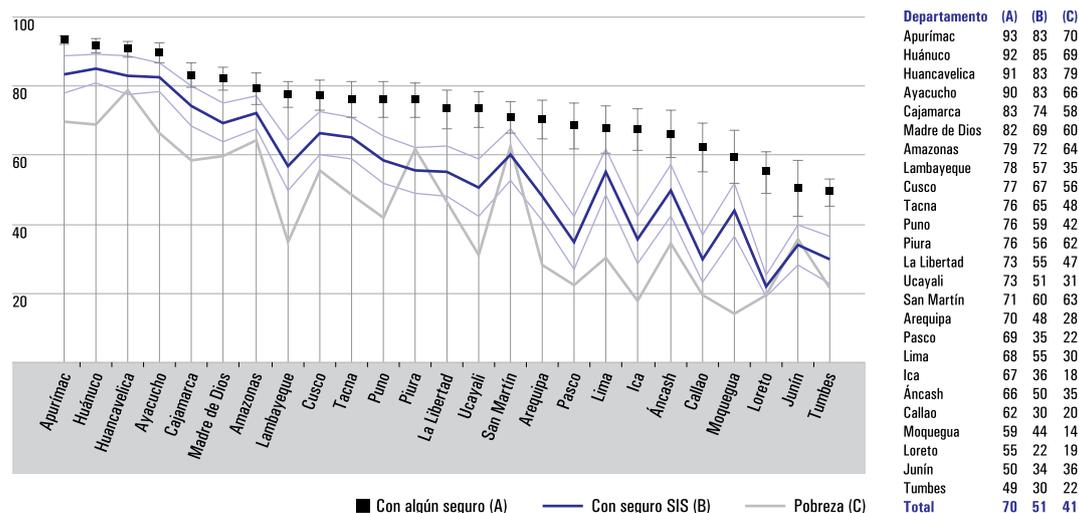
Como se observa en el Gráfico 43, en los departamentos con una mayor proporción de adolescentes en situación de pobreza, se encuentran las tasas más altas de afiliación al SIS: Huánuco (85%), Huancavelica (83%), Apurímac (83%) y Ayacucho (83%). Sobresale, el caso de los departamentos de Loreto, Junín y Tumbes, donde alrededor de la mitad de los y las adolescentes no está afiliado a un seguro, colocándolos en una condición de vulnerabilidad frente a diferentes enfermedades y/o accidentes.

Como se señaló anteriormente, la afiliación a un seguro representa un factor clave en el acceso de los y las adolescentes, sobre todo de aquellos en situación de pobreza, a los servicios de salud, pero solo en la medida que estos servicios estén disponibles. Esto requiere de una importante inversión pública, dado que la oferta actual de establecimientos de salud resultaría insuficiente para cubrir el fuerte incremento de los usuarios asegurados.

Gráfico 43

Afiliación a un seguro de salud y pobreza en los y las adolescentes de 12 a 17 años por departamento

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

• VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual

En el Perú, entre los años 1983 y 2010, el Ministerio de Salud ha notificado 26,566 casos de SIDA y 41,638 casos de VIH⁵¹. No obstante, el número de personas viviendo con el VIH-SIDA sería mayor al registrado, ascendiendo a 76 mil personas, según ONUSIDA⁵². Es importante señalar que, la transmisión del VIH-SIDA en el Perú es casi exclusivamente sexual (97%), ya que la transmisión perinatal y parenteral⁵³ es de 2% y 1%, respectivamente (MINSA, 2010). Entre los casos registrados hay una alta incidencia de personas jóvenes: 1 de cada 3 personas con VIH tiene entre 20 y 29 años (MINSA, 2006). Considerando que una vez contraído el VIH pueden pasar varios años antes de que éste sea detectado y que la edad mediana en que es detectado es de 31 años, es esperable que una importante proporción de los jóvenes con VIH-SIDA lo haya contraído durante la adolescencia.

51 Situación Epidemiológica Mensual, Julio 2010, Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

52 Estimación presentada en nota de prensa, diario La República. Martes 2 de marzo de 2010. Disponible en: <<http://www.larepublica.pe/sociedad/02/03/2010/lanzan-campana-contra-la-discriminacion-personas-con-vihsida>> . Acceso web marzo 2010.

53 La vertical o perinatal se refiere a la transmisión del virus de madre a hijo/a durante las últimas semanas del embarazo, el parto o al amamantar al bebé. En cambio, la parenteral se refiere a la transmisión a través del uso de jeringas u otros instrumentos contaminados, transfusiones de sangre perteneciente a una persona con VIH-SIDA, entre otros.

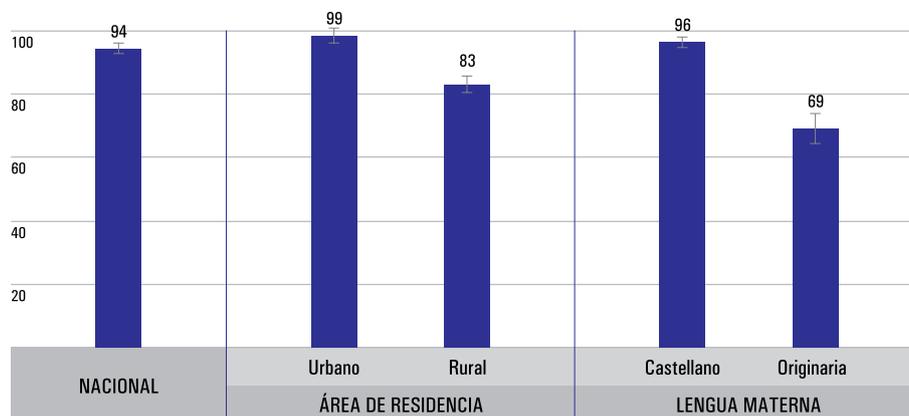
El acceso a información clara y precisa sobre el VIH constituye una de las principales formas en que se puede evitar que el número de personas con VIH-SIDA, y en particular, de adolescentes, siga creciendo en el país. Resulta importante constatar que, aún el 6% (105 mil) de las adolescentes entre los 15 y 19 años no habría escuchado hablar sobre el VIH-SIDA, encontrándose en una condición particularmente vulnerable ante una eventual transmisión⁵⁴ (Gráfico 44). Por otra parte, el 70% del total de las adolescentes en este rango de edad sabe que el uso del condón es una de las formas de evitar el VIH-SIDA y un 80% señala saber que la fidelidad mutua es también una forma de evitar la transmisión (Cuadro 21).

Las medidas implementadas por el gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional, entre otros, para informar a la población más joven sobre el VIH-SIDA han contribuido a la reducción de la proporción de adolescentes que nunca oyeron hablar del VIH-SIDA, de 13% a 6%, entre los años 2000 y 2009. Más importante aún, entre quienes reportaron haber oído hablar del VIH-SIDA, una mayor proporción conoce las medidas para reducir la probabilidad de transmisión. La proporción de adolescentes mujeres que declararon saber que el uso del condón es una forma de evitar la transmisión del virus pasó de 33% en el año 2000 a 70% en el año 2009 y las que manifestaron conocer la importancia de limitar el número de parejas sexuales para reducir probabilidad de transmisión se incrementó de 38% a 80%, en el mismo período. A pesar de estos avances, las campañas de información no parecen haber llegado en igual medida a toda la población. Como se observa en el Gráfico 44, las adolescentes que

Gráfico 44

Adolescentes mujeres de 15 a 19 años que han oído hablar del VIH-SIDA por área de residencia y lengua materna

En porcentaje



Las líneas situadas en cada columna indican el intervalo de confianza del indicador.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

⁵⁴ Cabe señalar que, un 39% de mujeres peruanas declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años de edad. Datos basados en la ENDES 2009 y extraídos de INEI (Informe 2009:126).



©UNICEF/F. Annichini

residen en las zonas rurales (83%) y las que tienen como materna una lengua originaria (69%) estarían recibiendo menos información que la proporcionada a sus pares urbanas (99%) y castellano hablantes (96%), respectivamente.

A pesar de estos importantes avances, hay una falta de conocimiento entre las adolescentes sobre otras infecciones de transmisión sexual (ITS), diferentes

del VIH-SIDA: el 44% de las adolescentes no ha oído hablar de estas infecciones. Si bien, éstas no son necesariamente mortales, pueden traer serias consecuencias en el estado de salud y bienestar sexual y reproductivo de las adolescentes, siendo importante indagar no solo sobre si las adolescentes han oído hablar de estas infecciones, sino sobre su conocimiento de los síntomas asociados. El 22% de las adolescentes mujeres de 15 a 19 años conoce de la existencia de ITS diferentes del VIH-SIDA, pero no conoce ningún síntoma (sea correspondiente a hombres o mujeres) asociado a dichas infecciones (Cuadro 21). Estos datos en conjunto señalan que, aún resta mucho trabajo por hacer en relación al conocimiento de las formas de evitar la transmisión del VIH-SIDA y las ITS, así como a las formas de reconocer la presencia de estas últimas.

Cuadro 21

Conocimiento sobre el VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual entre las adolescentes mujeres de 15 a 19 años

En porcentaje

Conocimiento del VIH-SIDA	
No han oído hablar del VIH-SIDA	6
Entre quienes han oído hablar del VIH-SIDA:	
• Saben que el uso del condón es una de las formas de evitar el VIH-SIDA	70
• Saben que limitar el número de parejas sexuales (y/o la fidelidad mutua) es una de las formas de evitar el VIH-SIDA	80
Conocimiento sobre otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	
No han oído hablar sobre otras ITS (diferentes del VIH)	44
Han oído hablar de otras ITS pero no conocen los síntomas asociados	22
Han oído hablar de otras ITS y conoce al menos uno de los síntomas asociados	34
Total	100

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

De acuerdo a la ENDES 2009, una de cada cinco (21%) adolescentes mujeres de 15 a 19 años habría usado condón en su última relación sexual. Por otro lado, entre las adolescentes de 15 a 19 años que dijeron haber oído hablar sobre el VIH-SIDA, menos del 20% conoce un lugar donde podría hacerse una prueba de despistaje del VIH. Los y las adolescentes enfrentarían un entorno social que no favorece su pleno acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de prevención del VIH-SIDA, pues en muchos casos los que buscan información o solicitan los servicios de salud reciben un trato censorador con respecto a su vida sexual (Ministerio de Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009:9). A pesar de que, en los últimos años se ha producido un desarrollo favorable en la normatividad relacionada con el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y de prevención del VIH-SIDA, aún se presentan obstáculos en el plano normativo para que se de dicho acceso⁵⁵.

Cuadro 22

Uso del condón en las adolescentes mujeres de 15 a 19 años^{1/}

En porcentaje

Uso del condón en adolescentes

Adolescentes que usaron condón en la última relación sexual	21
---	----

^{1/} El indicador debe ser tomado con cautela, el número de observaciones involucradas en el análisis es relativamente pequeño y se basa en la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que señalaron haber tenido una pareja sexual (estable o eventual) en los últimos 12 meses previos a la encuesta (24%).

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

55 Desde abril del 2006, fecha en que entró en vigencia la Ley Nro. 28704 (modificó artículos del Código Penal referidos a los delitos contra la libertad sexual), el Código Penal representa un freno al acceso de los y las adolescentes a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en la medida que criminaliza todo acto sexual por parte de personas menores de 18 años de edad, aún cuando éste sea consentido. En este sentido, la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República ha aprobado mediante dictamen los proyectos de ley Nro. 2723/2008-CR, Nro. 3189/2008-CR y Nro. 4297/2010-PE, dentro de los cuales se propone despenalizar las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes entre 14 y menos de 18 años. Falta que dichos proyectos de ley sean discutidos y aprobados en el pleno del Congreso de la República.

Box 5

Contribuyendo a la reducción de la transmisión del VIH-SIDA de madres a niños y niñas

Entre el año 1983 y julio del 2010 se han identificado 41,638 casos acumulados de VIH-SIDA en el Perú^{1/}. Sin embargo, se estima que son 76,000 las personas con VIH-SIDA en el país. A largo de los años, el rostro de esta enfermedad ha ido cambiando, al inicio los casos se presentaban casi exclusivamente entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH)^{2/}. Si bien, este grupo poblacional continúa siendo el más afectado, la epidemia se ha ido presentando también en otros grupos, incluyendo a las mujeres y, con ellas, a los niños y niñas.

En el Perú, se estima que cada año ocurrirían 1,200 embarazos en mujeres con el VIH-SIDA. La tercera parte de los niños y niñas de estas madres nacerían con la infección. Sin embargo, desde hace más de una década, se conoce que la transmisión del VIH de la madre al niño o niña, durante el embarazo, el parto y la lactancia, puede prevenirse. Para ello, debe identificarse oportunamente la infección en la madre gestante y si accede al tratamiento anti-retroviral, el nacimiento se produce por cesárea y se evita la lactancia materna, la transmisión puede evitarse.

En el año 2006, el Ministerio de Salud, en el marco del Plan Estratégico Multisectorial para el Control del VIH-SIDA, priorizó la reducción de la transmisión materno infantil del VIH-SIDA del 33% de los casos a no más del 2%. UNICEF y el Fondo Mundial, a través de un consorcio liderado por la ONG Flora Tristán, asumieron el reto de ampliar la cobertura del tamizaje y el acceso de las madres al protocolo preventivo. Para ello, se introdujeron las pruebas rápidas, especialmente en las zonas que previamente no accedían a las pruebas tradicionales^{3/}, que permiten tamizar a las gestantes en cualquier establecimiento de salud, aún en los que se ubican en las áreas rurales del país.

Esto era factible por el incremento de la cobertura del control prenatal en los servicios de salud. Sin embargo, hasta el año 2005, solo el 25% de las gestantes que acudían a estos servicios eran tamizadas para el VIH. La intervención consistió en la implementación de una estrategia de comunicación social, en la que la profesional de obstetricia promovía, de manera voluntaria, el acceso de la gestante a la prueba rápida como parte de la consejería en el control prenatal. Por otro lado, con la prueba rápida se tiene un diagnóstico inmediato, que permite iniciar las intervenciones preventivas de manera oportuna, evitando perder el contacto con la gestante que presenta VIH y disminuyendo el riesgo de la transmisión de la infección al niño o niña.

En el año 2009 la cobertura de tamizaje alcanzó al 75% de las gestantes, incrementando la cobertura de las mujeres que viven en las áreas rurales de departamentos andinos y amazónicos, como Apurímac, Cusco, Ayacucho, Amazonas y Ucayali, donde UNICEF colabora con el Ministerio de Salud. Con ello, la tasa de transmisión de la madre con VIH al recién nacido se ha reducido de 33% a 6% durante el año 2009, evitándose que 300 niños y niñas nazcan con el VIH-SIDA durante ese año.

Si bien, se han tenido importantes avances, aún debe lograrse que el 100% de las gestantes acceda al diagnóstico oportuno del VIH-SIDA, siendo imprescindible garantizar la disponibilidad de las pruebas rápidas para el diagnóstico y que toda gestante VIH positiva acceda al protocolo preventivo, meta que todavía no se logra en algunas regiones del país, particularmente en aquellas en las que los servicios de atención materna tienen escasa capacidad resolutive.

^{1/} Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Mensual, Julio 2010. Situación del VIH/SIDA en el Perú.

^{2/} Actualmente hay más hombres que mujeres infectadas con el VIH-SIDA pero esta diferencia está cambiando sustancialmente. En el año 1987 habían más hombres que mujeres con el VIH: la relación era de 23 a 1; en comparación con el año 2010 donde la relación entre hombres y mujeres es de 3 a 1.

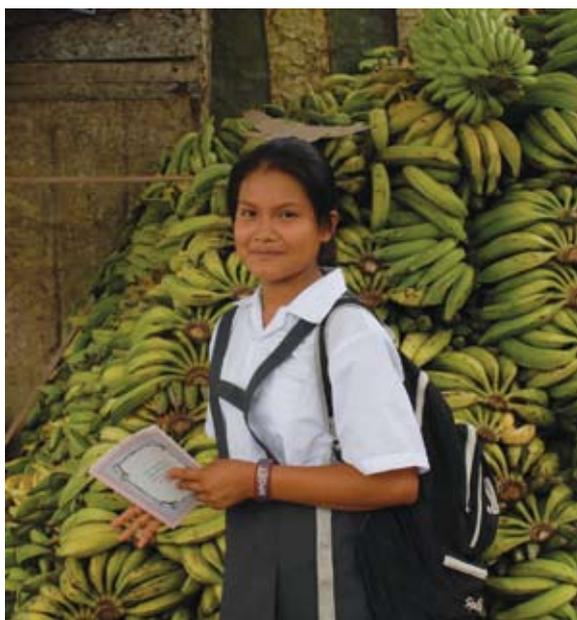
^{3/} Las pruebas tradicionales son más costosas y más complejas en su aplicación.

3.2. DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN LA ADOLESCENCIA⁵⁶

• Asistencia a la educación secundaria

Durante los últimos años, la proporción de adolescentes que está en edad de cursar la secundaria y asiste a una institución educativa de este nivel (tasa de cobertura neta) se ha venido incrementando de forma sostenida. Sin embargo, esta tasa aún es menor a la similar registrada en la educación primaria (94%). En el año 2009, el 77% de los y las adolescentes de 12 a 17 años asistió a la educación secundaria, quedando fuera de la escuela más de 400 mil adolescentes en edad de cursar la secundaria⁵⁷.

A nivel nacional, si bien, la brecha de género se ha cerrado por completo entre los años 2001 y 2009⁵⁸, las brechas por área de residencia, pobreza y lengua materna siguen presentes. En las áreas urbanas, el 84% de los y las adolescentes de 12 a 17 años asiste a la educación secundaria, mientras que en las rurales esta proporción se reduce al 67%. Entre los y las adolescentes en situación de pobreza extrema poco más de la mitad (57%) accede a la educación secundaria, frente al 84% de sus pares no pobres. Asimismo, los que tienen lengua materna castellana presentarían un mayor acceso a la escuela secundaria (79%), en comparación con sus compañeros y compañeras de lengua materna originaria, sobre todo con respecto a los y las adolescentes indígenas de la Amazonía (38%).



©UNICEF/RTA0039/L. Bonacini

56 En este estudio no se desarrolla la problemática de la educación intercultural bilingüe, dado que ya fue abordada en el Estado de la Niñez Indígena en el Perú, INEI y UNICEF. Ver Benavides y Ponce, 2010.

57 Del 25% de los y las adolescentes entre 12 y 17 años que no se encuentra asistiendo a la educación secundaria, el 12% no asiste a algún centro de enseñanza (se encuentra fuera del sistema educativo), el otro 12% se encuentra cursando primaria y el 1% asiste a centros de enseñanza terciaria (universitaria y no universitaria).

58 La brecha de género al interior de las zonas urbanas y rurales también pareciera haberse cerrado, según datos de la ENAHO del INEI y del sistema Escala del MED.

Cuadro 23

Alumnos y alumnas de 12 a 17 años que asisten a la educación secundaria por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje

	2001 ^{1/}	2004 ^{2/}	2009 ^{2/}
Área de residencia			
Urbano	77	80	84
Rural	52	55	67
Sexo			
Hombre	69	70	77
Mujer	66	70	77
Condición de pobreza			
No pobre	81	82	84
Pobre no extremo	71	68	72
Pobre extremo	46	49	57
Lengua materna^{3/}			
Castellano	n.d.	75	79
Quechua	n.d.	51	67
Aymara	n.d.	82	77
Lenguas originarias de la Amazonía	n.d.	26	38 *
Nacional	68	70	77

Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre.

^{1/} Estimación del MED (indicadores en el tiempo). ^{2/} Estimación propia. ^{3/} Categoría omitida: "otros casos", incluye a los y las adolescentes con lengua materna extranjera o sordomudos.

*El dato debe ser tomada con cautela, pues el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

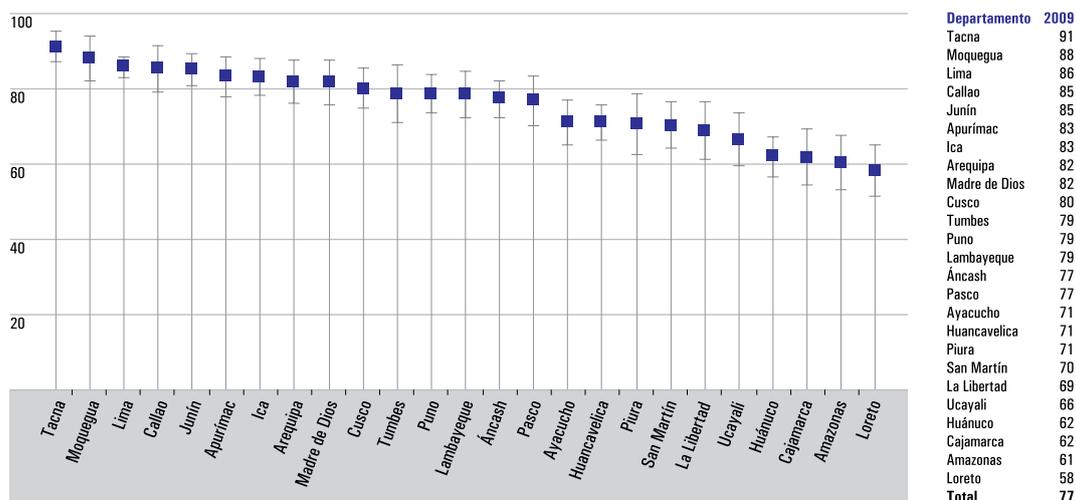
Fuente: Elaboración propia en base a indicadores en el tiempo del MED y las ENAHO 2004 y 2009 del INEI.

La asistencia de los y las adolescentes de 12 a 17 años a la educación secundaria varía considerablemente entre los departamentos: Mientras supera el 85% en Tacna (91%), Moquegua (88%), Lima (86%), la Provincia Constitucional del Callao (85%) y Junín (85%); en los departamentos de Huánuco (62%), Cajamarca (62%), Amazonas (61%) y Loreto (58%), no supera el 65% (Gráfico 45). Muchos adolescentes enfrentarían barreras de acceso a la escuela secundaria debido a lo lejos que se ubican con respecto de sus viviendas. El traslado a la escuela, en estos casos, puede resultar demasiado costoso, en términos de pasajes y tiempo invertido en llegar a la misma, sobre todo para los y las adolescentes provenientes de familias en situación de pobreza y pobreza extrema. De acuerdo al Ministerio de Educación (2007), en el año 2006, a nivel nacional, el 22% de los y las adolescentes (alrededor de 1 de cada 5) no contaba con una institución educativa de secundaria ubicada a menos de 60 minutos de su vivienda, porcentaje que ascendía a 50% en Cajamarca y a 44% en Amazonas.

Gráfico 45

Adolescentes de 12 a 17 años que asisten a la educación secundaria por departamento

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

• Atraso escolar

Como se mencionó en el caso de la educación inicial y primaria, la información brindada por la tasa de cobertura neta debe ser complementada con otros indicadores para conocer las características en las que se da la asistencia de los y las adolescentes a la educación secundaria. La tasa de cobertura neta nos dice únicamente si un adolescente, que se encuentra en edad de cursar la educación secundaria, asiste o no a una escuela de este nivel; al no indicarnos a qué grado de la educación secundaria asiste, esta tasa mide el atraso por niveles educativos y no por años de educación.

Del total de estudiantes que asiste a la educación secundaria, un 37% lo hace en condición de atraso escolar, es decir, cursa un grado inferior al correspondiente para su edad (Cuadro 24). Aproximadamente, 4 de cada 10 adolescentes que asisten a la educación secundaria a nivel nacional, habría experimentado el ingreso tardío a la educación escolar, la repitencia de un grado y/o el abandono temporal de los estudios en su trayectoria escolar. Las probabilidades de experimentar atraso escolar serían ligeramente mayores para los adolescentes hombres (38%) en comparación con sus compañeras mujeres (35%).

La condición de atraso pone en evidencia las amplias brechas por área de residencia, lengua materna y condición de pobreza. El 53% de los y las adolescentes que asiste a la educación secundaria en las áreas rurales, lo hace a grados inferiores para su edad; en cambio, en las urbanas lo hace el 26%; porcentaje que también es alto, pero que equivale a la mitad del observado en las áreas rurales. Las brechas por lengua materna y condición de pobreza son aún más acentuadas. Mientras que la tasa de atraso es cercana al 30% en el caso de los y las adolescentes no pobres (26%) y los que tienen como lengua materna el castellano (32%), es superior al 64% entre los y las adolescentes en situación de pobreza extrema (65%) y los que tienen como lengua materna el quechua (66%). Teniendo en cuenta que, del 57% de los y las adolescentes en situación de pobreza extrema y del 67% con lengua materna quechua que accede a la educación secundaria (Cuadro 23), más de la mitad lo haría a un grado inferior al que le corresponde para su edad (Cuadro 24); la mayor parte de adolescentes en situación de pobreza e indígenas no seguiría la trayectoria escolar esperada, según la normatividad.

Cuadro 24**Alumnos y alumnas de 12 a 17 años por situación de matrícula**

En porcentaje

	En el grado correspondiente a su edad	Adelantados/as	En algún grado inferior	Total
Área de residencia				
Urbano	55	19	26	100
Rural	37	10	53	100
Sexo				
Hombre	47	15	38	100
Mujer	49	16	35	100
Condición de pobreza				
No pobre	55	19	26	100
Pobre no extremo	42	12	46	100
Pobre extremo	27	8 *	65	100
Lengua materna^{1/}				
Castellano	51	17	32	100
Quechua	27	7 *	66	100
Aymara	44	19 *	38 *	100
Lenguas originarias de la Amazonía	n.d. **	n.d. **	n.d. **	n.d.
Nacional	48	16	37	100

Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre.

Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

**El EER es mayor al 30%.

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", incluye a los y las adolescentes con lengua materna extranjera o sordomudos.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

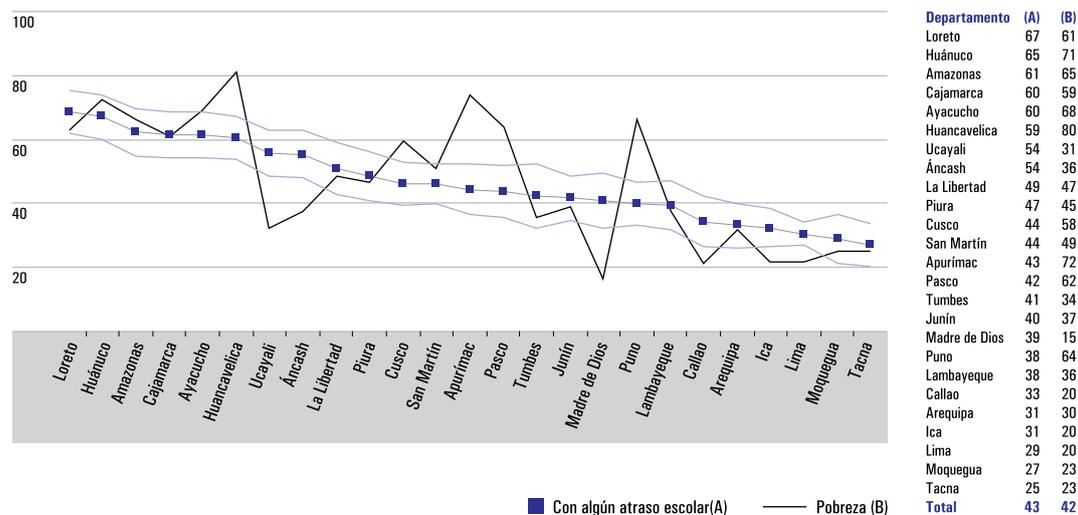
La tasa de atraso escolar presentada en el Cuadro 24 solo considera a los y las adolescentes que asisten a la escuela, sin tomar en cuenta a los que están fuera del sistema educativo, quienes, en el caso que reingresen a la escuela, lo harán en una condición de atraso escolar. A nivel nacional, el 43% de los y las adolescentes asiste a un grado inferior al correspondiente a su edad o no asiste a una institución educativa, proporción que oscila entre el 67% en el departamento de Loreto y el 25% en Tacna.

Asimismo, como se observa en el Gráfico 46, habría una asociación entre la condición de pobreza de los y las adolescentes y su situación de atraso escolar: las mayores tasas de atraso escolar se suelen presentar en los departamentos con mayor incidencia de pobreza en los adolescentes, tales como Loreto (67%), Amazonas (61%), Ayacucho (60%) y Huancavelica (59%), entre otros; y en departamentos, como Tacna, Moquegua y Lima, con tasas de pobreza relativamente bajas se presentan menores porcentajes de atraso escolar, con 25%, 27% y 29%, respectivamente.

Gráfico 46

Atraso escolar y pobreza en los y las adolescentes de 12 a 17 años por departamento

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un adolescente tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela. Por esto, la estimación a nivel nacional difiere de la del Cuadro 24 (37%), que reporta el porcentaje de matriculados que asiste a un grado inferior para su edad.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

No obstante, hay excepciones, los departamentos de Puno y Pasco que presentan una relativamente alta incidencia de pobreza, con 64% y 62%, respectivamente, tienen bajas tasas de atraso escolar, con 38% y 42%, respectivamente. Asimismo, Ucayali y San Martín, muestran relativamente bajas tasas de pobreza, 31% y 49%, respectivamente, acompañados

de porcentajes relativamente altos de adolescentes con algún atraso escolar, 54% y 44%, respectivamente. Así, la pobreza no sería el único factor que explicaría las diferencias en la incidencia del atraso escolar, otros aspectos como los recursos escolares en los hogares, las condiciones en las que operan las escuelas (infraestructura, equipos, personal docente, entre otros), la distancia a las escuelas y las oportunidades laborales que se les presentan podrían condicionar la permanencia de los y las estudiantes en las aulas.

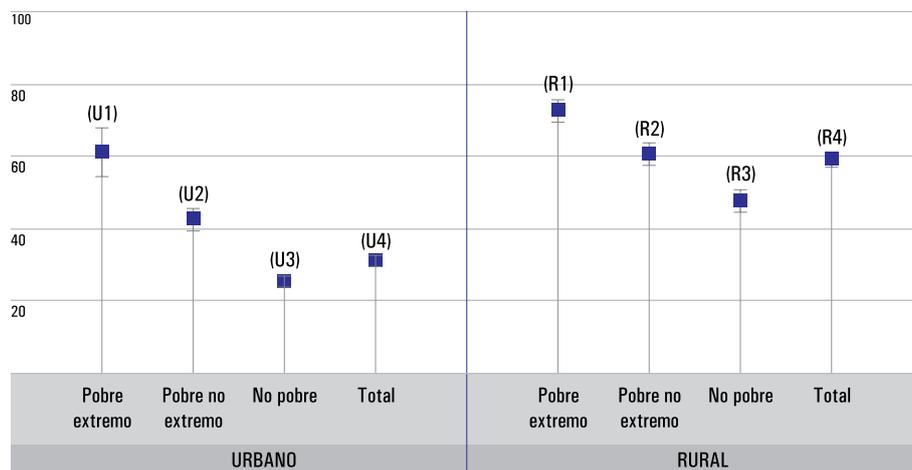
En los Gráficos 47 y 48 se presentan otras características, además de la condición de pobreza, que podrían estar vinculadas a una mayor probabilidad de atraso escolar en los y las adolescentes de 12 a 17 años. En concordancia con lo visto en el Cuadro 24, los y las adolescentes en condición de pobreza extrema (columnas U1 y R1) presentan mayores tasas de atraso escolar que los no pobres (columnas U3 y R3), como se muestra en el Gráfico 47.

No obstante, a similares niveles de pobreza (U1 y R1, por ejemplo), las tasas de atraso son significativamente mayores entre los y las adolescentes rurales (R1), en comparación con sus pares urbanos (U1). Incluso entre los no pobres, el atraso escolar es 20 puntos porcentuales menos en las zonas urbanas (U3) en comparación con las rurales (R3). Los y las adolescentes no pobres que residen en zonas rurales (R3) estarían tan expuestos al atraso escolar como sus pares urbanos que se encuentran en condición de pobreza extrema (U1).

Gráfico 47

Adolescentes de 12 a 17 años con algún atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un adolescente tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela.

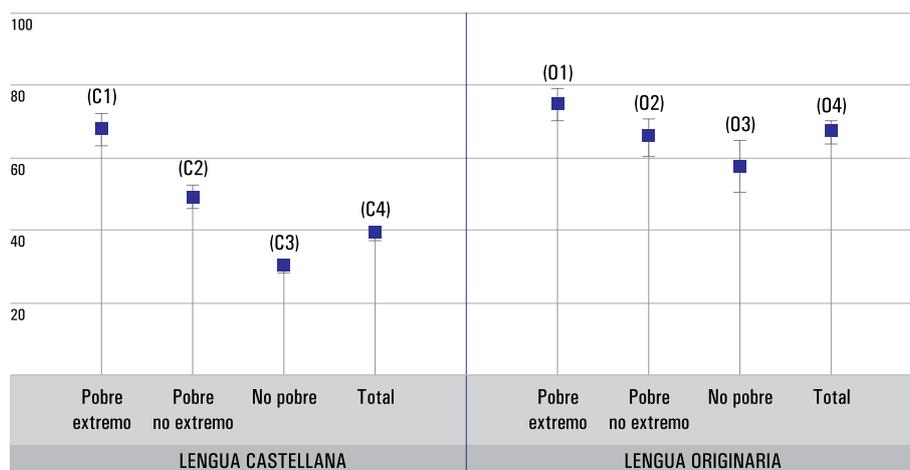
Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

De manera análoga, en el Gráfico 48 se observa que el atraso escolar es significativamente mayor entre los y las adolescentes en situación de pobreza (C2 y O2) y pobreza extrema (C1 y O1), en comparación con los no pobres (C3 y O3); tanto al interior de los que tienen lengua materna castellana, como de los adolescentes indígenas. Sin embargo, a similares niveles de incidencia de la pobreza, el atraso escolar de los y las adolescentes indígenas resulta siempre mayor al de sus compañeros de lengua materna castellana: por ejemplo, mientras que el 30% de adolescentes no pobres de lengua materna castellana muestra algún atraso escolar (C3), este porcentaje asciende a 58% entre sus pares indígenas no pobres (O3).

Gráfico 48

Adolescentes de 12 a 17 años con algún atraso escolar por situación de pobreza y lengua materna

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre. Se considera que un adolescente tiene algún atraso escolar si asiste a un grado inferior para su edad o si no asiste a la escuela.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Los indicadores, hasta aquí presentados, para dar cuenta del derecho a la educación de los y las adolescentes se han centrado en el acceso y permanencia. No se dispone de información actualizada, con respecto al *Estado de la Niñez en el Perú* anterior, de evaluaciones de desempeño escolar que permitan conocer las condiciones de aprendizaje en las que se desarrolla la asistencia de los y las estudiantes a la secundaria. En este marco, la situación de menor cobertura en la educación secundaria, con respecto a la primaria, probablemente vaya acompañada de problemas en la calidad de la educación impartida.

• Conclusión de la educación primaria y secundaria

Entre los y las adolescentes de 12 a 14 años, el 79% ha culminado la educación primaria alrededor de la edad esperada, lo cual implica que han tenido una trayectoria escolar sin atraso o han interrumpido sus estudios o repetido algún grado en un período que no supera los dos años. En el Cuadro 25 se puede observar que, la conclusión de la educación primaria no se diferencia por el sexo de los y las adolescentes, pero sí según la lengua materna, el área donde residen y la condición de pobreza en la que viven: al menos el 80% ha concluido los estudios primarios entre los de lengua materna castellana (82%), urbanos (88%) y no pobres (88%). Esta tasa es significativamente mayor a la registrada entre los y las estudiantes de lengua materna quechua (61%) o amazónica (40%), rurales (68%) o pobres extremos (58%).

Cuadro 25

Conclusión de la educación primaria y secundaria en los y las adolescentes y jóvenes por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna

En porcentaje

	Conclusión de primaria		Conclusión de secundaria	
	Adolescentes de 12 a 14 años	Adolescentes de 17 a 19 años	Jóvenes de 20 a 21 años	
Área de residencia				
Urbano	88	74	83	
Rural	68	41	51	
Sexo				
Hombre	79	60	74	
Mujer	80	65	73	
Condición de pobreza				
No pobre	88	73	83	
Pobre no extremo	74	45	56	
Pobre extremo	58	25 *	28 *	
Lengua materna^{1/}				
Castellano	82	66	76	
Quechua	61	38	50	
Aymara	78	64	84	
Lenguas originarias de la Amazonía	40 *	20 *	39 *	
Nacional	79	62	73	

Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria.

Los datos con asterisco deben ser tomados con cautela: *El error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

**El EER es mayor al 30%.

^{1/} Categoría omitida: "otros casos", incluye a los y las adolescentes y jóvenes con lengua materna extranjera o sordomudos.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Para estos grupos poblacionales, aún queda trabajo por hacer a fin de dar cumplimiento al Objetivo de Desarrollo del Milenio referido al logro de la educación primaria universal al 2015. De acuerdo al informe de la Presidencia del Consejo de Ministros, en el año 2008 la tasa de conclusión de los y las adolescentes de 15 a 19 años en situación de pobreza extrema y que residen en zonas rurales ascendió a 84% y 89%, respectivamente. Si bien, estas tasas son mayores a las registradas entre los de 12 a 14 años, aún se encuentran relativamente lejos de la universalización del ciclo completo de la educación primaria.

En el caso de la educación secundaria, dada la asistencia con atraso en este nivel educativo (Cuadro 24), la proporción de adolescentes que logra concluir la secundaria “a tiempo” es de 62%. En el mejor de los casos, 4 de cada 10 adolescentes entre los 17 y 19 años cursa la secundaria en condición de atraso escolar. Cabe destacar que, en este grupo etario se presentan diferencias por género en la conclusión a tiempo de la secundaria, donde los hombres muestran una menor probabilidad que las mujeres (60% frente a 65%).

Entre los y las jóvenes de 20 a 21 años, el 73% ha culminado la educación secundaria, la cual es bastante cercana a la tasa de culminación de educación primaria en la edad esperada (79%). No obstante, a diferencia de ésta última, la culminación de la secundaria presenta brechas de mayor magnitud de acuerdo al área donde residen y la condición de pobreza. Mientras que la brecha urbano-rural es de 20 puntos porcentuales (88% frente a 68%) en el caso de la culminación de primaria (12 a 14 años), alcanza los 32 puntos porcentuales en la culminación de la educación secundaria para los y las jóvenes entre 20 y 21 años (83% frente a 51%). Para estos mismos grupos etarios, la brecha por condición de pobreza es de 30 puntos porcentuales (88% frente a 58%) en la culminación de la primaria y asciende a 55 puntos porcentuales (83% frente a 28%) para la culminación de la secundaria.

Entre los y las jóvenes rurales, en condición de pobreza y con lengua materna quechua, alrededor de la mitad no habría concluido la educación secundaria antes de los 21 años. La situación resulta aún más crítica para los que tienen como materna una lengua de Amazonía en los tres grupos etarios: no habría culminado la secundaria el 60% de los y las jóvenes de 20 a 21 años y el 80% de los y las adolescentes de 17 a 19 años; y el 60% de los y las adolescentes de 12 a 14 años no habría culminado la primaria.

A pesar de que, la educación básica es obligatoria y su universalización se encuentra garantizada por el Estado⁵⁹, el sistema educativo formal no ha logrado garantizar que todos los y las adolescentes del país —en particular los más pobres— accedan y permanezcan en este nivel educativo. Esta situación es preocupante, al tener en cuenta que la probabilidad de ser pobre en el país, desciende significativamente entre quienes logran finalizar la educación básica⁶⁰.

59 Artículos 3 y 12 de la Ley General de Educación.

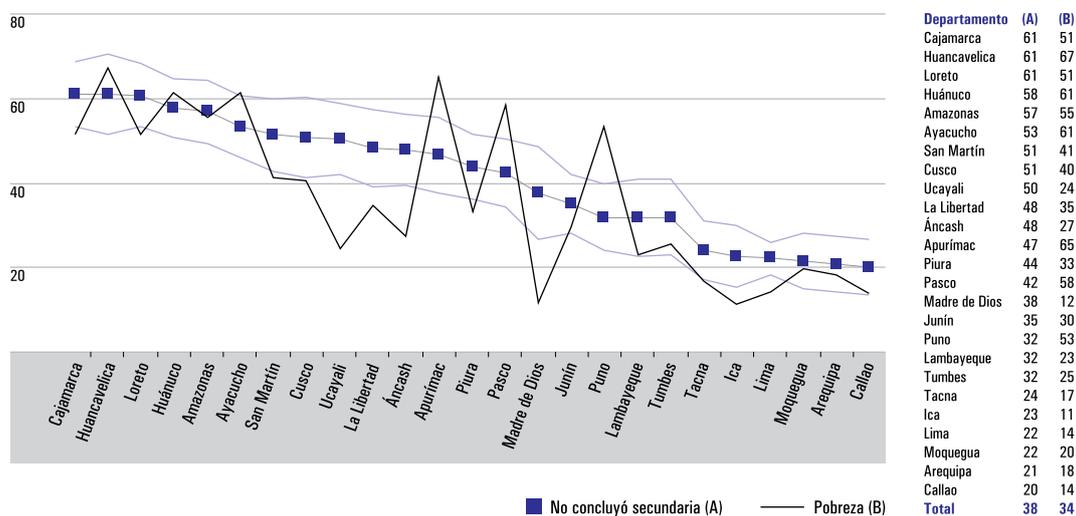
60 De acuerdo a Yamada y Castro (2007), en el Perú la probabilidad de ser pobre para un adulto sin educación es de 68%, la cual disminuye a 57% cuando la persona completa la educación primaria; y a 34% cuando termina la secundaria completa. Boletín Opina del Consejo Nacional de Educación Nro. 14, octubre 2008.

Como se aprecia en el Gráfico 49, en el porcentaje de adolescentes de 17 a 19 años que no concluyeron la educación secundaria existen amplias diferencias entre los departamentos y hay una asociación entre la no conclusión de la educación secundaria y la incidencia de pobreza. El 61% de adolescentes no culmina la educación secundaria en la edad normativa en Cajamarca, Huancavelica y Loreto, departamentos con tasas de pobreza que superan la del nivel nacional. Por su parte, la no conclusión de la secundaria es relativamente baja, no supera el 25%, en Tacna (24%), Ica (23%), Lima (22%), Moquegua (22%), Arequipa (21%) y la Provincia Constitucional del Callao (20%), y a la vez tienen una relativamente baja incidencia de pobreza. Sin embargo, en Ucayali y Madre de Dios, departamentos ubicados en la selva del país, se observa una tasa de pobreza significativamente menor a la nacional y la no conclusión de la secundaria puede considerarse alta, con 50% y 38%, respectivamente.

Gráfico 49

Adolescentes de 17 a 19 años que NO concluyeron la educación secundaria por departamento

En porcentaje



Nota: Indicador estimado para los y las adolescentes que, de acuerdo a la normatividad, se encuentran en edad de cursar la educación secundaria; entre los meses de abril a diciembre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

3.3. DERECHO A LA PROTECCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

• Trabajo adolescente⁶¹

De acuerdo a la ENAHO 2009, en el Perú el 54% de los y las adolescentes entre los 14 y 17 años trabaja en alguna actividad económica, por lo menos una hora a la semana. La incidencia difiere ampliamente según al área de residencia: mientras que en las zonas rurales el 82% de los y las adolescentes trabaja, en las urbanas lo hace el 35%⁶² (Cuadro 26).

A nivel nacional, la tasa de adolescentes que trabaja es mayor entre los varones (56%) que entre las mujeres (51%), diferencia que se presenta más en las zonas rurales, donde dicha brecha es de siete puntos porcentuales (85% de varones frente a 78% de mujeres), que en las urbanas, con una brecha de tres puntos porcentuales (37% de varones frente a 34% de mujeres). Según la Encuesta de Trabajo Infantil⁶³, si bien, las adolescentes presentan una menor participación en las actividades económicas, tienen una mayor participación en las tareas domésticas. Mientras el 73% de los y las adolescentes realizan actividades domésticas, este porcentaje asciende a 87% entre las adolescentes mujeres, quienes tienden a dedicar más horas que los varones a este tipo de actividades.

Por otro lado, la proporción de adolescentes que trabaja también se encuentra diferenciada según la lengua en la que aprendió a hablar. Si bien, la proporción de adolescentes con lengua materna castellana que trabaja es relativamente alta (50%), es mayor entre los y las adolescentes con lengua materna originaria (79%). Asimismo, como se muestra en el Cuadro 26, existe una clara asociación entre pobreza y trabajo: el porcentaje de adolescentes que trabaja es significativamente mayor entre quienes residen en hogares en situación de pobreza extrema (77%) que entre los de hogares no pobres (44%), diferencia que sería más acentuada en

61 La definición utilizada considera los mismos criterios presentados en la sección de trabajo infantil: se considera trabajador al o la adolescente que trabaja al menos una hora a la semana en alguna actividad económica (excluye las actividades domésticas que realiza en su propio hogar). No se excluye, como se hace en estadísticas oficiales del INEI, a los trabajadores familiares no remunerados que trabajan menos de 15 horas a la semana. La discrepancia en la definición de trabajador, explica algunas de las diferencias en la incidencia del trabajo infantil y adolescente del presente estudio respecto al informe "Perú: Niños, niñas y adolescentes que trabajan 1993-2008", Lima, febrero 2010.

62 Las estimaciones se refieren al período escolar, de abril a diciembre. Durante los meses de vacaciones escolares, de enero a marzo, las estimaciones no varían en el caso de las zonas rurales y se incrementan en 6 puntos porcentuales, en el caso de las urbanas.

63 La Encuesta de Trabajo Infantil fue realizada entre setiembre y diciembre del año 2007. La participación laboral de los y las adolescentes entre los 14 y 17 años a nivel nacional, urbano y rural es similar si se calcula con la ETI o la ENAHO del mismo año. Según la ETI, la participación laboral en este grupo etario a nivel nacional, urbano y rural es de 53%, 41% y 79%, respectivamente, y según la ENAHO es de 52%, 34% y 80%, respectivamente. Para mayor información sobre los resultados de la ETI, ver Rodríguez y Vargas (2010).

las zonas urbanas (46% frente a 32%) que en las rurales (84% frente a 78%), con 14 y 6 puntos porcentuales, respectivamente.

Cabe hacer hincapié en que, las tasas de trabajo adolescente de la ENAHO 2009 son bastante similares a las presentadas en el *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, en base a información de la ENAHO 2006. Esto implica que, la incidencia de trabajo adolescente no se habría reducido en estos años y continúa siendo más frecuente entre los adolescentes varones, los de lengua materna originaria, los residentes en las áreas rurales y los más pobres.

Cuadro 26

Adolescentes de 14 a 17 años que trabajan según condición de pobreza

En porcentaje

Condición de pobreza	Urbano	Rural	Nacional
No pobre	32	78	44
Pobre no extremo	44	85	64
Pobre extremo	46 *	84	77
Nacional	35	82	54

Nota: Reportes de abril a diciembre.

*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

El desarrollo del adolescente y su transición a la vida adulta pueden verse condicionados a la actividad laboral que realice. Una jornada de trabajo relativamente larga impide que el adolescente dedique suficiente tiempo a las actividades escolares, al entretenimiento, así como a otros importantes aspectos de su desarrollo. De este modo, las actividades laborales con amplias jornadas o que impliquen trabajos riesgosos o de alta demanda de esfuerzo físico, no solo pueden determinar una trayectoria educativa y laboral diferente a la de aquellos adolescentes que no se enfrentan a estas situaciones laborales, sino que además pueden afectar el bienestar físico y/o psicológico de los y las adolescentes en el presente. En esta línea, la ENAHO advierte que los problemas respiratorios, así como el dolor de cabeza y los dolores musculares, suelen ser las enfermedades más frecuentes entre los niños, niñas y adolescentes que trabajan.

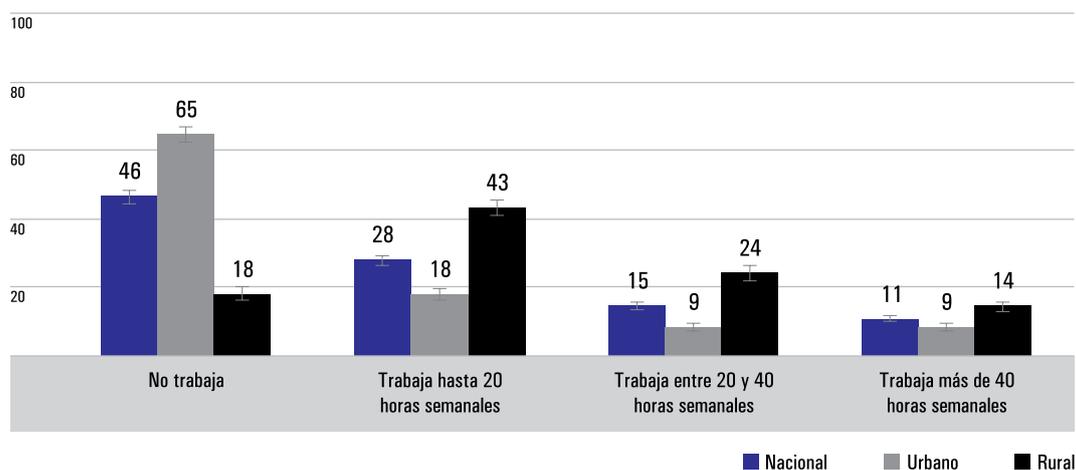


En el Gráfico 50 se puede observar la incidencia de trabajo adolescente según la intensidad de la jornada laboral. Si bien, en las áreas urbanas la mayor parte de adolescentes no trabaja (65%) y entre quienes sí lo hacen, la mayor parte dedica a estas actividades un máximo 20 horas semanales, destaca que el 18% de los y las adolescentes de 14 a 17 años en estas áreas tenga jornadas laborales que exceden las 20 horas semanales. En las áreas rurales el escenario es diferente, solo un 18% de los adolescentes no trabaja; y si bien, la mayor parte de adolescentes que trabaja lo hace en jornadas que no superan las 20 horas semanales (43%), el 38% de adolescentes rurales enfrenta jornadas laborales mayores a las 20 horas semanales: el 24% trabaja entre 20 y 40 horas semanales y el 14% lo hace más de 40 horas a la semana⁶⁴.

Gráfico 50

Condición de trabajo en los y las adolescentes de 14 a 17 años según la intensidad de la jornada laboral

En porcentaje



Nota: La intensidad de la jornada laboral incluye las horas dedicadas a la ocupación principal, así como las reportadas en la ocupación secundaria, en caso corresponda. Reportes de abril a diciembre.
Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Entre los y las adolescentes de 14 a 17 años, el trabajo familiar no remunerado es bastante más amplio en el área rural (59%) que en la urbana (19%), como se aprecia en el Cuadro 27. Adicionalmente, la mediana de las jornadas laborales por cada tipo de trabajo resulta similar entre las áreas urbanas y rurales: entre los y las adolescentes que trabajan a cambio de una remuneración, la mediana no supera las 35 horas semanales; y entre quienes no reciben una remuneración, la mediana es alrededor de 16 horas por semana.

⁶⁴ Si solo se consideran a los y las adolescentes que trabajan, tanto en las áreas urbanas como en las rurales, poco más de la mitad (alrededor del 52%) tiene jornadas que no superan las 20 horas semanales; y la proporción con jornadas laborales que exceden las 40 horas semanales es de 17% en las zonas urbanas y de 23% en las rurales.

Cuadro 27**Tipos y horas de trabajo en los y las adolescentes de 14 a 17 años**

En porcentaje

Tipo de trabajo realizado	Urbano		Rural		Nacional	
	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*
Trabajador remunerado	16	35	23	32	19	35
Trabajador familiar no remunerado	19	14	59	17	35	16
No trabaja	65	0	18	0	46	0
Total	100		100		100	

Nota: La intensidad de la jornada laboral semanal incluye las horas dedicadas a la ocupación principal, así como las reportadas en la ocupación secundaria, en caso corresponda. Reportes de abril a diciembre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

Independientemente de si el trabajo del adolescente es o no remunerado, las jornadas laborales más extensas suelen presentarse entre los que no están estudiando (Cuadro 28). Si bien, los y las adolescentes de 14 a 17 años que trabajan a cambio de una remuneración, lo hacen 35 horas a la semana (Cuadro 27); entre aquellos que reciben una remuneración y no acuden a la escuela asciende a 48 horas semanales, es decir, jornadas de casi 10 horas por día si se considera una semana de 5 días útiles. La intensidad de esta jornada es similar en las áreas urbanas y rurales. Esta carga horaria deja poco tiempo disponible para una reinserción en la escuela o para la asistencia a otros centros de formación educativa, así como para actividades vinculadas a la distracción de los adolescentes.

En cuanto a los y las adolescentes de 14 a 17 años que trabajan a cambio de una remuneración y que asisten a una escuela, la jornada es de 22 horas semanales, sin diferencias significativas entre los adolescentes que residen en las zonas rurales y urbanas.

Como se aprecia en el Cuadro 27, la jornada laboral semanal de los y las adolescentes que son trabajadores familiares no remunerados es de 16 horas a nivel nacional, con pequeñas diferencias entre el área urbana (14 horas) y rural (17 horas). El Cuadro 28 complementa esta información, evidenciando que entre los y las adolescentes trabajadores no remunerados que no estudian la jornada es significativamente mayor (28 horas semanales) que la de sus pares no remunerados que sí estudian (15 horas semanales). Cerca de la mitad de los y las adolescentes de 14 a 17 años que residen en zonas rurales (46%) asiste a una institución educativa y labora como trabajador familiar no remunerado, con una jornada de 16 horas semanales; proporción que es de 16% en el área urbana, con una jornada de 13 horas a la semana.

Cuadro 28

Horas trabajadas a la semana por los y las adolescentes de 14 a 17 años según asistencia a la escuela y tipo de trabajo realizado

En porcentaje

Tipo de trabajo realizado	Urbano		Rural		Nacional	
	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*	% adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*
Trabajador remunerado						
Estudia y trabaja	8	21	13	22	10	22
No estudia y trabaja	8	48	10	48	9	48
Trabajador familiar no remunerado						
Estudia y trabaja	16	13	46	16	28	15
No estudia y trabaja	3*	21	13	30	7	28
No trabaja						
Estudia y no trabaja	56	0	14	0	39	0
No estudia ni trabaja	9	0	4*	0	7	0
Total	100		100		100	

Nota: La intensidad de la jornada laboral semanal incluye las horas dedicadas a la ocupación principal, así como las reportadas en la ocupación secundaria, en caso corresponda. Reportes de abril a diciembre.

*El dato debe ser tomado con cautela dado que el error estándar relativo (EER) se encuentra entre el 10% y 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

• Actividades desempeñadas por los y las adolescentes que trabajan

En línea con el Convenio Nro. 138 de la OIT, ratificado por el Perú en el año 2002, el marco normativo nacional establece que los y las adolescentes pueden trabajar desde los 14 años de edad⁶⁵ solo en actividades laborales que no sean riesgosas ni peligrosas para su salud física, mental y emocional, y que no perturbe su asistencia regular a la escuela⁶⁶. Esta normatividad no se estaría cumpliendo para muchos adolescentes, como se vio anteriormente, siendo poco probable que la asistencia regular a la escuela no se haya visto afectada por las extensas jornadas laborales.

Respecto al tipo de ocupación desempeñada por los y las adolescentes, de acuerdo a la ENAHO 2008⁶⁷, entre los que laboran como trabajadores familiares no remunerados, el 65% —6 de cada 10 de ellos— trabaja como peón agropecuario o de pesca. Alrededor de 2 de cada 10

65 Los y las adolescentes requieren de una autorización para trabajar, salvo en el caso de trabajador doméstico y del trabajador familiar no remunerado (Artículo 53 del Código del Niño y el Adolescente).

66 Artículo 22 del Código del Niño y el Adolescente. En esta misma línea, el Convenio Nro. 182 de la OIT, ratificado por el Perú en el año 2002, prohíbe la participación de los y las adolescentes en actividades que puedan poner en riesgo su salud física o moral.

67 Los datos se refieren a la ocupación principal y la clasificación de éstas se basa en la codificación de ocupaciones a dos dígitos publicada en la página web del INEI. Si bien, la información de la ENAHO no da cuenta del detalle de las actividades desempeñadas por los y las adolescentes trabajadores, sí nos aproxima al rubro de ocupaciones que suelen captar una mayor proporción.

se dedica a actividades de comercio al por mayor o menor (17%) o a ser vendedores ambulantes (3%). Adicionalmente, 1 de cada 10 (11%) se desempeña como trabajador doméstico, limpiando, lavando, planchando o en actividades afines. Cabe señalar que, menos del 1% declara laborar como peón de minería, de suministro eléctrico, gas o agua.

Entre los y las adolescentes que sí reciben una remuneración a cambio de su trabajo, la actividad más frecuente también es la de peón agropecuario o de pesca, aunque la proporción que se dedica a dichas actividades (25%) es menor que la de los trabajadores familiares no remunerados. Un rubro que es igualmente importante es el de personal doméstico y de tareas afines (lavado, planchado, limpieza, etc.), donde el 26% señala realizar estas labores. Por otra parte, el 12% se dedica al comercio por mayor o menor (9%) o a ser vendedores ambulantes (3%). El 10% se desempeña como peón de minería, suministro eléctrico, gas o agua; proporción mayor a la registrada entre los trabajadores familiares no remunerados.

En las áreas urbanas la mayor proporción de los y las adolescentes trabaja como personal doméstico y en tareas afines (28%) o en el comercio al por mayor o menor (27%). En cambio, en las rurales la mayor parte tiene como ocupación principal el ser peón agropecuario o de pesca (77%).

• Trabajo, pobreza y atraso escolar en los departamentos

En el Gráfico 51 se muestra la proporción de los y las adolescentes de 14 a 17 años que trabaja, así como la incidencia de pobreza en este grupo etario a nivel departamental. La mayor incidencia de los y las adolescentes que trabajan, alrededor de 8 de cada 10, se presenta en Huancavelica (82%), Cajamarca (82%), Cusco (80%) y Puno (77%). Cabe destacar que, en la mayor parte de los departamentos del país (16 de 25) el 50% o más de los y las adolescentes se encuentra trabajando. Los departamentos que presentan las menores tasas de adolescentes que trabajan son Arequipa (39%), Tacna (31%), Lima (30%) y la Provincia Constitucional del Callao (25%).

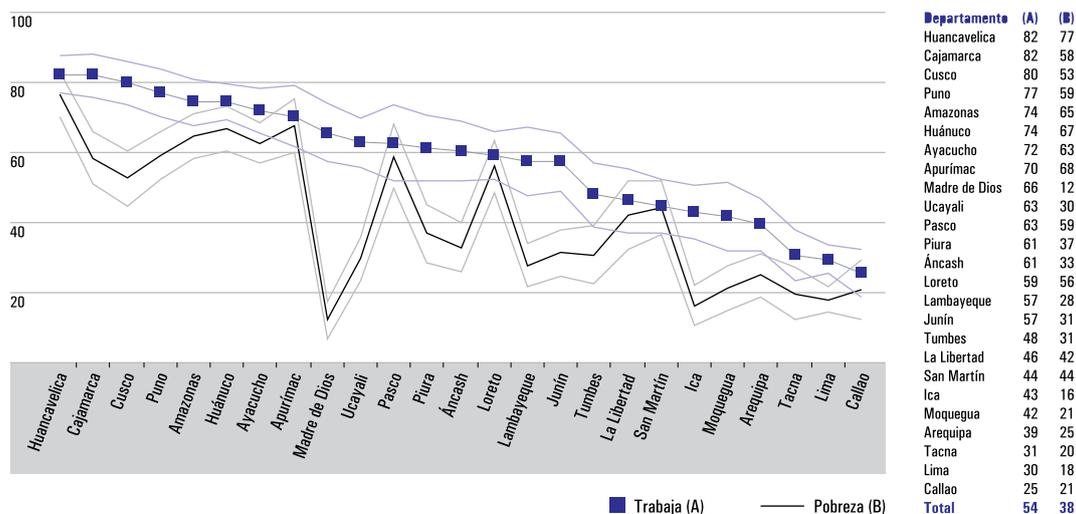
Las mayores tasas de trabajo adolescente se suelen presentar en los departamentos con una mayor incidencia de adolescentes en situación de pobreza (Gráfico 51), hecho que es consistente con la asociación entre trabajo adolescente y pobreza presentada en el Cuadro 26. Un resultado adicional es que, en la mayor parte de los departamentos se tendría adolescentes que trabajan y residen en hogares calificados como no pobres, requiriéndose una mayor investigación respecto a la asociación entre trabajo y pobreza, indagando sobre otros factores que pudieran influir en la decisión de que un adolescente trabaje.

Como se mencionó en el *Estado de la Niñez en el Perú* del año 2008, la condición de pobreza se define a partir del valor de una canasta de consumo, con lo cual es posible tener

Gráfico 51

Trabajo y pobreza en los y las adolescentes de 14 a 17 años por departamento

En porcentaje



Nota: Reportes de abril a diciembre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

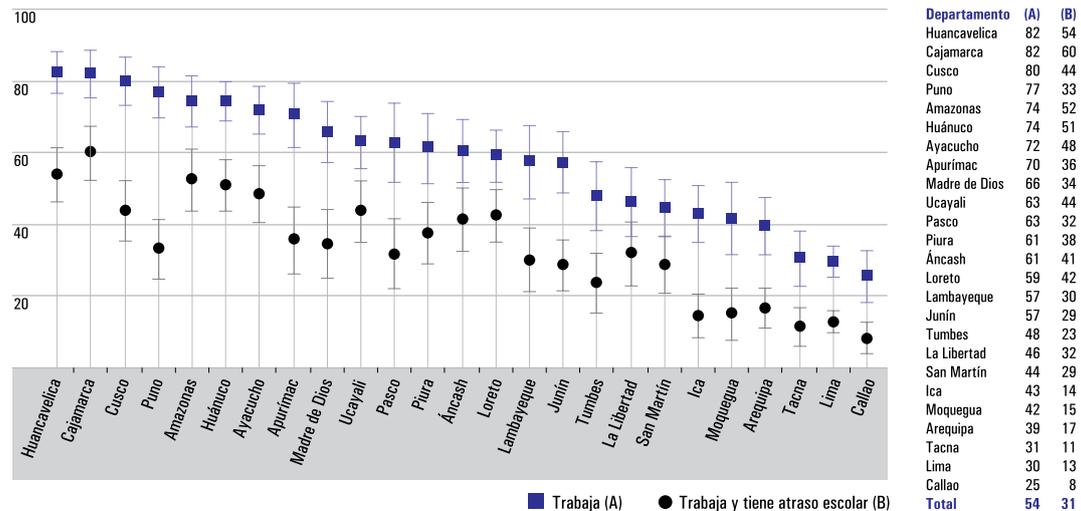
un considerable número de adolescentes que califican como “no pobres” pero que pueden enfrentar carencias tales como acceso restringido a servicios básicos y otras necesidades calificadas como básicas; es decir, carencias propias de una pobreza “estructural”. Si bien, esto es válido para otros indicadores presentados en el estudio, en el tema del trabajo adolescente resulta aún más relevante en la medida que las actividades laborales se refieren a la última semana, pudiendo variar significativamente entre un mes y otro.

En la medida que las actividades laborales compiten por el tiempo y energía que los y las adolescentes tienen para estudiar, es posible que las jornadas laborales intensas limiten su desempeño en la escuela. Entre los y las adolescentes de 14 a 17 años que no trabajan, el 85% asiste a una institución educativa; proporción que se reduce a 71% en el caso de los que sí trabajan. En el Gráfico 52 se muestra la proporción de adolescentes que trabaja y de los que presentan algún atraso escolar (no asiste a la escuela o asiste a un grado inferior correspondiente para su edad) entre los que trabajan a nivel departamental. En seis departamentos más del 70% de los y las adolescentes de 14 a 17 años trabaja y el 44% o más trabaja y tiene algún atraso escolar: Cajamarca (60%), Huancavelica (54%), Amazonas (52%), Huánuco (51%), Ayacucho (48%), Cusco (44%). Cajamarca presenta la mayor incidencia del país: 3 de cada 5 adolescentes que trabaja tiene una trayectoria escolar con algún atraso.

Gráfico 52

Trabajo y atraso escolar en los y las adolescentes de 14 a 17 años por departamento

En porcentaje



Nota: Reportes de abril a diciembre.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENAHO 2009, INEI.

• La maternidad en la adolescencia

La experiencia de la maternidad y paternidad implica un importante cambio en la vida de toda persona, en especial, en la de los y las adolescentes, en la medida en que se encontrarían en un período de preparación para la vida adulta. La maternidad es una de las variables clave en el análisis de la trayectoria educativa y laboral de las adolescentes⁶⁸. Dado que, la gestación y la crianza de los niños y niñas pequeños demandan cuidado, atención, tiempo y recursos económicos, muchas veces las adolescentes, sobre todo si se encuentran en situación de pobreza, interrumpen sus estudios, lo que a su vez puede condicionar una inserción laboral distinta para ellas (en comparación con sus pares que no han experimentado la maternidad y que inician o culminan estudios superiores).

Los embarazos adolescentes se asocian a mayores tasas de pérdida intrauterina, mortalidad y enfermedades infantiles, así como a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, lo cual afecta la salud de las madres adolescentes y de sus hijos e hijas. Esto se debe a que, biológicamente la capacidad reproductiva alcanza su plenitud hacia los 18 años (CEPAL y UNICEF, 2007). Los riesgos de salud en la maternidad adolescente pueden implicar una mayor enfermedad —e incluso mortalidad—, tanto en las jóvenes madres como en los niños y niñas,

68 Debido a la escasa información sobre paternidad en los adolescentes, los estudios se han centrado en el análisis de la experiencia de maternidad en las adolescentes mujeres.

en especial, en las poblaciones residentes en zonas del país con una disponibilidad restringida de servicios de salud. Como se mencionó anteriormente y se muestra en el Anexo 3-2, la dotación de personal, equipos e infraestructura no es homogénea a lo largo del territorio, siendo deficiente sobre todo en las provincias pobres y con mayor presencia de población indígena.

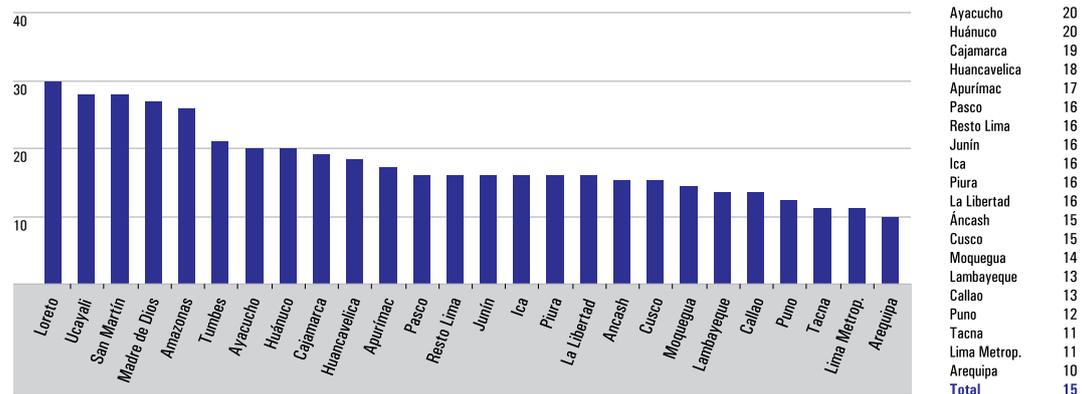
En el Perú, así como en América Latina y el Caribe, la maternidad adolescente constituye un problema de salud pública que llama a la reflexión sobre el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos entre los y las adolescentes; en especial, en el acceso a información sobre los métodos anticonceptivos y en su disponibilidad para los y las adolescentes. De acuerdo a CEPAL y UNICEF (2007), la región de América Latina y el Caribe presenta niveles de fecundidad global inferiores a la media mundial y a la de los países en desarrollo, pero los niveles de fecundidad adolescente se encuentran considerablemente por encima de la media mundial, siendo superados únicamente por África.

En el Perú, el 15% de las adolescentes mujeres de 15 a 20 años ha experimentado la maternidad (está gestando o ha tenido al menos un hijo nacido vivo). Al menos la cuarta parte de las adolescentes mujeres ha vivido la experiencia de la maternidad en los departamentos de Loreto (30%), Ucayali (28%), San Martín (28%), Madre de Dios (27%) y Amazonas (26%). Las tasas más bajas, entre el 10% y 11%, se registran en departamentos como Tacna, Lima Metropolitana y Arequipa (Gráfico 53).

Gráfico 53

Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad por departamento

En porcentaje

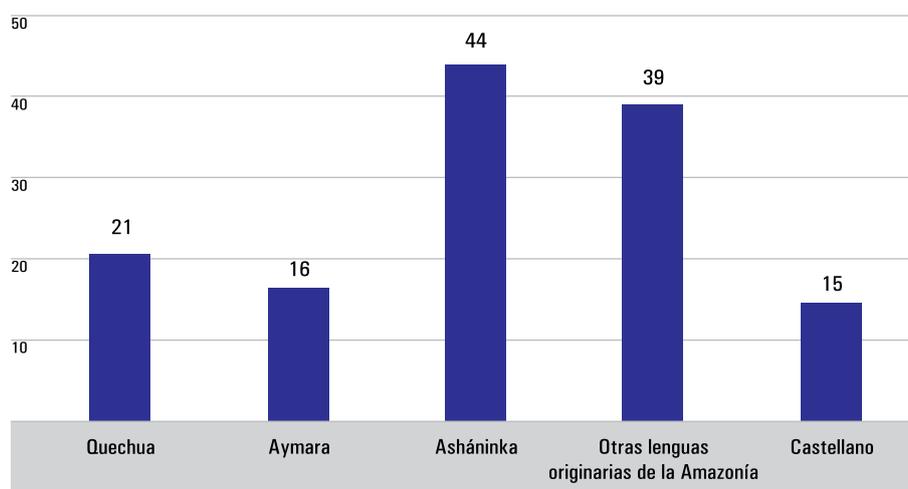


Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional 2007, INEI.

En el Gráfico 54 se puede apreciar que la maternidad suele presentarse de manera más frecuente entre las adolescentes mujeres de lengua materna asháninka (44%) o con otra lengua originaria de la Amazonía (39%), en comparación con sus pares quechua hablantes (21%), aymara hablantes (16%) y castellano hablantes (15%). Como vimos en la sección de primera infancia, la subcobertura de servicios de salud vinculados al embarazo y parto es especialmente preocupante en las áreas con mayor presencia de población con lengua materna originaria.

Gráfico 54**Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad por lengua materna**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional 2007, INEI.

Box 6

El derecho de toda niña, niño y adolescente a vivir en una familia

“El niño y el adolescente tienen derecho a vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia. El niño y el adolescente que carecen de familia natural tienen derecho a crecer en un ambiente familiar adecuado. El niño y el adolescente no podrán ser separados de su familia sino por circunstancias especiales definidas en la ley y con la exclusiva finalidad de protegerlos”.

Artículo 8° del Código de los Niños y Adolescentes

En el Perú existen más de 16 mil niños, niñas y adolescentes albergados en Centros de Atención Residencial (CAR) públicos y privados, registrados ante el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)^{1/}. El ingreso a estos centros se produce por la inexistencia de un núcleo familiar o por la presencia de situaciones de conflicto o desestructuración familiar que afectan o amenazan gravemente sus derechos.

Garantizar que todo niño, niña y adolescente pueda vivir en familia, en un entorno adecuado y armónico para su desarrollo integral, permite prever no sólo una adecuada atención en sus derechos básicos a la salud, nutrición y educación, sino además generar lazos afectivos con la familia que favorezcan el desarrollo de su personalidad, su identidad, autoestima, seguridad y autonomía, posibilitando la construcción de habilidades sociales para la vida.

Aún cuando los datos no reflejan la realidad de los niños, niñas y adolescentes que viven separados de sus familias, se cuenta con estudios, como el Informe Defensorial N° 150^{2/} que aborda la situación de 4,372 niñas, niños y adolescentes albergados en los 80 CAR públicos a nivel nacional. Más del 50% de estos niños, niñas y adolescentes eran mujeres, de las cuales 1,229 eran adolescentes.

En cuanto a los motivos de separación de sus familias o ingreso al CAR, el 25.2% lo hizo por el incumplimiento

de obligaciones o deberes por parte de las personas que tenían que brindarles cuidado; asimismo, uno de los motivos denominado “otros” alcanzaba un 24.4%, en el que se podría presumir está la falta de recursos económicos de las familias; a pesar de que, la pobreza no debe considerarse como una condición que genere la separación del ambiente familiar. El 0.3% corresponde a los niños, niñas y adolescentes entregados por sus padres, madres o responsables a instituciones para que sean adoptados.

El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas le ha reiterado al Perú, en



la revisión de sus tres informes presentados, su preocupación porque la colocación de los niños, niñas y adolescentes en los CAR no sea utilizada como medida de último recurso, junto a la situación precaria en la que se encuentran algunos de los CAR y la insuficiente capacidad del Estado para atender a aquellos niños, niñas y adolescentes que necesitan otros tipos de cuidado.

De acuerdo a la Corte Interamericana de Derechos Humanos^{3/}, es la familia la que proporciona la mejor protección a los niños, niñas y adolescentes contra el abuso, el descuido y la explotación, y es por ello que el Estado se encuentra obligado no sólo a disponer y ejecutar medidas directas de protección, sino a favorecer el desarrollo y a fortalecer el núcleo familiar, a fin de garantizar el derecho fundamental de los niños, niñas y adolescentes a vivir en una familia.

El diseño e implementación de políticas dirigidas a garantizar la prevención del abandono, así como de fortalecer el rol de las familias, es una tarea que se debe priorizar de manera articulada y sistémica entre los sectores a cargo de las políticas sociales y económicas. Si bien, existen 36 Centros de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF-INABIF/MIMDES en 17 regiones^{4/} a nivel nacional, como servicio que trabaja en el fortalecimiento de la familia y la protección de los niños, niñas y adolescentes; se requiere una ampliación y fortalecimiento de este modelo, adecuándolo a zonas andinas y amazónicas, donde las condiciones de exclusión son aún mayores. Asimismo, está pendiente el desarrollo de programas para la implementación de medidas de protección alternativas a los CAR a fin de garantizar, en todo momento, el pleno derecho de las niñas, niños y adolescentes a vivir en familia.

^{1/} Según el informe elaborado por el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF/MIMDES) en febrero del 2009.

^{2/} Realizado entre octubre del año 2008 y enero del 2009 por la Defensoría del Pueblo.

^{3/} Opinión consultiva OC-17/2002.

^{4/} Se ubican en Amazonas, Áncash, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, Puno, Tacna, Tumbes, Ucayali y la Provincia Constitucional del Callao.

4. LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS PROVINCIAS



LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS PROVINCIAS

Si bien, como se ha mostrado en el presente estudio, los niños, niñas y adolescentes peruanos enfrentan entornos muy heterogéneos que en algunos casos limitan y en otros potencian su desarrollo, la información disponible no ha permitido analizar esta heterogeneidad a un nivel de agregación menor que el departamental. En esta sección se ofrece un panorama más detallado de la situación de la niñez y adolescencia peruana en las provincias, en base a información del Censo Nacional 2007. Solo para el caso de pobreza monetaria se han usado los datos de la ENAHO 2009.

Para acceder a la información de la situación de los niños, niñas y adolescentes a nivel distrital y con mayor información de la niñez a nivel provincial, consulte el CD que acompaña al *Estado de la Niñez en el Perú*, donde se incluyen los indicadores a nivel departamental, provincial y distrital.

Las tablas provinciales, que se presentan a continuación, incluyen un conjunto de indicadores asociados al desarrollo de la niñez y adolescencia en las tres dimensiones abordadas a lo largo del estudio: salud, educación y protección⁶⁹:

1. La proporción de los niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria por provincia. Indicador que se asocia a los procesos de exclusión que han enfrentado las poblaciones indígenas en el país históricamente, producto de los cuales la situación de la niñez indígena tiende a ser menos favorable que la de la niñez con lengua materna castellana. Es un indicador relevante para la planificación de programas y políticas de salud, educación y protección, dirigidas a la población en situación de mayor vulnerabilidad. Debido a que, el Censo Nacional 2007 no permite diferenciar entre las lenguas originarias de la Amazonía, a excepción de la asháninka, la información que se presenta solo distingue individualmente al quechua, aymara y asháninka. Las otras lenguas originarias de la Amazonía son agregadas en una categoría adicional. Por limitaciones de espacio, la información de lengua materna que se presenta en esta sección solo incluye aquellas lenguas originarias que son habladas por el 0.1% o más de los niños, niñas y adolescentes en por lo menos una de las provincias del departamento. En el CD, que acompaña este estudio, se incluyen todas las lenguas disponibles en el censo: quechua, aymara, asháninka, otras lenguas originarias, castellano, lengua extranjera y si es sordomudo.

⁶⁹ Debido a que la información censal se encuentra disponible solo a nivel de tabulados en el sistema REDATAM, no ha sido posible presentar los indicadores de salud y protección por lengua materna en cada una de las provincias, como se hizo en el estudio anterior, donde se utilizó la ENCO 2006.



©UNICEF

2. Información que da cuenta de la precariedad del entorno en el que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes:
 - 2.1. El acceso a fuentes mejoradas de agua (conexión a red pública de agua para consumo del hogar dentro o fuera de la vivienda, incluido el pilón de uso público) y saneamiento (servicios higiénicos conectados a red pública dentro o fuera de la vivienda o a instalaciones con pozo séptico). Su importancia radica en su potencial para limitar la propagación de vectores infecciosos, lo cual es importante para el caso de las infecciones gastrointestinales y en menor medida, para el de las enfermedades metaxénicas (dengue, leishmaniasis, chagas y fiebre amarilla, entre otras)⁷⁰ e infecciones respiratorias.
 - 2.2. De manera complementaria, se presenta información sobre el tipo de energía utilizada para cocinar. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares con cocinas a leña, bosta o carbón; se añade información sobre el uso de la chimenea como mecanismo de desfogue del humo de la cocina. Como se señala en diversos estudios, la ausencia de chimenea en las cocinas a leña, bosta o carbón dentro de la vivienda aumenta el riesgo de los miembros de ese hogar de contraer enfermedades respiratorias y oftalmológicas (Muñoz 2008).

⁷⁰ De acuerdo al Ministerio de Salud, en el caso de enfermedades metaxénicas los departamentos más afectados son Loreto, San Martín, Cajamarca, Madre de Dios y Ayacucho. En segundo lugar destacan Tumbes, Piura, Amazonas, Ucayali, Pasco, Junín y Huancavelica. Como se verá en las tablas de esta sección, la mayoría de estos departamentos cuentan con servicios de agua y desagüe precarios que podrían estar exacerbando estos problemas de salud. Como ocurre en el caso de las enfermedades diarreicas agudas, el acceso a este tipo de instalaciones de agua y desagüe es uno de los factores que propician su aparición, pero no el único.

3. Información asociada a la dimensión de educación:

- 3.1. Tasa de conclusión en la educación primaria entre los 12 y 13 años.
- 3.2. Tasa de conclusión en la educación secundaria entre los 17 y 18 años.

La situación de los departamentos en términos de pobreza y acceso a servicios básicos tiende a ser la misma que la que se observa en la dimensión de educación: un tercio de los departamentos menos aventajados en términos de pobreza y servicios básicos es a su vez el que presenta las menores tasas de conclusión en primaria y secundaria en la edad esperada, a excepción del departamento de Puno.

4. Información relacionada con el acceso a la identidad:

- 4.1. Proporción de niños y niñas menores de 1 año que tiene partida de nacimiento (no incluye a los menores de 1 mes).
- 4.2. Proporción de niños y niñas menores de 5 años que tiene partida de nacimiento (no incluye a los menores de 1 mes).
- 4.3. Proporción de jóvenes de 18 a 20 años que tiene Documento Nacional de Identidad (DNI).

5. Información asociada a la etapa de transición a la vida adulta, que evidencia la necesidad de contar con programas de salud reproductiva que permitan a las y los adolescentes acceder a información para la toma de decisiones en esta etapa y; en el caso de los que opten por constituir una familia, proveerles la orientación y atención en salud para reducir riesgos y mejorar sus condiciones de vida.

- 5.1. Proporción de adolescentes mujeres entre los 15 y 18 años casadas o que conviven con su pareja. En el CD que acompaña al estudio se incluye la proporción de hombres de 15 a 18 años casados o convivientes, la cual fluctúa entre 3% y 7% a nivel departamental, tasa sustantivamente menor a la de sus pares mujeres, que fluctúa entre 8% y 25% a nivel departamental.
- 5.2. Proporción de adolescentes mujeres entre los 15 y 20 años que han experimentado la maternidad.

PERÚ

Departamento	ETNICIDAD					Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN		PROTECCIÓN				
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)*					CARACTERÍSTICAS GENERALES						Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas con partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años con DNI (%)	Adolescentes mujeres que conviven o casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
						Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Pobreza monetaria (%)			Áreas rurales (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)			
	SALUD																	
Amazonas	0.1	0.0	0.0	19.3	80.4	71	60	82	8	36	28	54	25	84	92	76	21	26
Áncash	29.1	0.0	0.0	0.1	70.7	39	41	59	14	70	49	63	47	93	97	91	10	15
Apurímac	60.6	0.1	0.0	0.0	39.1	78	56	87	20	57	29	65	39	94	98	91	12	17
Arequipa	5.2	0.3	0.0	0.2	94.2	30	10	18	16	81	70	77	73	91	96	91	7	10
Ayacucho	52.5	0.1	0.1	0.1	47.2	73	44	80	20	57	36	60	37	90	96	91	14	20
Cajamarca	0.3	0.0	0.0	0.1	99.4	65	71	82	12	56	26	61	32	91	96	87	16	19
Callao	0.7	0.1	0.0	0.2	98.9	23	0	3	16	80	82	78	70	92	95	92	8	13
Cusco	43.3	0.1	0.4	1.2	54.9	61	50	71	26	63	47	67	48	91	96	89	11	15
Huancavelica	56.4	0.1	0.0	0.0	43.4	84	72	90	15	33	17	61	34	95	99	92	11	18
Huánuco	23.6	0.1	0.1	0.1	75.9	73	62	77	18	35	32	54	34	88	94	86	14	20
Ica	0.8	0.1	0.0	0.0	98.9	20	11	16	15	78	61	82	67	92	96	92	12	16
Junín	2.6	0.0	4.4	0.9	92.0	44	36	60	33	59	51	74	56	91	96	86	11	16
La Libertad	0.1	0.0	0.0	0.1	99.7	50	30	47	19	60	50	64	52	88	94	87	12	16
Lambayeque	2.7	0.0	0.0	0.1	97.0	42	24	42	16	67	57	70	59	91	95	88	11	13
Lima	0.9	0.1	0.0	0.1	98.8	23	2	6	17	83	83	82	71	92	95	91	7	11
Loreto	0.6	0.0	0.0	7.9	91.3	65	39	76	4	32	32	57	35	67	79	77	23	30
Madre de Dios	3.4	0.2	0.0	2.6	93.5	17	24	52	8	69	47	74	57	84	92	79	21	27
Moquegua	5.5	2.3	0.0	0.2	91.9	26	14	27	13	81	71	81	73	96	98	94	9	14
Pasco	1.6	0.1	2.6	0.6	95.0	64	41	60	43	38	32	75	57	85	93	89	12	16
Piura	0.0	0.0	0.0	0.1	99.6	49	30	62	8	61	42	64	50	86	93	85	12	16
Puno	29.8	18.7	0.0	0.0	51.3	69	51	70	19	42	33	77	57	94	98	92	10	12
San Martín	0.5	0.0	0.0	0.6	98.7	51	39	71	6	49	30	67	39	87	93	81	25	28
Tacna	0.5	2.8	0.0	0.1	96.5	24	8	15	15	89	81	78	72	91	97	92	9	11
Tumbes	0.1	0.0	0.0	0.0	99.7	29	9	23	9	74	58	79	56	88	93	82	18	21
Ucayali	0.3	0.1	5.2	8.0	86.3	39	28	55	8	40	31	68	45	72	80	80	23	28
Nacional	10.1	1.0	0.4	1.0	87.4	45	29	45	16	64	54	71	56	89	94	89	11	15

Nota: El Censo Nacional 2007 identifica como áreas rurales a los centros poblados de hasta 100 viviendas y a las capitales distritales de cualquier tamaño.

* No incluye a los niños y niñas con lengua materna extranjera o sordomudos. En el CD, que acompaña este estudio, se incluyen todas las lenguas disponibles en el censo.

Fuente: Censo Nacional 2007 y ENAHO 2009, INEI.

AMAZONAS

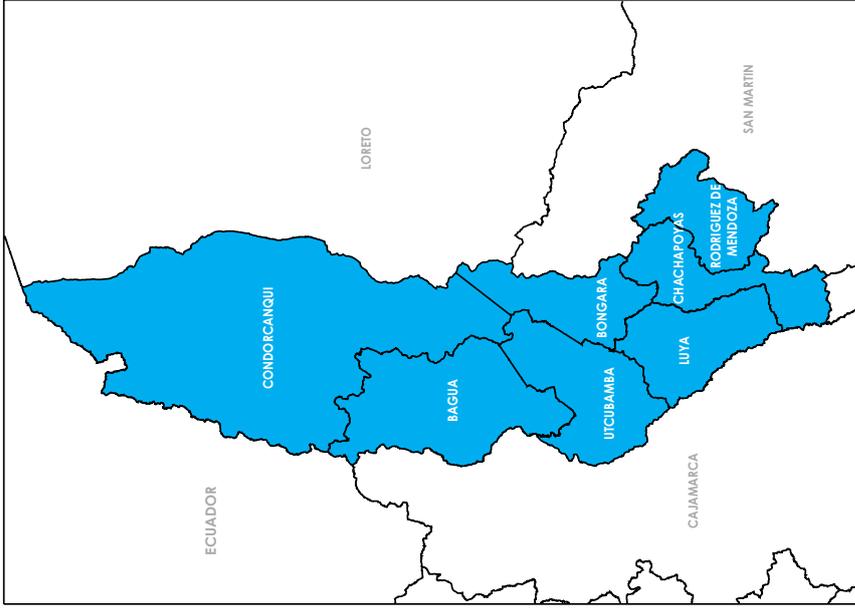


Amazonas es uno de los departamentos del país con una mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que reside en las zonas rurales y que se encuentra en condición de pobreza: 6 de cada 10 niños y niñas reside en centros poblados con menos de 100 viviendas y 7 de cada 10 vive en condición de pobreza.

La mayor parte de los niños, niñas y adolescentes reside en viviendas que no cuentan con las condiciones mínimas necesarias para su adecuado desarrollo: El acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento es de 36% y 28%, respectivamente; y el 82% reside en hogares donde se cocina a leña, carbón o bosta (en dichas viviendas el 92% no cuenta con chimenea).

Amazonas, junto con Loreto, es uno de los departamentos que concentra el mayor número de niños y niñas indígenas de la Amazonía; alrededor de 32 mil (19.3%) reporta como materna una lengua originaria de la Amazonía⁷¹. Las provincias que concentran a la mayor parte de niñez indígena son Condorcanqui y Bagua con 92.7% y 31.1%, respectivamente.

Como se observa en la tabla, las provincias son desiguales en el acceso a servicios básicos, como agua y saneamiento, en la culminación de la primaria y secundaria en la edad esperada, en el acceso a la identidad y en el inicio de la convivencia y la maternidad. La provincia que muestra los indicadores más alarmantes es Condorcanqui, donde el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento alcanza solo al 7% y 2% de los niños, niñas y adolescentes, respectivamente; mientras el promedio departamental es 5 veces más en el acceso al agua (36%) y 14 veces más en el acceso a saneamiento (28%). En esta provincia el 27% de los niños y niñas culmina la primaria en la edad esperada y solo el 6% de los y las adolescentes culmina a tiempo la educación secundaria, siendo sustantivamente menores a los que se presentan en provincias como Chachapoyas y Bagua. En Condorcanqui poco más de la mitad de los niños y niñas menores de un año cuenta con partida de nacimiento (56%) y el 65% de los y las jóvenes de 18 a 20 años cuenta con DNI. El inicio precoz de la vida conyugal entre las adolescentes de Condorcanqui hace evidente la necesidad de contar con políticas y programas que atiendan sus necesidades. Cabe destacar que, los departamentos que presentan una mayor proporción de adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad son Amazonas (26%), junto con Loreto (30%), Madre de Dios (27%), San Martín (28%) y Ucayali (28%).



⁷¹ La aproximación de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria se calcula en base al reporte de población menor de 18 años de edad en la provincia o el departamento en cuestión y el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reporta hablar esa lengua. Ambos datos aparecen en el CD que acompaña este estudio.

AMAZONAS

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		ETNICIDAD		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN		PROTECCIÓN							
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		CARACTERÍSTICAS GENERALES			SALUD			Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)			Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
			Quechua	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)					Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
Chachapoyas	0.1	0.0	99.6	34	68	63	9	62	60	61	35	96	99	89	11	17				
Bagua	0.2	31.1	68.5	59	41	77	7	45	27	60	34	81	90	74	23	26				
Bongará	0.0	0.1	99.6	43	51	77	7	46	40	58	21	95	98	81	20	24				
Condorcanqui	0.0	92.7	7.0	86	8	97	0	7	2	27	6	56	75	65	36	41				
Luya	0.0	0.0	99.7	62	48	94	12	26	30	52	22	95	98	79	18	26				
Rodríguez de Mendoza	0.1	0.0	99.6	69	46	86	9	38	30	58	20	93	98	81	20	27				
Utcubamba	0.1	0.1	99.6	60	39	80	10	37	25	59	28	91	96	73	20	24				
Departamento	0.1	19.3	80.4	60	41	82	8	36	28	54	25	84	92	76	21	26				

Fuente: REDATAM.

ÁNCASH

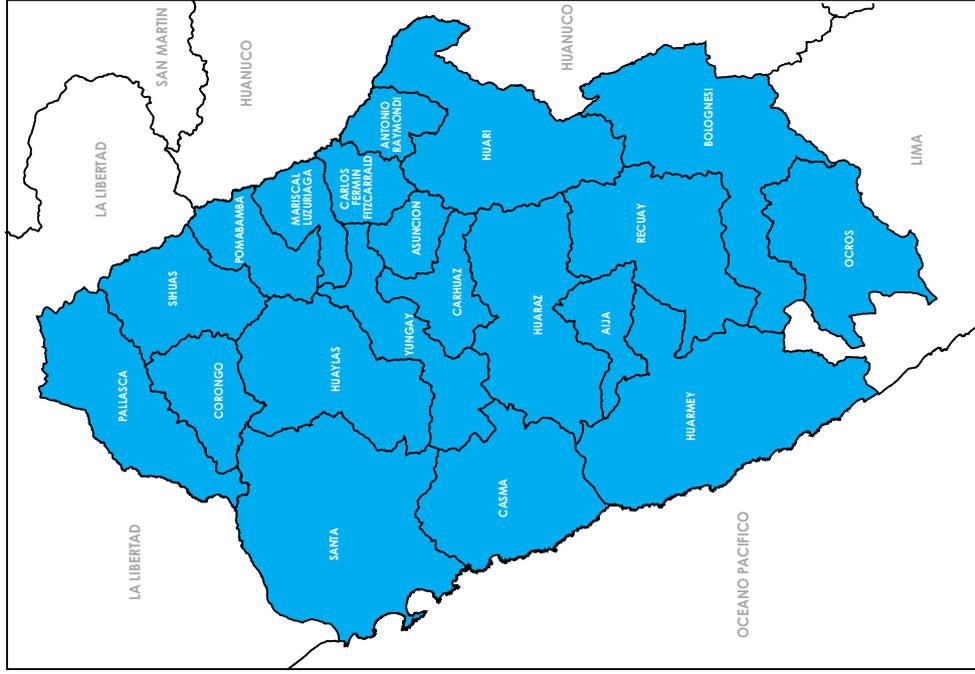


En Áncash, el 29.1% de los niños, niñas y adolescentes (alrededor de 116.5 mil) tiene el quechua como lengua materna. Las provincias que tienen mayor concentración de niños y niñas con lengua materna quechua son Carhuaz (65%), Yungay (66.8%), Antonio Raymondi (68.2%), Asunción (69.9%), Huarí (74.3%), Pomabamba (80.4%), Mariscal Luzuriaga (85.3%) y Carlos Fermín Fitzcarrald (87%); en las últimas cuatro bordea el 80% de los niños y niñas de cada provincia.

En este departamento, el 41% de sus niños, niñas y adolescentes reside en las zonas rurales y el 39% vive en situación de pobreza. Como se muestra en la siguiente tabla, el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento por parte de los niños y niñas ancashinos es de 70% y 49%, respectivamente. Sin embargo, se presenta una alta variabilidad entre las provincias: el acceso a fuentes mejoradas de agua alcanza a menos de la tercera parte en Carlos Fermín Fitzcarrald (10%), Pallasca (12%), Sihuas (26%) y Mariscal Luzuriaga (27%). Como ocurre en otras provincias del país, el acceso a fuentes mejoradas de saneamiento es bastante menor al de agua, en especial en Antonio Raymondi (20% frente a 84%), Carhuaz (36% frente a 80%) y Huarí (26% frente a 81%). La heterogeneidad al interior de Áncash resalta cuando solo un 15% de los hogares en la provincia de Santa, donde se ubica la ciudad de Chimbote, cocina a leña, carbón o bosta, mientras en Mariscal Luzuriaga lo hace el 99%.

La provincia Carlos Fermín Fitzcarrald presenta los indicadores más bajos en educación: solo el 36% de los niños y niñas culmina la primaria a tiempo, frente al 63% del promedio departamental; y solo el 14% de los y las adolescentes culmina la secundaria en la edad esperada, siendo el promedio departamental de 47%.

En el departamento de Áncash, en contraste con lo que ocurre en Amazonas y Loreto, las diferencias entre provincias son bastante reducidas en lo que es acceso a partida de nacimiento en los niños y niñas menores de 1 año (entre 88% y 99%) y entre los menores de 5 años (entre 94% y 99%), en el acceso al DNI (entre 85% y 95%) y en el inicio de la vida conyugal (entre 7% y 16%).



APURÍMAC

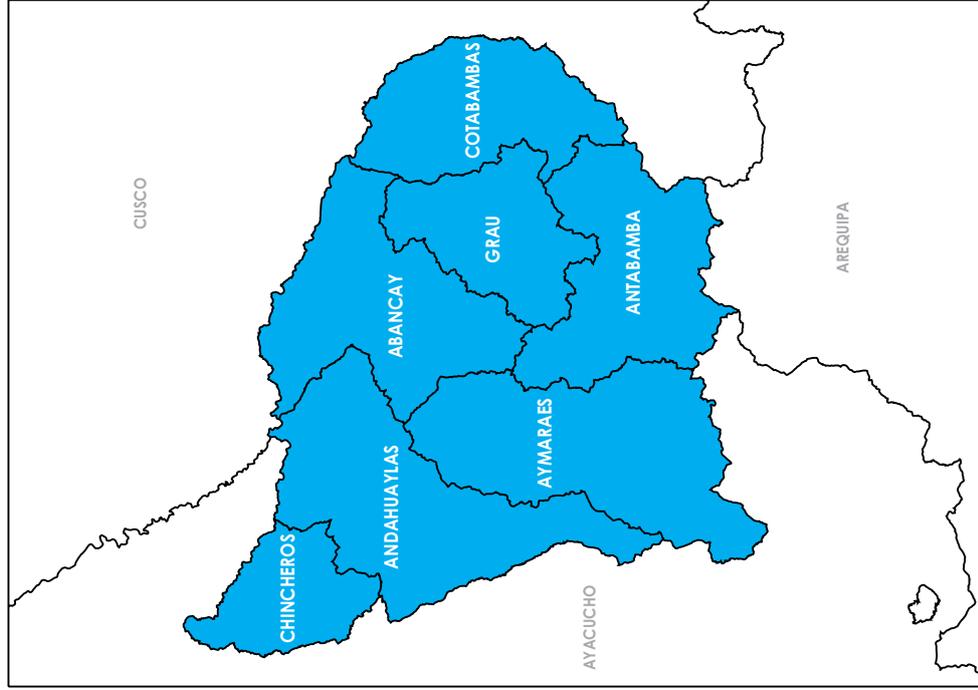


Apurímac es uno de los departamentos con mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que reside en las áreas rurales (56%) y que vive en condición de pobreza (78%), siendo el 2do. departamento más pobre del país. También es el que tiene una mayor cantidad de niños y niñas con lengua materna quechua (60.6%), alrededor de 108.3 mil.

Las provincias que concentran a más del 70% de su población más joven con lengua materna quechua son Cotabambas (88.2%), Chincheros (70.7%) y Grau (70.8%) que son a su vez en las que una mayor proporción reside en las zonas rurales (76%, 69% y 61%, respectivamente). Aunque son las que presentan, junto con Antabamba, las tasas más bajas de conclusión a tiempo de la primaria y secundaria en el departamento, las diferencias con las otras provincias, a excepción de Abancay, no son muy grandes.

En términos del acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe se observan grandes diferencias entre las provincias. Mientras el 23% de los niños y niñas de la provincia Grau tiene acceso a fuentes mejoradas de agua, esta proporción es de 78% en Andahuaylas. En cuanto al desagüe, solo el 10% accede en la provincia de Cotabambas frente al 54% en Abancay. Sin embargo, con relación al tipo de energía utilizado para cocinar las provincias utilizan en su gran mayoría la leña, carbón o bosta (entre 89% y 97%), salvo Abancay (68%).

No obstante esta heterogeneidad, las diferencias entre las provincias del departamento de Apurímac en el acceso a la partida de nacimiento entre los niños y niñas menores de 1 año (entre 91% y 96%) y los menores de 5 años (entre 97% y 99%), en el acceso al DNI (entre 85% y 94%) y en el inicio de la vida conyugal (entre 11% y 17%) son bastante reducidas, a diferencia de lo que ocurre en Amazonas o Loreto.

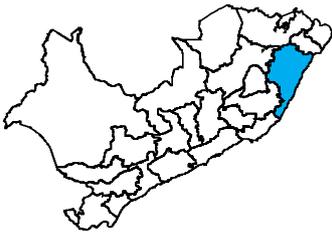


APURÍMAC

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años				EDUCACIÓN		PROTECCIÓN									
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		CAPACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%) Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%) Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%) Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)					
			Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostales/térmico para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostales/térmico) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)										
Abancay	40,341	32.6	0.1	0.0	67.0	38	72	68	13	58	54	74	57	93	98	91	12	15
Andahuaylas	64,216	64.4	0.1	0.0	35.3	57	65	89	21	78	33	66	37	96	99	94	11	16
Antabamba	5,160	61.8	0.1	0.1	37.8	26	50	96	11	26	12	62	28	95	98	85	15	25
Aymaraes	11,869	54.5	0.1	0.0	45.2	56	57	94	13	39	19	65	32	93	98	92	12	19
Cotabambas	22,146	88.2	0.1	0.0	11.6	76	32	97	20	29	10	53	22	91	98	85	17	23
Chincheros	23,870	70.7	0.1	0.0	28.9	69	48	97	30	55	11	63	29	95	98	91	11	18
Grao	11,174	70.8	0.1	0.1	28.8	61	53	96	16	23	13	55	25	92	97	85	17	23
Departamento	178,776	60.6	0.1	0.0	39.1	56	59	87	20	57	29	65	39	94	98	91	12	17

Fuente: REDATAM.

AREQUIPA

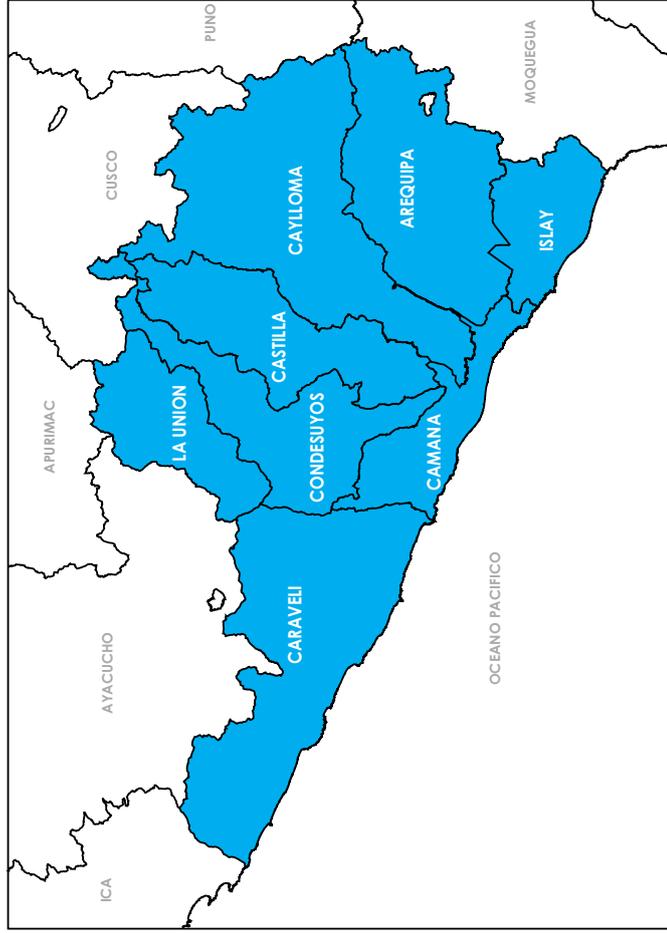


Arequipa es uno de los 8 departamentos menos pobres del país, con un 30% de sus niños, niñas y adolescentes que vive en esta condición. En todos los indicadores relacionados con el desarrollo de la niñez y adolescencia muestra un desempeño por encima del promedio nacional. Por ejemplo, el 81% accede a fuentes mejoradas de agua y el 70% a saneamiento, frente al promedio nacional de 64% y 54%, respectivamente. Asimismo, la proporción de niños y niñas de 0 a 17 años en cuyos hogares se cocina a leña, bosta o carbón es alrededor de la tercera parte (18%) del promedio nacional (45%). Más aun, la tasa de conclusión en la edad adecuada es superior al promedio tanto para la primaria (77%) como en la secundaria (73%).

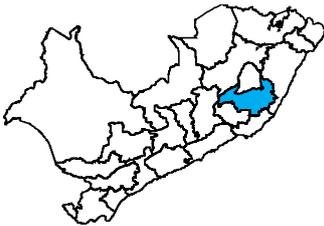
No obstante, el mejor desempeño del departamento en comparación con el promedio nacional, Arequipa muestra una gran heterogeneidad al interior. Por ejemplo, en las provincias de Condesuyos y La Unión solo el 48% y 49%, respectivamente, de los niños, niñas y adolescentes tienen acceso a fuentes mejoradas de agua, mientras el 30% y 16%, respectivamente, acceden a saneamiento; y el 69% y 93%, respectivamente, tienen cocinas a leña, carbón o bosta (frente al 18% a nivel departamental), en su gran mayoría sin chimenea que conduzca el humo fuera de la vivienda.

En Arequipa el 5.7% de la niñez y adolescencia tiene una lengua originaria como materna, con una mayor proporción de niños y niñas quechua hablantes (5.2%). La mayor parte de los 21.1 mil niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria se encuentran en las provincias de Arequipa (8,097), Caylloma (4,068) y La Unión (3,301).

La provincia de La Unión es la que presenta las menores tasas de conclusión de la primaria (53%) y secundaria (27%) del departamento y las mayores tasas de inicio de la vida conyugal (15%) y de mujeres adolescentes que han experimentado la maternidad (24%). Como se mencionó anteriormente, es una de las provincias que muestra los indicadores más alarmantes de acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento.



AYACUCHO

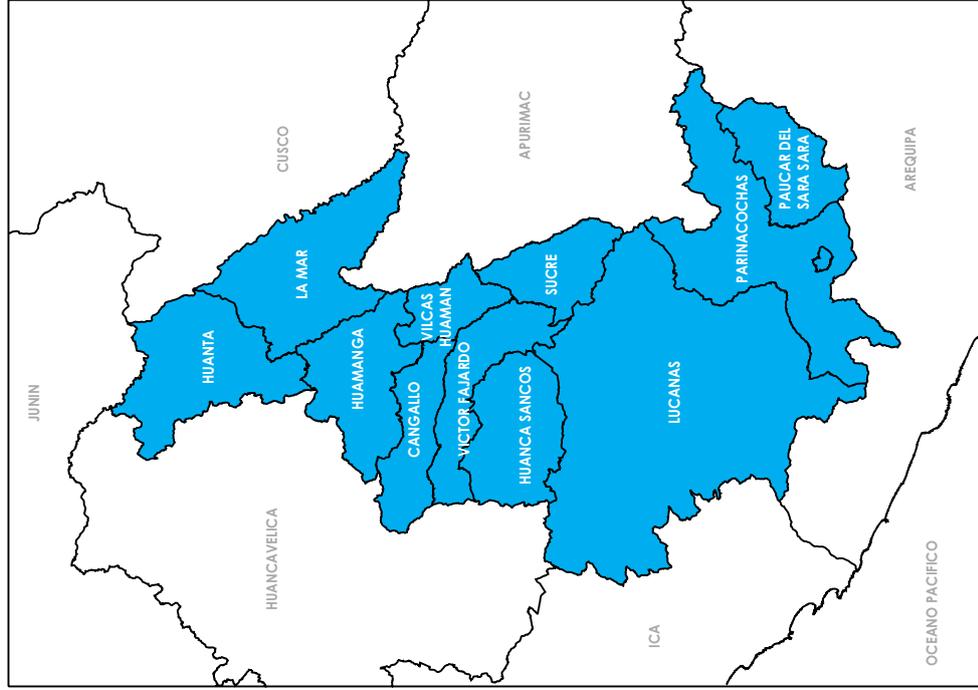


En Ayacucho, el 44% de los niños, niñas y adolescentes reside en las zonas rurales y el 73% vive en condición de pobreza, siendo el 3er. departamento con la tasa más alta de pobreza del país. Ayacucho es uno de los departamentos con la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes con lengua materna quechua (52.5%), alrededor de 136.3 mil.

En 7 de las 11 provincias del departamento más del 50% de los niños y niñas es quechua hablante, predominando las de Cangallo (86.9%), Vilcashuamán (83.7%), Víctor Fajardo (77.8%) y La Mar (77.2%). Estas provincias, a excepción de Víctor Fajardo, concentran un mayor porcentaje de niñez que reside en las zonas rurales (65%, 71% y 60%, respectivamente) y las que presentan las tasas más bajas de conclusión a tiempo de la primaria: 52% en Cangallo, 47% en Vilcashuamán y 43% en La Mar. En la secundaria las tasas de conclusión en la edad esperada son más bajas que el promedio departamental en las provincias de Huanca Sancos (25%), Víctor Fajardo (23%), Cangallo (20%), La Mar (18%), y Vilcashuamán (18%).

Las provincias que presentan un menor acceso a fuentes mejoradas de agua son las de La Mar (24%) y Huanca Sancos (25%); y las que tienen un menor acceso a fuentes mejoradas de saneamiento son Vilcashuamán (15%), Cangallo (18%) y Sucre (19%). En estas tres últimas provincias el 95% o más de los hogares cocinan con carbón, leña o bosta.

Aunque la proporción de adolescentes mujeres de 15 a 18 años que inicia su vida conyugal es relativamente homogénea en la mayoría de provincias, hay dos que muestran una proporción mayor: Huanta (18%) y La Mar (23%). Además, La Mar presenta el mayor porcentaje de adolescentes mujeres de 15 a 20 años que ha experimentado la maternidad con 32%.

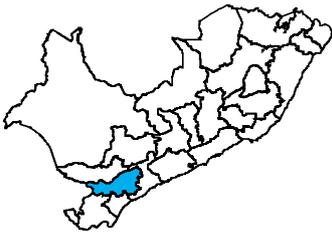


AYACUCHO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD					Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN					PROTECCIÓN									
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					CARACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)			Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
		Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostaléstercol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostaléstercol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostaléstercol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostaléstercol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	18 a 20 años	15 a 18 años	15 a 20 años	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)			
Huamanga	91,287	38.3	0.1	0.0	0.1	61.5	30	72	64	25	76	55	67	48	91	96	92	11	16								
Cangallo	15,256	86.9	0.1	0.0	0.0	12.8	65	37	97	36	47	18	52	20	96	98	96	13	20								
Huancá Sancos	4,344	67.3	0.1	0.0	0.0	32.4	30	52	93	16	25	22	56	25	96	98	96	11	20								
Huanta	43,613	55.6	0.1	0.1	0.1	43.9	55	47	84	9	50	34	58	31	83	94	86	18	25								
La Mar	39,369	77.2	0.1	0.2	0.1	22.3	60	26	93	15	24	25	43	18	87	95	89	23	32								
Lucanas	24,590	25.2	0.0	0.0	0.1	74.5	41	56	81	19	61	24	73	51	93	97	93	13	19								
Parínacochas	12,119	36.5	0.0	0.0	0.2	63.1	41	61	77	13	63	30	67	45	92	97	95	11	20								
Páucar del Sara Sara	4,052	22.6	0.1	0.0	0.2	76.8	31	76	81	26	75	24	71	49	89	96	92	10	22								
Sucre	5,327	60.0	0.1	0.0	0.0	39.8	37	60	95	8	63	19	69	38	92	97	92	15	25								
Víctor Fajardo	9,869	77.8	0.0	0.0	0.0	22.0	25	65	94	21	62	29	49	23	91	95	93	11	19								
Vilcashuamán	9,716	83.7	0.0	0.0	0.1	16.1	71	20	98	29	55	15	47	18	94	98	92	16	24								
Departamento	259,542	52.5	0.1	0.1	0.1	47.2	44	54	80	20	57	36	60	37	90	96	91	14	20								

Fuente: REDATAM.

CAJAMARCA



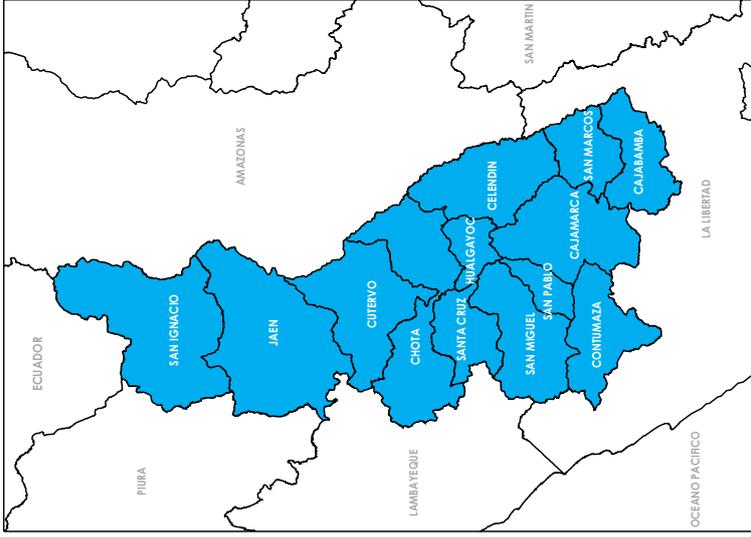
Cajamarca es el segundo departamento del país con la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que residen en las áreas rurales (71 %) y el séptimo con la más alta tasa de pobreza entre los niños y niñas menores de 18 años (65%). En comparación con otros departamentos, presenta indicadores menos favorables en la conclusión a tiempo de la educación primaria (61 %) y secundaria (32%), menor acceso a fuentes mejoradas de agua (56 %) y saneamiento (26%), y la mayor proporción de hogares con cocinas a leña, bosta o carbón sin chimenea (88%).

A nivel provincial, el departamento de Cajamarca presenta una gran heterogeneidad en el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento. En el caso del acceso a fuentes mejoradas de agua la cobertura oscila entre 12 % en Santa Cruz y 77 % en la provincia de Cajamarca. En el caso de las fuentes mejoradas de saneamiento la diferencia es bastante pronunciada entre las provincias de Cajamarca y Jaén con más del 40 % de cobertura y el resto de provincias del departamento, siendo las que tienen menor acceso las de San Miguel (12 %), San Pablo (13 %) y Santa Cruz (13 %).

Es importante señalar que, en todas las provincias de Cajamarca se observa el uso generalizado del carbón, la leña o la bosta para cocinar (entre 63 % y 95 %). Incluso en las provincias de Cajamarca y Jaén, con un menor porcentaje de niños y niñas que residen en las zonas rurales, con 50 % y 54 %, respectivamente, 6 de cada 10 vive en hogares donde se usa leña, bosta o carbón, proporción mayor a la observada a nivel nacional (45 %).

Como se mencionó anteriormente, el departamento en su conjunto muestra indicadores de conclusión a tiempo de la educación primaria y secundaria sustantivamente menores a los nacionales y la heterogeneidad interprovincial es bastante menor a la que se presenta en otros departamentos del país, en especial para el caso de conclusión de la primaria (entre el 53 % y el 69 %). Cabe destacar el caso de las provincias de Santa Cruz, San Miguel y Chota, donde más del 80 % de los niños, niñas y adolescentes reside en las zonas rurales, que presentan tasas mayores de conclusión de la primaria a tiempo (entre 69 % y 65 %) que el promedio departamental (61 %) y que las observadas en Cajamarca (63 %) y Jaén (64 %). En la tasa de conclusión de la secundaria la heterogeneidad es mayor (entre 18 % y 41 %) aunque se observan casos como el de Santa Cruz (37 %) con un desempeño superior al promedio departamental (32 %).

El inicio de la vida conyugal en Cajamarca ocurre a una edad más temprana que el promedio nacional: alrededor de 2 de cada 10 adolescentes mujeres de 15 a 20 años son madres y el 16 % entre los 15 y 18 años se encuentra unida a su pareja en convivencia o matrimonio. En particular, el 20 % o más de las adolescentes mujeres ha iniciado su vida conyugal en las provincias de San Ignacio (22 %) y San Marcos (20 %). En este sentido, los retos de los sectores salud y educación son importantes para apoyar a los y las adolescentes del departamento en su tránsito hacia la adultez.



CAJAMARCA

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años			Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años								EDUCACIÓN				PROTECCIÓN							
	ETNICIDAD			CARACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
	Quechua	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	niños de 12 a 13 años (%)	niños de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	niños de 18 a 20 años (%)	niños de 15 a 18 años (%)	niños de 15 a 20 años (%)	niños de 15 a 18 años (%)	niños de 15 a 20 años (%)			
Cajamarca	0.8	0.0	99.0	50	59	63	14	77	43	63	41	93	97	91	14	16							
Cajabamba	0.0	0.0	99.7	78	33	94	10	70	17	53	18	84	93	86	16	21							
Celendín	0.0	0.0	99.7	78	32	92	8	58	18	53	23	93	98	85	17	20							
Chota	0.2	0.0	99.6	82	36	91	9	45	17	65	32	94	98	85	15	17							
Contumazá	0.0	0.0	99.7	61	38	82	11	54	26	65	28	93	97	88	14	20							
Cutervo	0.0	0.0	99.7	83	18	93	14	40	17	57	25	92	97	90	16	19							
Huelgayoc	0.0	0.0	99.8	80	21	92	4	52	18	55	20	89	96	89	18	17							
Jaén	0.5	0.1	99.2	54	47	65	18	45	42	64	40	88	94	83	18	21							
San Ignacio	0.1	0.9	98.8	86	27	89	16	60	19	61	28	89	95	81	22	27							
San Marcos	0.0	0.3	99.5	81	22	91	6	66	17	54	20	88	96	86	20	22							
San Miguel	0.1	0.0	99.7	85	20	95	11	50	12	67	28	93	98	84	14	17							
San Pablo	0.1	0.0	99.8	86	16	94	9	54	13	54	21	95	98	90	17	24							
Santa Cruz	0.0	0.0	99.8	81	31	92	7	12	13	69	37	92	97	84	14	16							
Departamento	0.3	0.1	99.4	71	36	82	12	56	26	61	32	91	96	87	16	19							

Fuente: REDATAM.

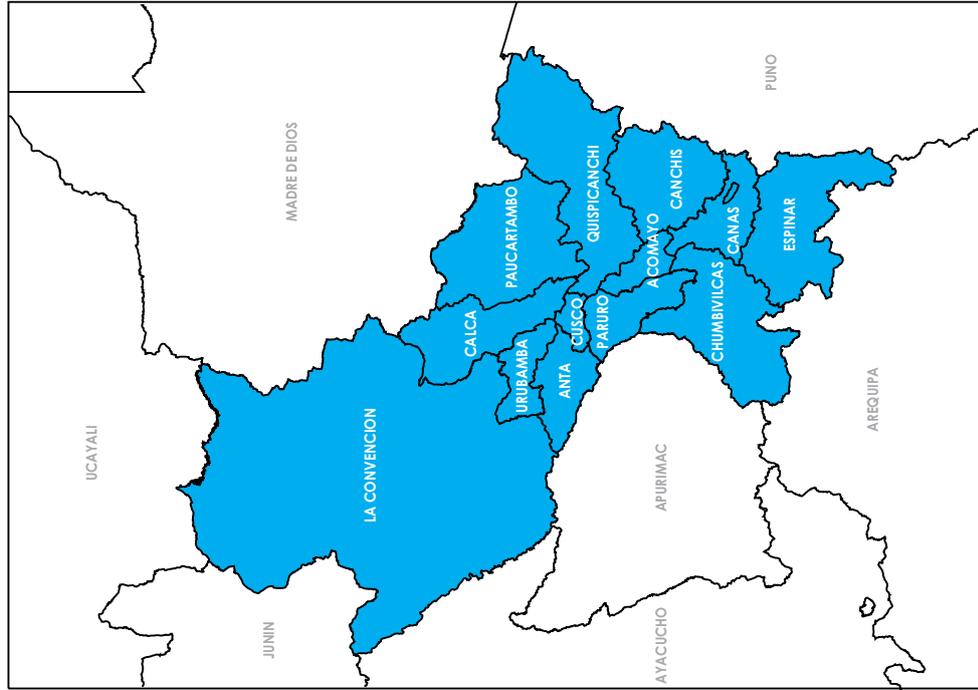
CUSCO



Cusco es el segundo departamento con la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria, alrededor de 214.7 mil, cifra que representa el 45% de los niños y niñas del departamento. En Cusco 1 de cada 2 niños y niñas (50%) reside en las zonas rurales y el 61% enfrenta condiciones de pobreza.

La lengua materna originaria predominante es el quechua, sin embargo, también se encuentran poblaciones que tienen como materna una lengua originaria de la Amazonía, resaltando el caso de la provincia de La Convención, donde el 2.6% de los niños y niñas tiene al asháninka como lengua materna y el 7.9% tiene como materna otra lengua originaria de la Amazonía. Las provincias que concentran a más del 80% de su población más joven con lengua materna quechua son Acomayo (82.3%), Paucartambo (83.2%), Canas (86.3%), Chumbivilcas (87.4%) y Paruro (89%). Estas provincias son las que presentan las tasas más bajas de conclusión a tiempo de la educación secundaria del departamento, con 34%, 17%, 32%, 24% y 23%, respectivamente. Como se puede observar, a mayor presencia de grupos etno-lingüísticos originarios, la proporción de alumnos y alumnas que termina a tiempo la secundaria decrece.

Es importante resaltar que, La Convención y Paucartambo son las provincias que muestran una proporción mayor de adolescentes mujeres que inician la vida conyugal, con 21% y 20%, respectivamente, y la maternidad a edad temprana, con 27% y 26%, respectivamente. Asimismo, muestran la menor cobertura de partida de nacimiento entre los niños y niñas menores de 1 año, con 82% y 89%, respectivamente, y de DNI entre los jóvenes de 18 a 20 años, con 86% y 89%, respectivamente. En el caso de Paucartambo, además, se presentan los indicadores menos favorables de conclusión a tiempo de la primaria (42%) y secundaria (17%).

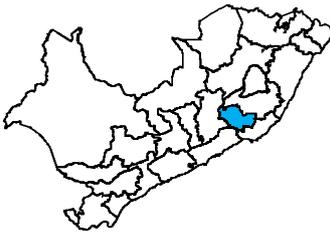


CUSCO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años										EDUCACIÓN					PROTECCIÓN																																																	
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		ETNICIDAD					CAPACTERÍSTICAS GENERALES					SALUD					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)					Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)					Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)																																		
			Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)					Hogares con chimenea (del total para cocinar (%)					Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)					Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)					Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)					Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)					Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)					1 - 11 meses					1 mes - 5 años					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)				
			Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)					Hogares con chimenea (del total para cocinar (%)					Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)					Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)					Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)					Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)					Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)					1 - 11 meses					1 mes - 5 años					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)				
Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)	Hogares con chimenea (del total para cocinar (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostalstécol (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)																																																	
Cusco	5.8	0.1	0.0	0.1	93.8	6	92	24	35	90	87	82	70	93	97	88	8	9																																																	
Acomayo	82.3	0.1	0.0	0.0	17.5	49	58	97	29	77	35	61	34	96	98	86	11	17																																																	
Ainta	23,456	0.0	0.0	0.0	45.0	65	72	94	31	62	28	64	41	96	98	91	8	14																																																	
Calca	28,030	0.1	0.0	0.0	38.1	67	60	87	26	53	37	60	35	90	95	88	11	16																																																	
Canas	17,675	0.1	0.0	0.0	13.5	85	39	96	29	33	14	64	32	96	99	90	9	14																																																	
Canchis	41,185	0.1	0.0	0.0	60.4	39	76	75	43	81	51	74	51	89	96	88	8	12																																																	
Chumbivilcas	36,562	0.1	0.0	0.0	12.4	78	18	96	11	41	16	55	24	91	97	91	12	19																																																	
Espinar	27,472	0.1	0.0	0.0	45.0	54	39	78	31	50	36	70	44	95	98	91	12	15																																																	
La Convención	68,804	0.1	2.6	7.9	66.5	71	42	83	5	28	36	65	34	82	90	86	21	27																																																	
Paruro	13,655	0.1	0.0	0.0	10.8	68	38	98	14	67	19	50	23	95	98	91	14	24																																																	
Paucartambo	22,292	0.1	0.1	0.5	15.9	83	48	96	29	56	27	42	17	89	95	89	20	26																																																	
Quispicanchi	36,851	0.1	0.0	0.0	29.9	69	55	91	37	64	30	55	34	92	96	91	12	18																																																	
Urubamba	22,019	0.1	0.0	0.0	62.2	56	84	78	47	69	41	67	45	96	98	89	8	13																																																	
Departamento	477,161	0.1	0.4	1.2	54.9	50	62	71	26	63	47	67	48	91	96	89	11	15																																																	

Fuente: REDATAM.

HUANCAVELICA



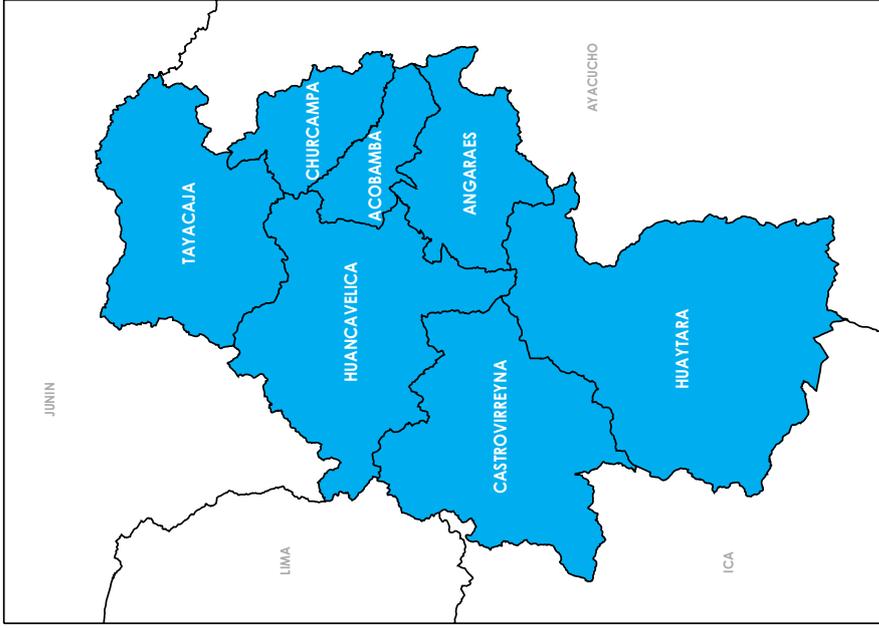
De todos los departamentos del país, Huancavelica es el más pobre y el que presenta el mayor índice de ruralidad: entre sus niños y niñas de 0 a 17 años, el 84% vive en situación de pobreza y el 72% reside en las áreas rurales. Asimismo, los porcentajes de conclusión a tiempo de la educación primaria (61%) y secundaria (34%) están por debajo del promedio nacional (71% y 56%, respectivamente). Como en otros departamentos, la población dispersa dificulta la aplicación de políticas públicas de apoyo.

En un contexto de alta ruralidad, la proporción de niños, niñas y adolescentes que accede a fuentes mejoradas de agua y saneamiento es la mitad (33% frente a 64%) y menos de la tercera parte (17% frente a 54%) de la que se presenta a nivel nacional. La cobertura más deficiente de agua y saneamiento se da en las provincias de Acobamba (28% y 15%), Castrovirreyña (23% y 9%), Churcampa (24% y 11%) y Tayacaja (24% y 15%) y con resultados más desiguales, en Huaytará (38% y 8%). El 90% de los hogares con niños y niñas de 0 a 17 años utiliza carbón, leña o bosta para cocinar; de dichos hogares solo el 15% tiene chimenea.

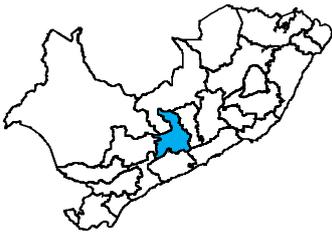
Huancavelica es uno de los departamentos con la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria. Alrededor de 118.4 mil tienen al quechua como lengua materna, cifra que representa el 56.4% de los niños y niñas del departamento. Las provincias donde más del 70% de su población de 3 a 17 años tiene como lengua materna al quechua son: Acobamba (81.4%), Churcampa (73.6%) y Angaraes (71.9%). Las únicas provincias con menos 20% de sus niños, niñas y adolescentes con lengua materna quechua son Castrovirreyña (7.1%) y Huaytará (18.6%).

Todas las provincias de Huancavelica muestran niveles de documentación en los niños y niñas menores de 5 años más altos (entre 97% y 99%) que el promedio nacional (94%). En el caso del acceso al DNI en los y las jóvenes de 18 a 20 años, el desempeño es bastante positivo, aunque las provincias de Tayacaja (85%), Churcampa (88%) y Huaytará (89%) todavía están por debajo del 90%.

En cuanto a la edad de inicio de la vida conyugal entre las adolescentes mujeres de 15 a 18 años, se observan indicadores similares (entre el 9% y 15%) al promedio nacional (11%). Sin embargo, el inicio de la maternidad es mayor en las provincias de Churcampa (24%), Huaytará (21%) y Tayacaja (21%).



HUÁNUCO



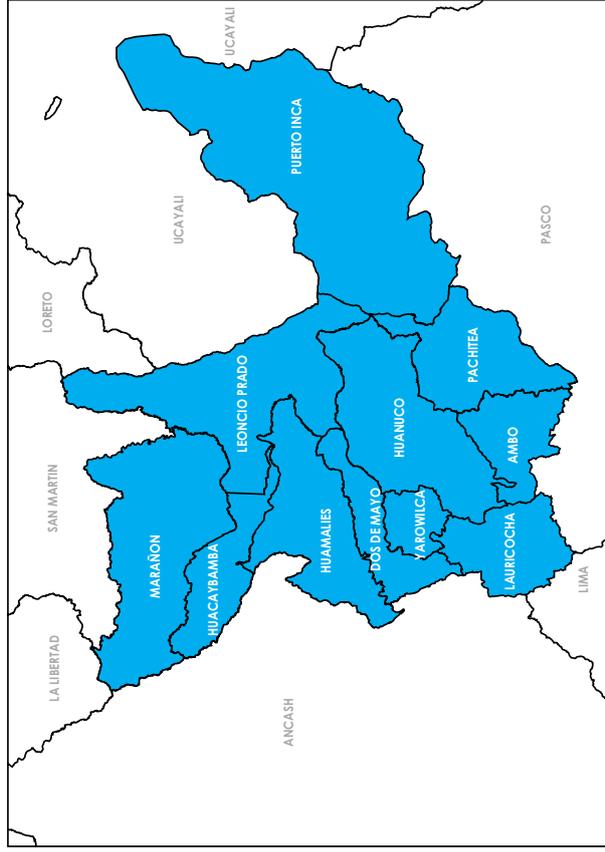
En Huánuco, el 62% de los niños, niñas y adolescentes reside en las áreas rurales y el 73% vive en condición de pobreza, siendo ambos porcentajes significativamente mayores al promedio nacional (29% y 45%, respectivamente)

Más de 80 mil niños, niñas y adolescentes de este departamento tienen como materna una lengua originaria; de los cuales el 23.6% son quechua hablantes y el 0.3% tiene alguna otra lengua originaria. Las provincias que concentran una mayor cantidad de niños y niñas con lengua materna quechua son Huacaybamba (73.7%), Yarowilca (47.5%), Huamaltes (43.6%) y Pachitea (37.8%). Cabe destacar el caso de Puerto Inca, donde el 1.6% de sus niños y niñas tiene al asháninka como lengua materna y el 2.9% tiene como materna otra lengua originaria de la Amazonía.

El acceso a servicios básicos es menor al promedio nacional y muy irregular al interior del departamento. Mientras más del 40% de los niños, niñas y adolescentes accede a fuentes mejoradas de agua y saneamiento en las provincias de Huánuco y Leoncio Prado, menos del 10% lo hace en Marañón y Puerto Inca. La proporción de hogares que cocina con carbón, leña o bosta fluctúa entre el 59%, en las provincias de Huánuco y Leoncio Prado, y el 99% en Huacaybamba.

En términos educativos las disparidades son similares: las provincias de Leoncio Prado y Huánuco son también las que presentan los niveles más altos de conclusión a tiempo de la secundaria (42% y 46%, respectivamente), mientras que las que tienen menores índices de conclusión son Huacaybamba (13%), Pachitea (13%), Marañón (15%) y Puerto Inca (16%).

Las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes de Puerto Inca llaman particularmente la atención. Si bien, en todos los casos los valores del departamento de Huánuco muestran condiciones menos favorables que las del promedio nacional, en esta provincia se observan valores más bajos aún. Respecto a la documentación, solo el 61% de los niños y niñas menores de 1 año tiene partida de nacimiento y el 66% de los y las jóvenes de 18 a 20 tiene DNI. El inicio de la vida conyugal y reproductiva entre las adolescentes es bastante más alto que el promedio nacional y departamental: el 34% de las adolescentes de 15 a 18 años ha iniciado su vida conyugal y el 40% de las que tienen entre los 15 y 20 años son madres.



HUÁNUCO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD					Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN				PROTECCIÓN							
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					CARACTERÍSTICAS GENERALES						niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
		Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o biostéercol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o biostéercol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que tienen DNI (%)	15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)						
		Áreas rurales (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o biostéercol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o biostéercol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)											
Huánuco	110,895	19.7	0.1	0.0	0.0	80.0	45	54	59	27	52	51	61	46	91	96	89	10	16					
Ambo	24,565	21.0	0.1	0.0	0.0	78.7	69	44	90	41	10	19	53	29	94	98	93	11	17					
Dos de Mayo	22,569	30.5	0.0	0.0	0.0	69.3	67	24	89	13	38	26	47	22	96	99	85	9	18					
Huacaybamba	10,314	73.7	0.1	0.0	0.0	25.9	83	47	99	7	47	17	40	13	97	98	83	16	20					
Huamalies	31,339	43.6	0.1	0.0	0.0	56.1	73	29	92	12	34	22	50	20	90	95	81	15	24					
Leoncío Prado	46,893	1.9	0.1	0.0	0.1	97.7	44	56	59	6	42	47	65	42	87	93	80	19	24					
Marañón	13,023	22.9	0.0	0.0	0.0	76.9	86	20	97	4	2	10	35	15	91	96	88	18	27					
Pachitea	29,604	37.8	0.1	0.0	0.0	61.9	87	15	96	7	15	14	34	13	77	91	85	18	29					
Puerto Inca	14,479	1.4	0.1	1.6	2.9	93.9	81	10	91	13	3	7	47	16	61	75	66	34	40					
Lauricocha	16,603	6.4	0.0	0.0	0.0	93.5	78	19	93	12	25	16	61	36	90	95	92	9	18					
Yarowilca	16,038	47.5	0.1	0.0	0.0	52.2	77	22	90	34	21	12	47	25	95	98	93	11	18					
Departamento	336,322	23.6	0.1	0.1	0.1	75.9	62	39	77	18	35	32	54	34	88	94	86	14	20					

Fuente: REDATAM.

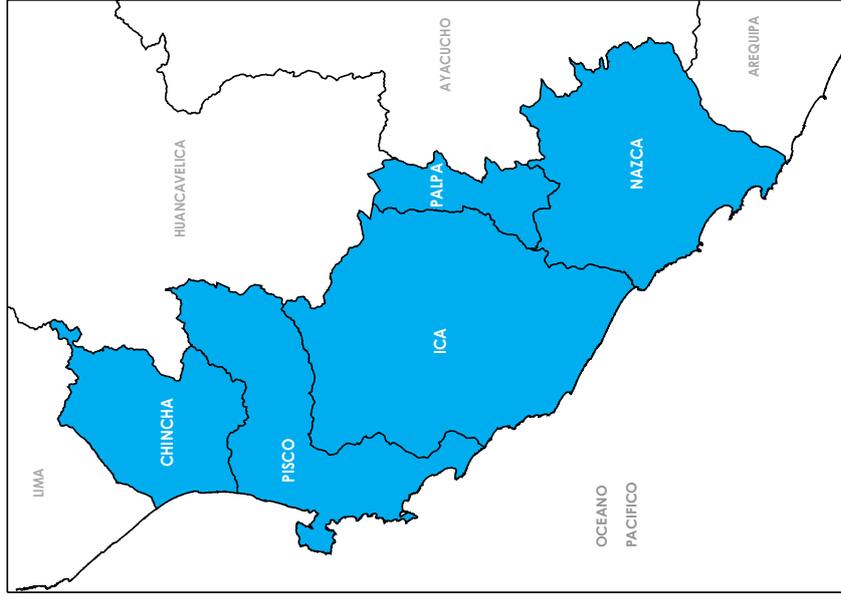
ICA



Con el 20% de los niños y niñas de 0 a 17 años en situación de pobreza y el 11% que reside en las áreas rurales, Ica es uno de los departamentos menos pobres y menos rurales del país. En términos generales, Ica presenta indicadores de entorno y desempeño de sus niños, niñas y adolescentes bastante favorables en comparación al promedio nacional. Sin embargo, ha enfrentado en los últimos años un reto complejo tras el terremoto del 15 de agosto del año 2007⁷².

Como se observa en el cuadro, los niños, niñas y adolescentes de Ica tienen en su mayoría el castellano como lengua materna (98.9%). Sin embargo, en todas las provincias del departamento residen niñas y niños de 3 a 17 años que tienen al quechua como lengua materna, siendo alrededor de 1,970 en todo el departamento (0.8%). La provincia de Palpa, donde el 32% de sus niños y niñas reside en las áreas rurales, presenta indicadores menos favorables en la situación de la niñez y adolescencia: casi la mitad de los hogares usa carbón, leña o bosta para cocinar (48%), solo el 47% accede a fuentes mejoradas de saneamiento, el 78% termina la primaria a tiempo y el 62% la secundaria.

La heterogeneidad entre las provincias existe pero no es tan marcada como en otros departamentos del país, en especial en relación a la tasa de conclusión a tiempo en la primaria (entre 78% y 83%) y secundaria (entre 62% y 70%), el acceso a la partida de nacimiento en los menores de 1 año (entre 91% y 93%), el acceso al DNI en los y las jóvenes de 18 a 20 años (entre 90% y 93%), el inicio de la vida conyugal entre las adolescentes mujeres de 15 a 18 años (entre 10% y 13%) y de la maternidad entre las de 15 a 20 años (entre 14% y 18%). La mayor heterogeneidad se observa en el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento, siendo las provincias de Pisco y Palpa las menos favorecidas del departamento de Ica: Pisco presenta el menor porcentaje de acceso a agua (68%) y Palpa el menor acceso a saneamiento (47%).



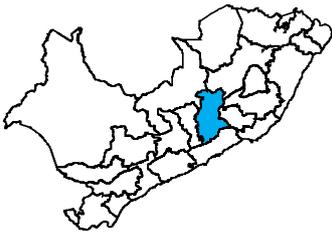
⁷² Es importante señalar que, los datos del Censo Nacional 2007 fueron recogidos entre el 21 de octubre y el 4 de noviembre de ese año, es decir, luego del terremoto. Sin embargo, más allá de la información de la cobertura de servicios básicos, la naturaleza de las preguntas del censo permite capturar parcialmente las nuevas dificultades que enfrenta la población más joven de este departamento.

ICA

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD			Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN		PROTECCIÓN				
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)			CARACTERÍSTICAS GENERALES						Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
		Quechua	Aymara	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)			1 - 11 meses	1 mes - 5 años			
Ica	107,014	0.9	0.1	98.8	8	81	15	14	85	60	83	70	92	96	93	10	14
Chincha	69,901	0.5	0.1	99.3	11	77	16	13	75	63	80	65	92	96	93	13	18
Nazca	20,041	1.2	0.0	98.6	12	80	18	29	71	73	83	63	93	97	90	10	15
Palpa	4,392	0.4	0.1	99.3	32	75	48	16	83	47	78	62	91	96	91	11	18
Pisco	44,944	1.0	0.1	98.7	13	66	16	10	68	53	80	64	91	96	90	13	18
Departamento	246,292	0.8	0.1	98.9	11	77	16	15	78	61	82	67	92	96	92	12	16

Fuente: REDATAM.

JUNÍN

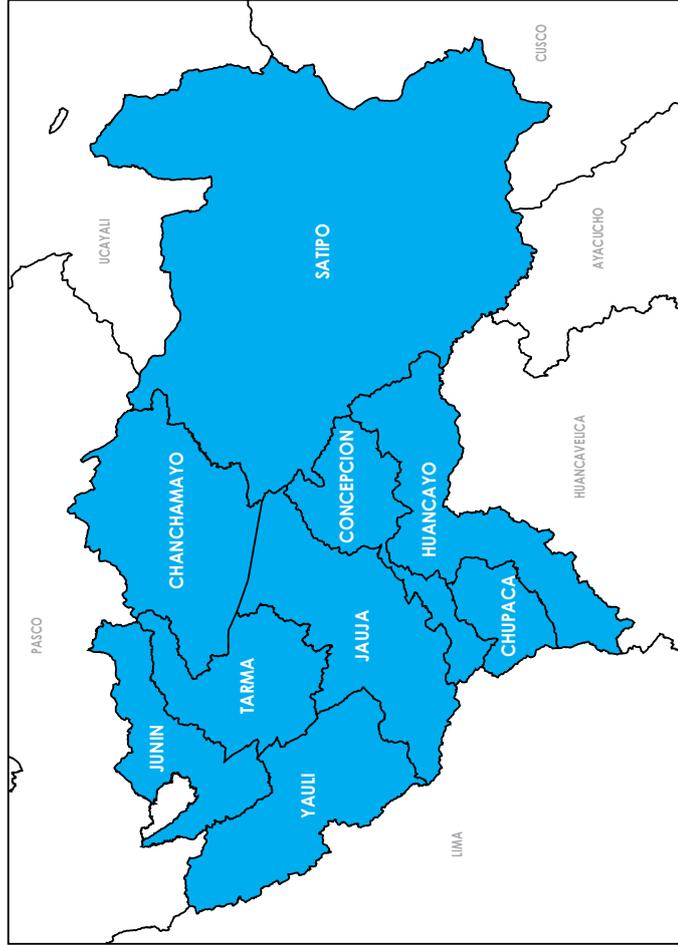


En Junín el 36% de sus niñas, niños y adolescentes reside en las áreas rurales y el 44% vive en situación de pobreza. Este departamento concentra la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes con lengua materna asháninka del país, alrededor de 21.3 mil, los que se encuentran concentrados en Satipo, la más rural de las provincias de Junín con 75% y con índices relativamente bajos de hogares con electricidad (36%) en comparación con el promedio departamental (71%).

Junín muestra grandes heterogeneidades al interior, tanto en el acceso a servicios básicos como en el desempeño educativo, especialmente en la conclusión a tiempo de la secundaria y en la transición a la vida adulta. En el caso del acceso a fuentes mejoradas de agua, la cobertura en las provincias varía entre 3% (Junín) y 86% (Huancayo), mientras que en el acceso a saneamiento oscila entre 26% (Satipo) y 72% (Huancayo).

En Junín la proporción de niños, niñas y adolescentes que completa a tiempo la primaria (74%) y la secundaria (56%) es similar al promedio nacional (71% y 56%, respectivamente). Sin embargo, las provincias de Chanchamayo y Satipo muestran indicadores bastante desalentadores de conclusión a tiempo de la primaria, con 68% y 60%, respectivamente; y en la secundaria de 43% y 34%, respectivamente. Estas provincias son también las que presentan menor cumplimiento del derecho a la identidad, tanto en los niños y niñas menores de 5 años (94% y 93%, respectivamente) como en los y las jóvenes de 18 a 20 años (84% y 79%, respectivamente).

La heterogeneidad es también significativa en el inicio de la vida conyugal y la maternidad: la proporción de mujeres adolescentes de 15 a 18 años unidas en convivencia o matrimonio asciende a 18% en Chanchamayo y a 23% en Satipo. Asimismo, el 24% y 29% de las jóvenes de 15 a 20 años de las provincias de Chanchamayo y Satipo, respectivamente, son madres. Esto impone retos importantes a los sectores educación y salud para la población joven del departamento.



JUNÍN

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD					Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN					PROTECCIÓN									
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					CARACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)			Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)					
		Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)		Hogares con electricidad (%)		Hogares que utilizan carbón, leña o bostatétricol para cocinar (%)		Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostatétricol) (%)		Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)		Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		1 - 11 meses	1 mes - 5 años			
Huancayo	172,028	4.1	0.0	0.0	0.1	95.6	14	86	39	37	86	72	81	70	93	97	89	7	10								
Concepción	24,569	3.8	0.0	0.0	0.1	96.0	53	72	85	40	49	31	71	53	96	98	87	8	15								
Chanchamayo	71,887	1.3	0.0	3.9	0.3	94.2	44	58	66	27	48	49	68	43	89	94	84	18	24								
Jauja	35,883	0.3	0.0	0.0	0.0	99.5	33	83	77	66	52	36	77	60	93	97	86	7	13								
Junín	11,503	2.8	0.1	0.0	0.0	97.0	29	79	67	68	3	33	70	56	94	98	93	10	11								
Satipo	88,975	2.7	0.1	21.1	4.2	71.8	75	36	87	11	25	26	60	34	85	93	79	23	29								
Tarma	41,302	1.5	0.0	0.0	0.1	98.4	37	84	57	42	63	50	71	49	95	97	91	9	14								
Yauli	18,033	0.5	0.0	0.0	0.1	99.3	11	87	15	78	80	71	80	62	96	98	92	10	17								
Chupaca	19,459	0.8	0.0	0.0	0.2	98.9	42	73	74	27	56	32	83	70	95	98	87	8	13								
Departamento	483,739	2.6	0.0	4.4	0.9	92.0	36	71	60	33	59	51	74	56	91	96	86	11	16								

Fuente: REDATAM.

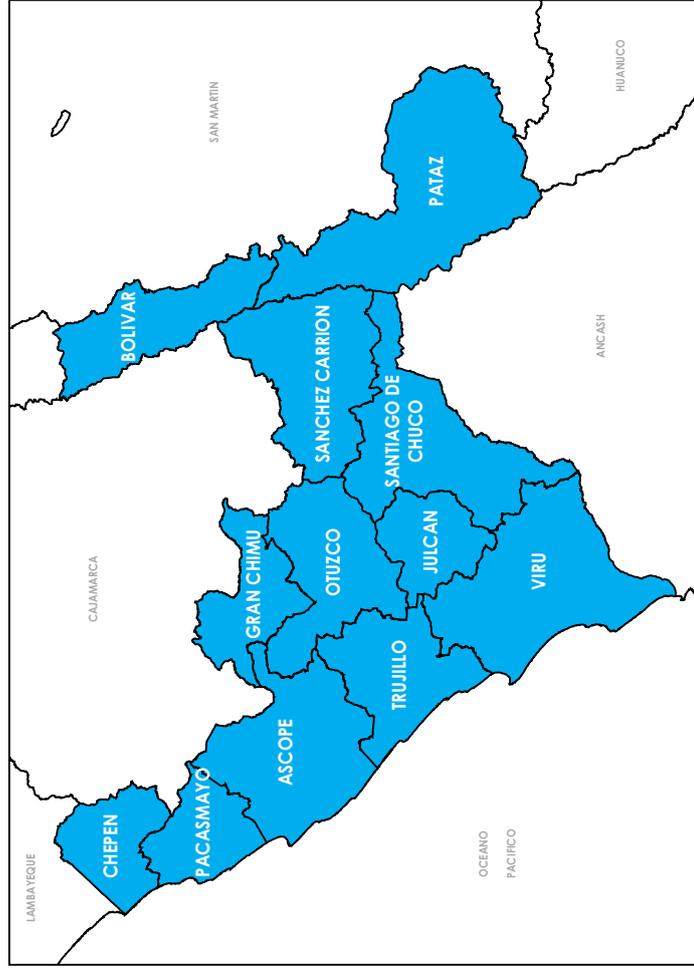
LA LIBERTAD



La Libertad, en promedio, muestra indicadores de acceso a fuentes mejoradas de agua (60%) y saneamiento (50%), conclusión a tiempo de la primaria (64%) y la secundaria (52%), y de cumplimiento del derecho a la identidad entre los niños y niñas menores de 1 año (88%), ligeramente por debajo del promedio nacional. Con un 50% de los niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza, se ubica por encima del promedio nacional (45%).

A pesar de ser un departamento homogéneo en términos etno-lingüísticos, con un 99,7% de sus niños y niñas de 3 a 17 años con lengua materna castellana, presenta una gran heterogeneidad interprovincial en los indicadores de desarrollo de su niñez y adolescencia. El mayor contraste se observa en el acceso a fuentes mejoradas de agua, entre 6% en la provincia de Bolívar y 85% en Trujillo; y a saneamiento, entre 5% en Julcán y 76% en Trujillo. Similar tendencia muestran los indicadores de conclusión a tiempo de la educación primaria y secundaria, donde cuatro provincias tienen valores por encima del promedio nacional que es 71% y 56%, respectivamente: Trujillo (75% y 66%), Ascope (76% y 60%), Chepén (75% y 56%) y Pacasmayo (74% y 59%). En contraste, las provincias donde menos del 50% de los niños y niñas concluye a tiempo la primaria son Bolívar (45%), Pataz (44%) y Sánchez Carrión (36%) y en el caso de la conclusión a tiempo de la secundaria, son Bolívar (18%), Sánchez Carrión (19%), Pataz (20%), Julcán (21%), Otuzco (23%), Santiago de Chuco (25%), Gran Chimú (25%) y Virú (38%).

La tasa de documentación entre los y las jóvenes de 18 a 20 años es bastante homogénea en las 12 provincias del departamento (entre 82% y 89%), salvo por Pataz donde solo un 79% tiene DNI. Es importante resaltar que 2 de cada 10 adolescentes de 15 a 18 años inicia su vida conyugal en la provincia de Virú, mientras que la proporción de madres entre las jóvenes de 15 a 20 años es mayor al 20% en las provincias de Bolívar (21%), Otuzco (21%), Julcán (22%), Pataz (23%), Gran Chimú (25%) y Virú (26%).



LA LIBERTAD

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD			Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN		PROTECCIÓN				
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)			CARACTERÍSTICAS GENERALES			SALUD			Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
		Quechua	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostalétricol (%)	Hogares con chimenea (del total para cocinar (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostalétricol (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostalétricol (%)			Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)			
Trujillo	271,034	0.1	0.1	99.6	3	90	15	33	85	76	75	66	88	93	89	9	12
Ascope	38,327	0.0	0.1	99.7	12	80	27	36	51	64	76	60	87	94	88	13	17
Bolívar	8,213	0.1	0.4	99.5	68	41	98	7	6	12	45	18	87	93	82	14	21
Chepén	27,266	0.1	0.1	99.8	20	71	45	30	70	52	75	56	91	96	88	15	18
Julián	15,296	0.0	0.0	99.8	87	20	99	18	29	5	53	21	89	94	87	16	22
Otuzco	37,370	0.0	0.1	99.7	79	36	95	10	51	15	53	23	87	94	84	15	21
Pacasmayo	32,704	0.0	0.1	99.8	7	83	32	31	69	49	74	59	92	96	88	13	17
Pataz	36,107	0.4	0.1	99.3	77	52	90	7	13	13	44	20	87	95	79	15	23
Sánchez Carrión	67,067	0.0	0.0	99.8	76	24	96	14	14	18	36	19	86	94	82	14	20
Santiago de Chuco	25,891	0.1	0.0	99.8	67	32	97	18	31	18	55	25	91	96	88	14	20
Gran Chimú	11,769	0.0	0.0	99.8	80	26	87	11	50	19	53	25	89	95	84	16	25
Virú	30,410	0.0	0.1	99.7	23	69	56	36	62	34	59	38	91	94	89	21	26
Departamento	601,454	0.1	0.1	99.7	30	68	47	19	60	50	64	52	88	94	87	12	16

Fuente: REDATAM.

LAMBAYEQUE



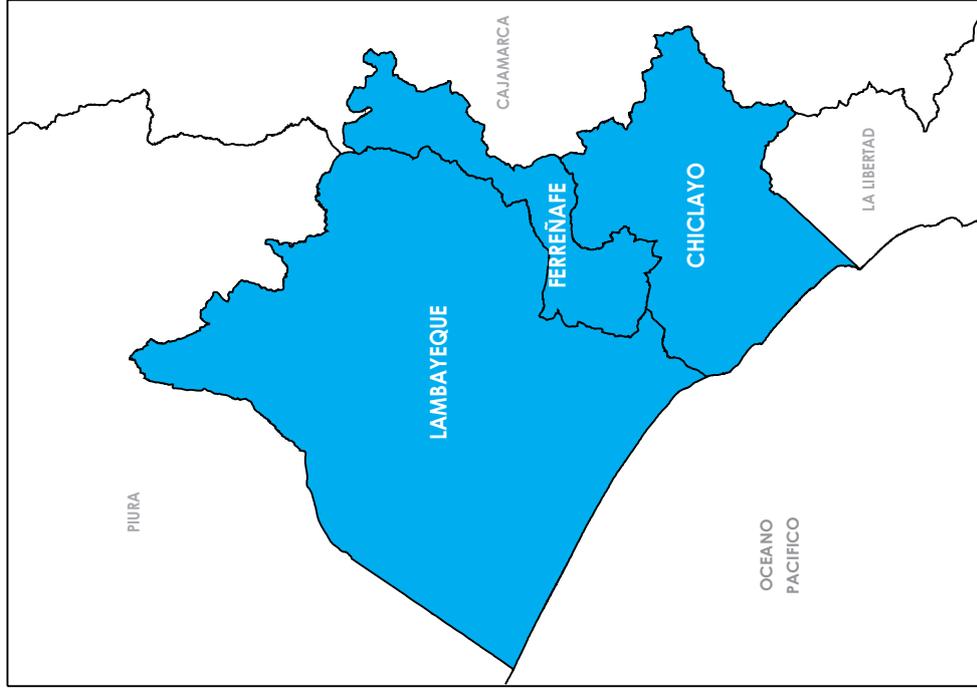
El 42% de los niños, niñas y adolescentes de Lambayeque vive en situación de pobreza y el 24% reside en las zonas rurales. Sin embargo, en dos de las tres provincias del departamento más del 50% reside en las áreas rurales: Ferreñafe (52%) y Lambayeque (56%). El 2.8% de los niños y niñas de 3 a 17 años tiene como materna una lengua originaria.

Aunque esta proporción es baja en comparación con otros departamentos del país, es importante señalar que esta población se concentra en la provincia de Ferreñafe, donde el 26.4% tiene lengua materna quechua.

El acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento es relativamente heterogéneo, particularmente en el caso del saneamiento: accede el 29% en Lambayeque, 33% en Ferreñafe y 72% en Chiclayo, que es la capital del departamento. En más del 60% de los hogares se cocina con carbón, leña o bosta en Ferreñafe (68%) y Lambayeque (72%). Sin embargo, de estos hogares solo el 18% tiene chimenea en Ferreñafe y el 9% en Lambayeque.

Si bien, los indicadores de conclusión a tiempo de la educación primaria (70%) y secundaria (59%) son similares al promedio nacional (71% y 56%, respectivamente), la diferencia no es muy marcada. Sin embargo, es importante indicar que dada la poca división político-administrativa del departamento, el cuadro provincial esconde importantes diferencias a nivel distrital (ver en el CD adjunto el caso del Distrito de Cañaris en la Provincia de Ferreñafe con una tasa de conclusión a tiempo de la primaria del 24%).

El nivel de documentación de los niños, niñas y adolescentes es similar al promedio nacional: 91% entre los niños y niñas menores de 1 año, 95% en los menores de 5 años y 88% en los y las jóvenes de 18 a 20 años. Algo similar ocurre con la edad de transición a la vida conyugal y a la maternidad, donde las tasas son similares al 11% y 15% observados a nivel nacional, respectivamente; aunque con niveles ligeramente menores en Chiclayo (9% y 12%) y algo mayores en Ferreñafe (16% y 19%).



LAMBAYEQUE

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años				EDUCACIÓN		PROTECCIÓN								
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		CARACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)				
	Quechua	Aymara	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
Chiclayo	0.1	0.0	0.1	99.5	7	87	26	23	78	72	74	65	91	95	88	9	12
Ferreñafe	26.4	0.1	0.0	73.3	52	48	68	18	51	33	60	44	88	94	86	16	19
Lambayeque	0.3	0.0	0.0	99.6	56	45	72	9	45	29	63	45	90	95	89	13	16
Departamento	2.7	0.0	0.1	97.0	24	72	42	16	67	57	70	59	91	95	88	11	13

Fuente: REDATAM.

LIMA Y CALLAO



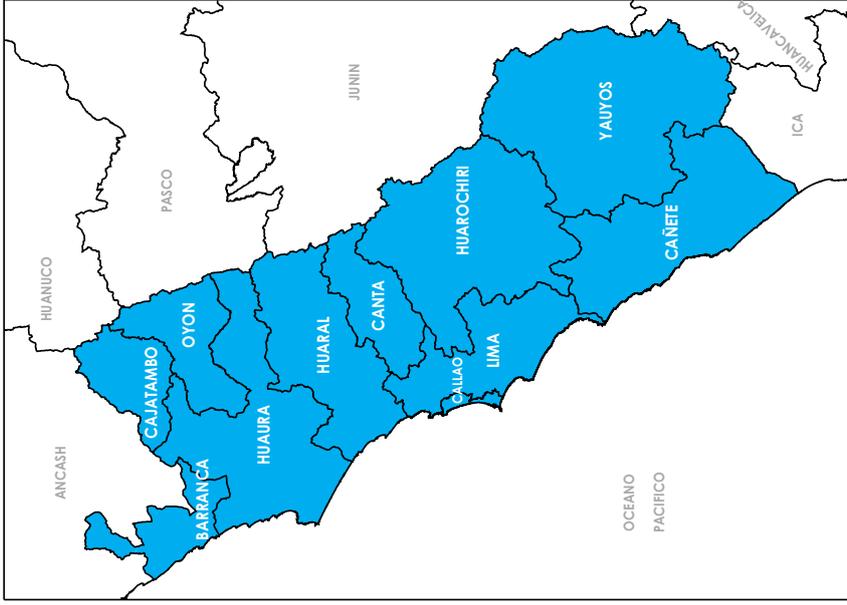
El departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao presentan indicadores cercanos en lo que se refiere al desarrollo de sus niños, niñas y adolescentes y a las condiciones de su entorno. No obstante, el Callao registra un desempeño menos favorable en la tasa de conclusión a tiempo de la primaria (78%) y de la secundaria (70%), y una cobertura ligeramente menor de acceso a fuentes mejoradas de agua (80%) y saneamiento (82%).

Tanto en Lima como en el Callao el 23% de sus niñas, niños y adolescentes vive en situación de pobreza, porcentaje que en el caso del departamento Lima significa que casi 600,000 niños y niñas de 0 a 17 años se encuentran en dicha situación. Si bien, a nivel del departamento de Lima solo el 2% de los niños y niñas reside en las zonas rurales, este porcentaje es de 40% o más en las provincias de Yauyos (40%) y Canta (55%).

En términos etno-lingüísticos el departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao son bastante homogéneas, registrándose en todas sus provincias, a excepción de Yauyos, como máximo una proporción de 1% de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria. En Yauyos, el 2.7% de los niños y niñas de 3 a 17 años tiene como materna una lengua originaria de la Amazonía, diferente del asháninka. Esta provincia muestra los indicadores más bajos en el acceso a fuentes mejoradas de agua (31%) y saneamiento (19%), y junto con Cajatambo, Canta y Oyón tiene el desempeño menos favorable en la conclusión a tiempo de la primaria (entre 65% y 71%) y secundaria (entre 35% y 50%).

El acceso a servicios básicos muestra importantes diferencias entre las provincias, la mayor heterogeneidad se presenta en saneamiento. Las que tienen valores más bajos en cuanto a acceso a fuentes mejoradas de saneamiento son Yauyos (19%) y Cajatambo (23%), en comparación con el 72% en la provincia de Barranca y 87% en Lima. En cambio, en el acceso a fuentes mejoradas de agua presenta una mayor cobertura Cajatambo (63%) que Yauyos (31%), siendo el promedio departamental de 83%. Cabe destacar que, el mayor porcentaje de los hogares que utiliza carbón, leña o bosta también se presenta en estas últimas dos provincias, con 92% en Cajatambo y 89% en Yauyos.

En cuanto a la tasa de conclusión a tiempo de la primaria y la secundaria, el promedio departamental está fuertemente afectado por el peso de la provincia de Lima, donde el 83% de los niños y niñas concluye a tiempo la primaria y el 72% de los y las adolescentes la secundaria. Excluyendo a Lima, el porcentaje de cada provincia se acerca significativamente al promedio nacional (71% en primaria y 56% en secundaria) y en algunos casos es menor: Cajatambo (69% y 35%) y Oyón (65% y 43%). En lo referente a la experiencia de la maternidad en las adolescentes mujeres de 15 a 20 años se observa una heterogeneidad considerable, con porcentajes que oscilan entre 11% en la provincia de Lima y 23% en Canta.

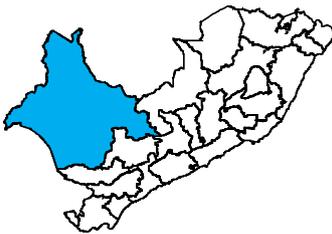


LIMA Y CALLAO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD					Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años					EDUCACIÓN					PROTECCIÓN																			
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)					CARACTERÍSTICAS GENERALES					SALUD					Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)					Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)					Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)					Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)				
		Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostaléctrol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostaléctrol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)																	
Lima	2,309,976	1.0	0.1	0.0	0.1	98.7	0	95	3	16	85	87	83	72	91	95	91	7	11																	
Barranca	46,123	0.3	0.0	0.0	0.1	99.5	15	83	20	18	82	72	78	59	92	97	90	11	16																	
Cajatambo	3,326	1.3	0.0	0.0	0.1	98.5	39	71	92	15	63	23	69	35	95	98	87	11	19																	
Canta	4,553	0.3	0.1	0.0	0.1	99.6	55	54	48	23	76	40	68	50	93	96	87	11	23																	
Cañete	73,529	0.1	0.0	0.0	0.1	99.6	15	79	19	15	66	54	79	66	93	97	91	11	17																	
Huairal	56,904	0.5	0.0	0.0	0.0	99.3	16	84	20	20	70	60	78	59	96	98	90	10	15																	
Huachirí	24,643	0.3	0.1	0.0	0.1	99.4	31	69	46	25	61	48	74	62	90	96	91	10	18																	
Huaura	66,020	0.3	0.0	0.0	0.1	99.6	15	83	23	19	72	64	76	65	96	98	91	10	14																	
Oyón	7,922	0.3	0.0	0.1	0.1	99.5	30	82	64	26	74	44	65	43	97	98	90	12	18																	
Yauyos	9,284	0.6	0.0	0.0	2.7	96.5	40	69	89	12	31	19	71	48	97	99	89	11	19																	
Departamento Lima	2,602,280	0.9	0.1	0.0	0.1	98.8	2	93	6	17	83	83	82	71	92	95	91	7	11																	
Callao	281,899	0.7	0.1	0.0	0.2	98.9	0	95	3	16	80	82	78	70	92	95	92	8	13																	

Fuente: REDATAM.

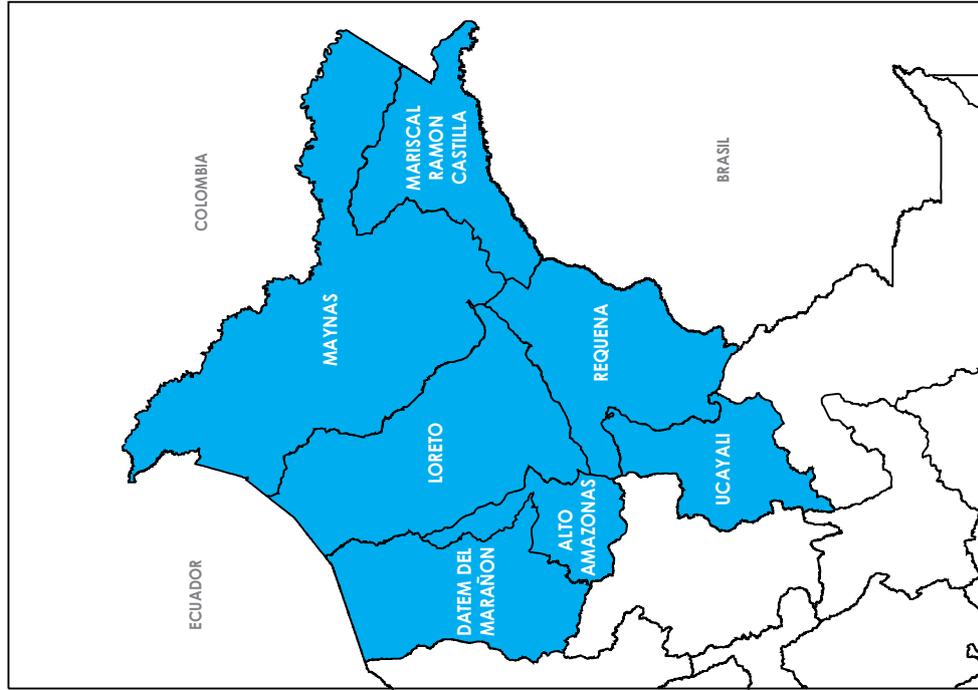
LORETO



Loreto concentra a la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes con una lengua materna originaria de la Amazonía (diferente del asháninka) con alrededor de 32.2 mil, cifra que representa el 7.9% de los niños y niñas de 3 a 17 años del departamento. Cabe destacar que el 0.6% tiene como lengua materna el quechua. En este departamento el 65% de los niños, niñas y adolescentes vive en situación de pobreza, porcentaje relativamente alto en comparación con el promedio nacional (45%), y el 39% reside en las zonas rurales, es decir, en un centro poblado de 100 viviendas contiguas o menos. Solo el 67% de los niños y niñas menores de 1 año tiene partida de nacimiento en Loreto, siendo el departamento que presenta el porcentaje más bajo de todo el país. Además, es una zona de gran extensión y con baja accesibilidad, fundamentalmente por río.

Aunque la población con lengua materna nativa está presente en todas las provincias de Loreto, las que muestran una mayor proporción con lengua materna originaria de la Amazonía son Datem del Marañón con 47.3%, Alto Amazonas con 15.1% y Ucayali con 10.9%. Es importante mencionar que, Datem del Marañón es la provincia con el mayor índice de ruralidad (74%), el menor acceso a fuentes mejoradas de agua (3%) y saneamiento (8%), la menor conclusión a tiempo de la primaria y secundaria (36% y 11%, respectivamente, frente al promedio departamental que es de 57% y 35%, respectivamente) y el más bajo porcentaje de acceso a la identidad entre los niños y niñas menores de 1 año (30%) y entre los menores de 5 años (51%).

Loreto es el departamento con el porcentaje más alto de jóvenes madres en el grupo de edad de 15 a 20 años (30%), seguido por San Martín (28%), Ucayali (28%), Madre de Dios (27%) y Amazonas (26%). Cabe señalar que, a excepción de Maynas, la proporción de jóvenes madres de 15 a 20 años oscila entre el 33% y el 40% en las provincias de Loreto. Solo en la provincia de Maynas, capital de Loreto, el inicio de la vida adulta es más tardío: el 17% de las adolescentes mujeres de 15 a 18 años convive y el 24% de las de 15 a 20 años ha experimentado la maternidad (porcentajes superiores al promedio nacional de 11% y 15%, respectivamente).



LORETO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		ETNICIDAD				Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						CAPACIDADES GENERALES				SALUD		EDUCACIÓN		PROTECCIÓN					
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		Quechua	Ashaínka	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostales/estricol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostales/estricol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	74	84	82	17	24
Maynas	207,247	0.4	0.0	1.1	98.3	24	68	63	5	46	48	64	44	74	84	82	17	24								
Alto Amazonas	51,186	0.2	0.0	15.1	84.5	44	44	84	3	29	25	49	25	72	84	78	27	33								
Loreto	31,042	0.7	0.0	8.8	90.4	61	41	93	2	17	10	46	22	53	70	73	32	39								
Mariscal Ramón Castilla	26,938	0.2	0.0	8.5	91.2	71	38	90	1	6	12	44	17	59	77	71	34	39								
Requena	32,797	0.0	0.0	2.8	97.0	44	60	93	1	14	14	53	26	65	79	69	28	40								
Ucayali	30,998	0.0	0.1	10.9	88.9	47	59	88	4	23	13	61	34	64	79	69	28	36								
Datem del Marañón	28,005	4.0	0.0	47.3	48.6	74	23	96	1	3	8	36	11	30	51	64	34	39								
Departamento	408,213	0.6	0.0	7.9	91.3	39	56	76	4	32	32	57	35	67	79	77	23	30								

Fuente: REDATAM.

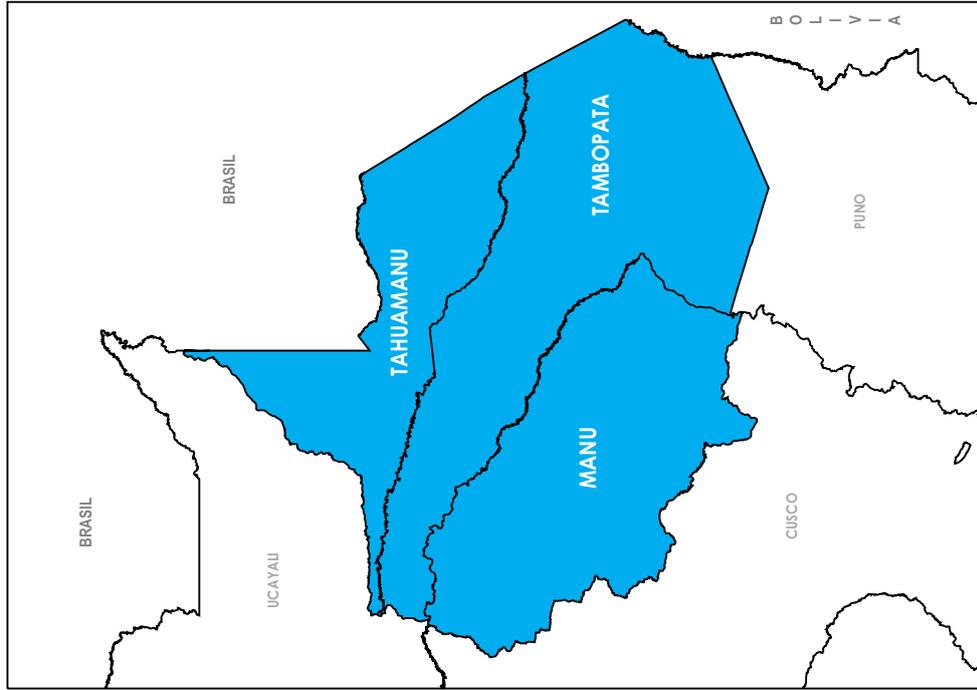
MADRE DE DIOS



Aunque el departamento de Madre de Dios presenta la menor tasa de pobreza a nivel nacional (17%), en la tabla se muestra que otros indicadores del entorno y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes son bastante menos favorables. Esto se hace más evidente cuando se observan los indicadores a nivel distrital (ver información del CD que acompaña al estudio). En cuanto al acceso a la identidad, hay una reducida cobertura entre los y las jóvenes de 18 a 20 años, donde entre el 68% en la provincia del Manu y 84% en Tahuamanu tiene DNI.

El 6.2% de los niños y niñas de 3 a 17 años de Madre de Dios tiene como materna una lengua originaria, con una distribución diversa: 0.2% aymara hablantes, 3.4% quechua hablantes y 2.6% con lenguas originarias de la Amazonía. Manu es la provincia que concentra la mayor densidad de población con lengua materna originaria (casi 20%), la que tiene menores niveles de acceso a fuentes mejoradas de agua (32%) y saneamiento (16%), la menor tasa de conclusión oportuna de la primaria (65%) y secundaria (43%), y como se mencionó anteriormente, el menor acceso a la documentación.

Con relación a la transición a la vida adulta se observa un inicio más temprano de la vida conyugal y la maternidad entre las adolescentes mujeres de este departamento frente al promedio nacional. En particular, en la provincia del Manu el 27% de las que tienen entre los 15 y 18 años convive o está casada y el 32% de las adolescentes mujeres entre los 15 y 20 años son madres.

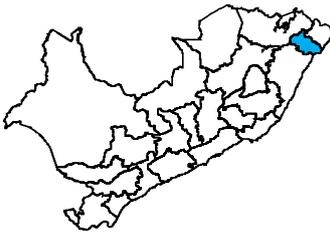


MADRE DE DIOS

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD				Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN		PROTECCIÓN						
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)				CARACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
		Quechua	Aymara	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años							
Tambopata	30,302	2.6	0.1	0.8	96.4	15	75	46	8	80	55	76	61	87	93	81	20	25		
Manu	7,129	7.6	0.1	11.8	80.3	58	52	70	8	32	16	65	43	72	87	68	27	32		
Tahuamanu	3,458	2.9	1.0	1.0	94.0	29	66	67	7	41	36	68	48	87	93	84	26	29		
Departamento	40,889	3.4	0.2	2.6	93.5	24	70	52	8	69	47	74	57	84	92	79	21	27		

Fuente: REDATAM.

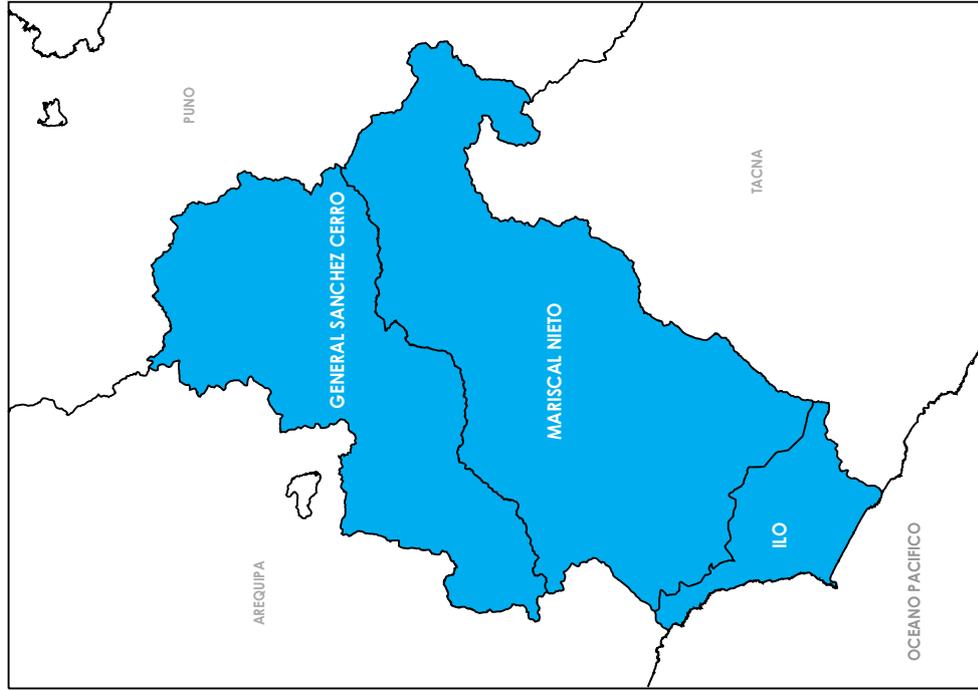
MOQUEGUA



Moquegua tiene una moderada presencia de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria, en comparación con otros departamentos del país: el 5.5% tiene al quechua como lengua materna, el 2.3% reporta lengua materna aymara y menos del 1% una lengua originaria de la Amazonía.

Estos niños y niñas se concentran, fundamentalmente, en la provincia de General Sánchez Cerro (31.9% quechua hablantes, 1.8% aymara hablantes y 0.2% con otra lengua de la Amazonía). Esta provincia es también la más rural de Moquegua (57%) y la que presenta porcentajes significativamente menores de acceso a fuentes mejoradas de agua (22%) y saneamiento (22%) en comparación con las otras dos provincias del departamento, donde el acceso a agua es de 86% en Mariscal Nieto y 98% en Ilo y el acceso a saneamiento es de 72% y 88%, respectivamente. Esta diferencia se extiende al porcentaje de hogares con niños y niñas de 0 a 17 años que usa carbón, leña u otras fuentes de energía para cocinar: 88% en General Sánchez Cerro frente a 30% en Mariscal Nieto y 2% en Ilo.

Las diferencias entre General Sánchez Cerro y las otras dos provincias se reducen en los otros indicadores. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que han completado la primaria y secundaria, General Sánchez Cerro está por debajo del promedio departamental (75% frente a 81% en primaria y 67% frente a 73% en secundaria), pero por encima del promedio nacional (71% en primaria y 56% en secundaria). En los indicadores vinculados al cumplimiento del derecho a la identidad y a la proporción de las adolescentes mujeres que inician su vida conyugal o que han experimentado la maternidad, todas las provincias muestran valores comparables con el promedio nacional o levemente inferiores.

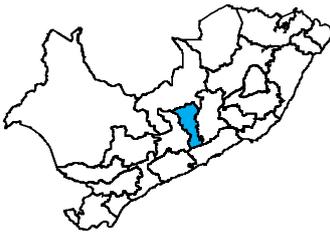


MOQUEGUA

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años				EDUCACIÓN		PROTECCIÓN								
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		CARACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		EDUCACIÓN		PROTECCIÓN						
	Quechua	Aymara	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bostalestécol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bostalestécol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)
Marisal Nieto	1.0	3.3	0.3	95.3	12	84	30	14	86	72	82	73	96	98	95	10	13
General Sánchez Cerro	31.9	1.8	0.2	66.0	57	58	88	13	22	22	75	67	95	98	93	11	15
Ilo	20,133	0.7	1.3	97.7	0	96	2	14	98	88	81	75	97	98	94	8	14
Departamento	49,094	5.5	2.3	91.9	14	85	27	13	81	71	81	73	96	98	94	9	14

Fuente: REDATAM.

PASCO

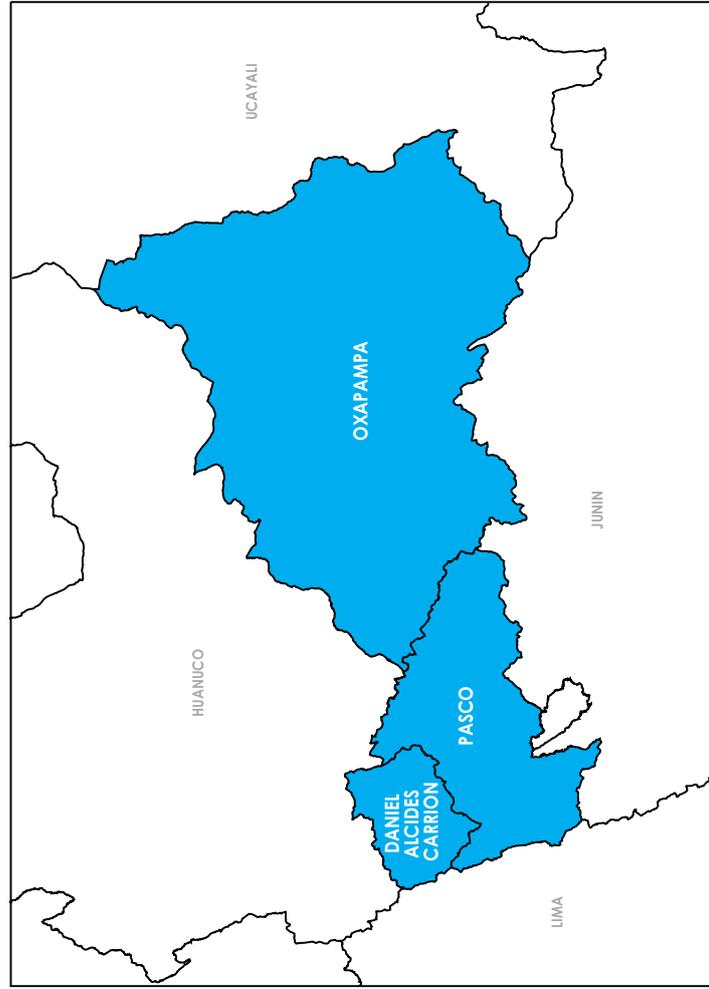


Con el 64% de sus niños, niñas y adolescentes que vive en condición de pobreza, Pasco es uno de los departamentos que presenta una mayor incidencia de pobreza monetaria en el país. Además, como suele ocurrir en otras partes del Perú, la población está muy dispersa: 41% de sus niños y niñas de 0 a 17 años reside en las zonas rurales.

El departamento de Pasco es el tercero con la mayor concentración de niños y niñas con lengua materna asháninka (2.6%), con alrededor de 2.9 mil que reporta esta lengua materna. A este grupo se suman, 1.6% con lengua materna quechua, 0.6% con otra lengua originaria de la Amazonía y 0.1% con lengua aymara. Gran parte de estos grupos se ubican en la provincia de Oxapampa (3% quechua hablantes, 8.2% con lengua materna asháninka y 1.8% con otras lenguas amazónicas), que presenta el mayor índice de ruralidad (67%),

las menores tasas de conclusión de la primaria (60%) y la secundaria (29%) y el menor cumplimiento del derecho a la identidad, con solo el 71% de los niños y niñas menores de 1 año con partida de nacimiento y 74% de los y las jóvenes de 18 a 20 años con DNI. Esta provincia presenta además porcentajes bastante superiores a los nacionales de jóvenes que inician la vida conyugal (22% en el caso de las mujeres de 15 a 18 años) y que son madres (29% en el caso de las mujeres de 15 a 20 años).

En contraste, las provincias de Pasco y Daniel Alcides Carrión tienen tasas de conclusión a tiempo de la primaria (81% y 84%) y secundaria (66% y 71%), y de tenencia de partida de nacimiento entre los niños y niñas menores de 1 año (94% en ambas provincias) y de DNI (94% y 96%) por encima del promedio nacional. En estas provincias el porcentaje de las adolescentes mujeres convivientes o casadas (8% y 7%) y que han experimentado la maternidad (12% y 10%) es menor que el promedio nacional.



PASCO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años					EDUCACIÓN		PROTECCIÓN							
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		CARACTERÍSTICAS GENERALES					SALUD		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)			Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)
	Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o biostévilcol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o biostévilcol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)
Pasco	0.9	0.0	0.0	0.0	99.0	25	82	41	51	45	81	66	94	98	94	8	12
Daniel Alcides Carrión	1.1	0.1	0.0	0.0	98.8	45	62	84	37	19	84	71	96	98	96	7	10
Oxapampa	3.0	0.1	8.2	1.8	86.7	67	45	79	17	19	60	29	74	83	74	22	29
Departamento	1.6	0.1	2.6	0.6	95.0	41	67	60	38	32	75	57	89	93	89	12	16

Fuente: REDATAM.

PIURA

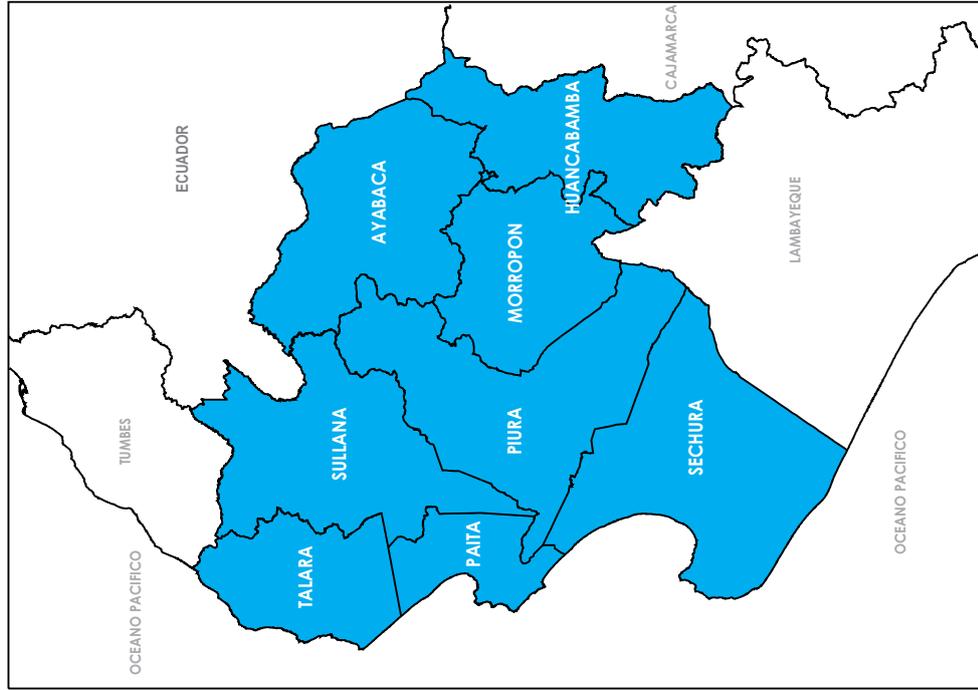


En Piura casi el 100% de sus niñas, niños y adolescentes tiene el castellano como lengua materna, el 49% vive en situación de pobreza y el 30% reside en las zonas rurales. Sin embargo, al interior del departamento el porcentaje de los niños y niñas de 0 a 17 años que vive en las áreas rurales varía considerablemente entre las provincias, siendo alrededor del 90% en Huancabamba (90%) y Ayabaca (91%), y de menos del 10% en Secura (6%), Paita (5%) y Talara (2%).

La gran heterogeneidad al interior del departamento se presenta también en el acceso a los servicios públicos. El acceso a fuentes mejoradas de agua varía entre 18% en Huancabamba y 82% en Secura, y en el acceso a saneamiento oscila entre 7% en Ayabaca y 79% en Talara. Con relación al tipo de energía utilizado para cocinar, las provincias que utilizan en su gran mayoría la leña, carbón o bosta son: Huancabamba (95%), Ayabaca (93%) y Morropón (82%).

Cabe destacar que, la provincia de Ayabaca presenta los indicadores menos favorables en el desarrollo de sus niños y niñas: el 44% culmina a tiempo la primaria y solo el 22% de los y las adolescentes de 17 a 18 años tiene secundaria completa. Entre los niños y niñas menores de 1 año solo el 78% tiene partida de nacimiento y el 76% de los y las jóvenes de 18 a 20 años cuenta con DNI.

Aunque la proporción de adolescentes mujeres de 15 a 20 años que ha experimentado la maternidad es relativamente homogénea en la mayoría de provincias, hay dos que muestran una proporción mayor: Ayabaca y Secura, con 21%.



PIURA

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN					PROTECCIÓN				
	ETNICIDAD		CARACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años								
	Quechua	Otras lenguas originarias de la Amazonía									Castellano							
Piura	0.0	0.2	99.7	16	69	53	8	70	50	68	57	87	93	87	10	14		
Ayabaca	0.0	0.0	99.7	91	23	93	4	22	7	44	22	78	92	76	15	21		
Huancabamba	0.0	0.1	99.7	90	24	95	9	18	8	52	23	83	92	80	12	18		
Morropón	0.1	0.1	99.6	46	65	82	7	63	24	66	44	88	93	84	11	15		
Paíta	0.0	0.1	99.7	5	79	47	8	71	49	63	50	89	95	89	13	17		
Sullana	0.1	0.3	99.5	11	81	57	11	68	59	70	57	85	92	85	12	15		
Talara	0.0	0.1	99.7	2	87	34	12	78	79	73	61	85	93	87	13	18		
Sechura	0.0	0.1	99.7	6	72	49	8	82	27	63	42	89	93	85	16	21		
Departamento	0.0	0.1	99.6	30	64	62	8	61	42	64	50	86	93	85	12	16		

Fuente: REDATAM.

PUNO

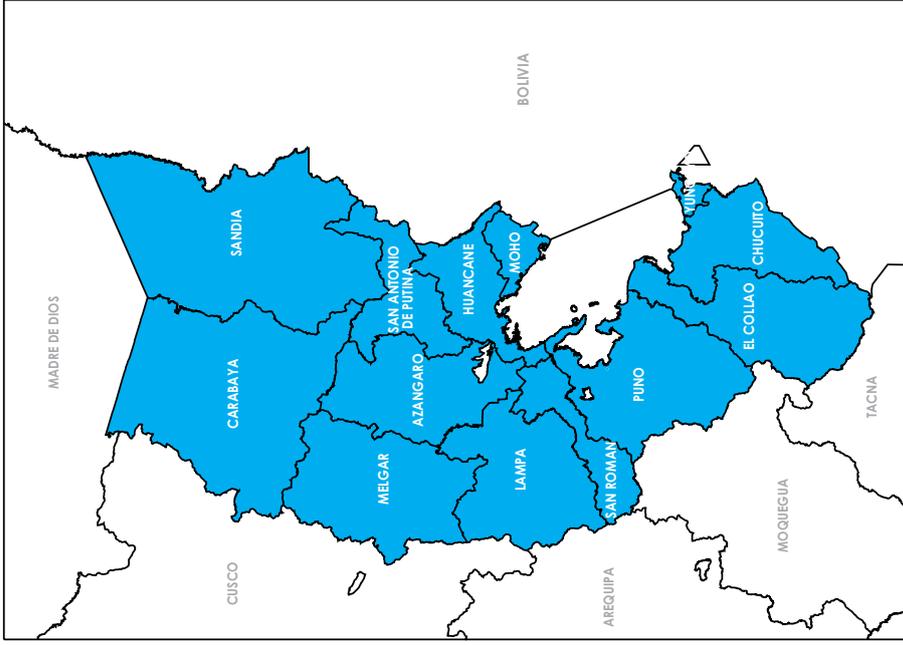


Puno es uno de los departamentos que concentra la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes con lengua materna originaria del país (48.5%), alrededor de 235.2 mil. El 69% de sus niñas y niños de 0 a 17 años vive en situación de pobreza y el 51% reside en las zonas rurales. A pesar de estos indicadores desalentadores, en términos de las tasas de conclusión a tiempo de la primaria y la secundaria, Puno se ubica en el tercio superior de departamentos a nivel nacional con 77% de conclusión a tiempo en primaria y 57% en secundaria. Además, se encuentra en el grupo de departamentos con la mayor cobertura de documentos de identidad del país, con el 98% de los niños y niñas menores de 5 años con partida de nacimiento y 92% de los y las jóvenes de 18 a 20 años con DNI.

Las provincias de Puno son bastante heterogéneas en términos étnico-lingüísticos. El 29.8% de sus niñas, niños y adolescentes tiene el quechua como lengua materna y el 18.7% reporta tener lengua materna aymara, siendo el departamento donde reside la mayor parte de la población aymara hablante del país. Las provincias que concentran más del 70% de sus niños y niñas de 3 a 17 años con lengua materna quechua son Azángaro (70.8%) y Carabaya (77.5%); y las que concentran más del 50% con lengua materna aymara son Chucuito (56.9%), El Collao (59.7%) y Moho (73.4%). Las provincias que presentan las menores tasas de conclusión a tiempo, tanto de la primaria como de la secundaria, son Carabaya (60% y 30%), Sandia (68% y 42%) y Azángaro (70% y 43%).

Como es conocido, este departamento es el más afectado por el friaje todos los años, por lo que es preocupante que solo 2 de cada 10 niños, niñas y adolescentes tenga chimenea en sus hogares, donde se cocina a leña, carbón o bosta, que permita prevenir la exposición prolongada a humos que tiende a propiciar enfermedades respiratorias y oftalmológicas. Cabe resaltar que 7 de cada 10 niños y niñas de 0 a 17 años reside en hogares que cocinan con leña, bosta o carbón.

Aunque este departamento no presenta porcentajes altos, en relación al promedio nacional, de adolescentes mujeres de 15 a 20 años que hayan experimentado la maternidad o que entre los 15 y 18 años hayan iniciado la vida conyugal, es importante señalar que la heterogeneidad es bastante alta entre las provincias. Mientras alrededor del 15% de las adolescentes de 15 a 18 años ha iniciado la vida conyugal en San Antonio de Putina (15%) y Sandia (14%), este porcentaje se reduce a casi la mitad en las provincias de Puno (8%) y Yunguyo (8%).



PUNO

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años										EDUCACIÓN				PROTECCIÓN															
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		ETNICIDAD						CARACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)							
			Quechua		Aymara		Asháninka		Otras lenguas originarias de la Amazonía		Castellano		Hogares con electricidad (%)		Hogares que utilizan carbón, leña o bostalescol (%)		Hogares con chimenea (del total para cocinar (%)		leña o bostalescol (%)		Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)		Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)		1 - 11 meses		1 mes - 5 años		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
			Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	
Puno	79,252	19.3	17.6	0.1	0.0	63.0	41	72	52	18	52	44	81	66	95	98	94	8	10													
Azángaro	57,221	70.8	0.2	0.0	0.1	28.7	73	42	92	24	27	19	70	43	94	99	92	9	12													
Carabaya	32,984	77.5	0.1	0.0	0.0	22.3	57	51	91	24	34	19	60	30	94	98	88	12	18													
Chucuito	48,630	0.2	56.9	0.1	0.0	42.7	72	51	84	13	32	16	82	58	96	99	92	12	14													
El Collao	28,489	0.2	59.7	0.1	0.0	39.7	68	63	77	15	24	23	84	66	97	99	95	13	13													
Huancané	25,840	26.5	44.3	0.1	0.0	28.9	80	51	91	21	30	16	76	55	92	98	92	9	11													
Lampa	17,924	60.6	0.1	0.0	0.1	39.0	60	42	88	16	26	27	73	48	91	98	95	11	15													
Melgar	31,758	57.7	0.1	0.0	0.0	42.0	52	44	84	25	47	32	71	45	95	98	92	9	14													
Moho	10,747	0.2	73.4	0.1	0.0	26.1	69	62	95	10	57	18	73	41	93	98	89	11	12													
San Antonio de Putina	17,890	39.8	8.2	0.0	0.1	51.8	35	46	63	16	35	7	73	55	95	98	91	15	17													
San Román	91,696	11.5	2.2	0.0	0.0	86.2	9	84	34	22	65	69	87	74	92	97	92	9	9													
Sandia	25,192	39.0	2.9	0.0	0.0	58.0	72	57	90	10	23	18	68	42	95	98	88	14	19													
Yunguyo	17,290	0.2	44.2	0.1	0.1	55.4	63	79	75	27	41	22	78	53	94	98	91	8	11													
Departamento	484,863	29.8	18.7	0.0	0.0	51.3	51	61	70	19	42	33	77	57	94	98	92	10	12													

Fuente: REDATAM.

SAN MARTÍN

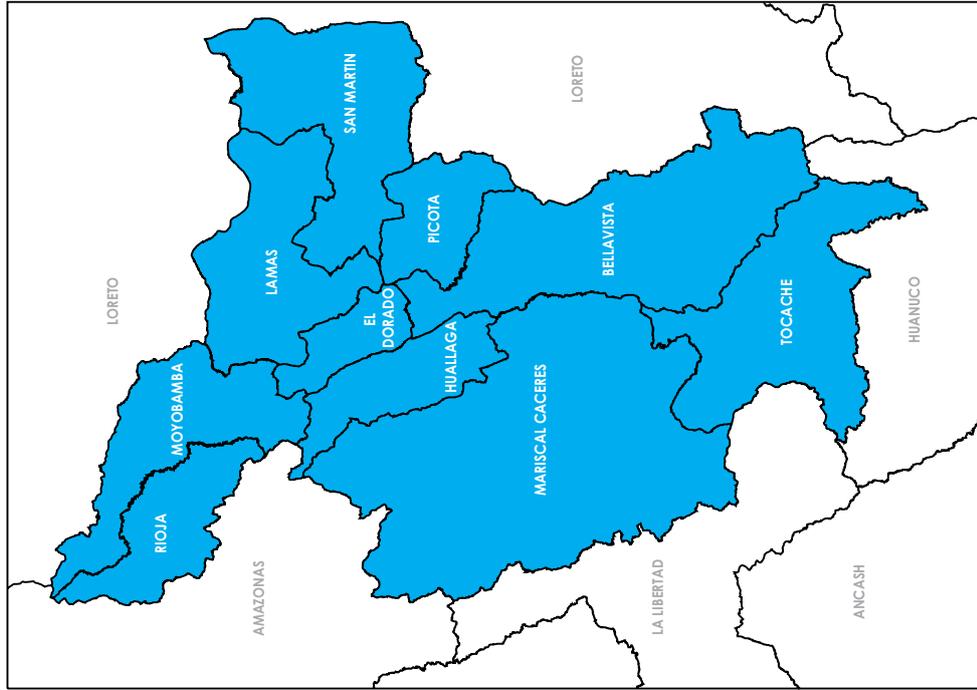


En el departamento San Martín el 51% de los niños, niñas y adolescentes vive en situación de pobreza y el 39% reside en las áreas rurales. Aunque es un departamento relativamente homogéneo en términos etno-lingüísticos, donde el 98.7% son castellano hablantes y el 1.1% tiene como materna una lengua originaria, muestra heterogeneidad en los indicadores de desarrollo de su niñez y adolescencia y condiciones precarias en su entorno.

Las provincias con mayor precariedad en las condiciones de su entorno son Tocache y Bellavista, donde solo el 23% y 29% de los niños, niñas y adolescentes tienen acceso a fuentes mejoradas de agua, respectivamente. El acceso a fuentes mejoradas de saneamiento es bastante bajo, con menos del 20% en Lamas (12%) Bellavista (13%), El Dorado (14%) y Picota (19%). Las diferencias en términos de conclusión a tiempo de la primaria (entre 56% y 76%) son menos sustantivas que las que se presentan en la conclusión de la secundaria: A excepción de San Martín (59%) y Tocache (41%), en la mayoría de las provincias entre el 21% y 36% de los y las adolescentes concluye la secundaria en la edad esperada.

El grado de documentación en San Martín es más bajo que el promedio nacional, en especial entre los y las jóvenes de 18 a 20 años: el 81% reporta tener DNI a nivel departamental y más del 20% están indocumentados en las provincias de Bellavista (29%), Rioja (24%), Tocache (23%), Moyobamba (22%) y Picota (21%).

Finalmente cabe señalar que, junto con los departamentos de Amazonas (26%), Loreto (30%), Madre de Dios (27%) y Ucayali (28%), San Martín (28%) presenta el más alto porcentaje de las adolescentes mujeres de 15 a 20 años que ha experimentado la maternidad a nivel departamental, siendo esta proporción mayor en las provincias de El Dorado (42%) y Bellavista (39%). En estas dos provincias más del 35% de las adolescentes entre los 15 y 18 años ha iniciado su vida conyugal.

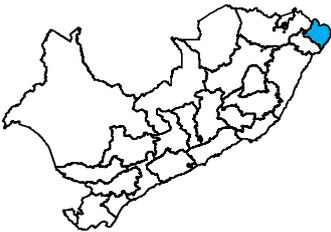


SAN MARTÍN

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años	ETNICIDAD				Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años						EDUCACIÓN				PROTECCIÓN									
		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)				CAPACTERÍSTICAS GENERALES						SALUD		niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
		Quechua	Aymara	Otras lenguas originarias de la Amazonía	Castellano	Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa de 17 a 18 años (%)	1 - 11 meses	1 mes - 5 años	15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)						
Moyobamba	50,125	0.1	0.1	1.2	98.5	46	48	72	7	56	33	68	36	88	92	78	25	29							
Bellavista	21,293	0.2	0.0	0.0	99.6	48	45	83	3	29	13	56	25	79	91	71	36	39							
El Dorado	15,295	0.4	0.0	0.0	99.3	63	32	92	4	48	14	59	21	85	91	85	39	42							
Huallega	10,054	0.0	0.0	0.0	99.8	51	37	85	4	51	28	56	22	90	94	83	30	33							
Lamas	33,494	2.9	0.0	0.3	96.5	56	36	90	6	41	12	61	27	89	94	82	31	33							
Marriscal Cáceres	21,376	0.1	0.0	0.0	99.6	41	55	73	6	56	42	68	34	86	92	80	27	31							
Picota	15,863	0.0	0.0	0.1	99.8	41	58	82	4	49	19	61	30	89	94	79	31	35							
Rioja	46,572	0.1	0.0	2.3	97.4	31	58	72	9	43	20	67	34	89	93	76	24	27							
San Martín	58,999	0.0	0.0	0.2	99.7	11	78	45	6	68	53	76	59	91	95	88	16	19							
Tocache	28,774	0.7	0.0	0.0	99.2	51	60	72	4	23	34	70	41	81	89	77	22	27							
Departamento	301,845	0.5	0.0	0.6	98.7	39	55	71	6	49	30	67	39	87	93	81	25	28							

Fuente: REDATAM.

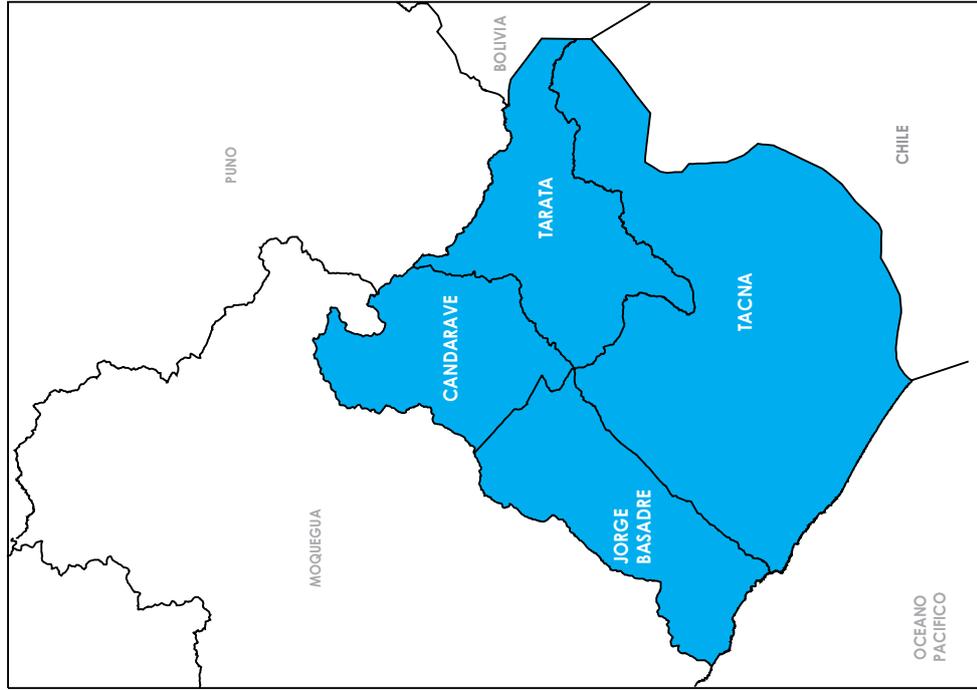
TACNA



Entre sus niños, niñas y adolescentes, Tacna tiene una de las tasas de pobreza más bajas del país (24%) y un grado de ruralidad bastante bajo (8%). En términos de diversidad étno-lingüística, el 2.8% tiene el aymara como lengua materna, predominando en la gran mayoría de los niños y niñas de 3 a 17 años el castellano.

Si bien, la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes del departamento reside en la provincia de Tacna (92.2%), el 8% restante se ubica en provincias con condiciones de vida considerablemente menos favorables. Candarave muestra los indicadores menos favorables: mientras en esta provincia la proporción que accede a fuentes mejoradas de agua y saneamiento es de 20% y 41%, respectivamente, en la provincia de Tacna el acceso alcanza al 92% y 83%, respectivamente. Asimismo, la proporción de los niños, niñas y adolescentes cuyos hogares cocinan a leña, bosta o carbón en la provincia de Candarave es de 93% frente a un 15% a nivel departamental.

Sin embargo, la heterogeneidad es menor en la conclusión a tiempo de la primaria (entre 78% y 79%), en la documentación con partida de nacimiento (entre 91% y 93% en los niños y niñas menores de 1 año, y entre 96% y 98% en los menores de 5 años) y en la tenencia de DNI en los y las jóvenes de 18 a 20 años (entre 90% y 93%). Las principales diferencias se dan en la conclusión a tiempo de la secundaria, donde la provincia de Tacna presenta una tasa sustantivamente mayor (74%) a las de Candarave (47%), Tarata (54%) y Jorge Basadre (60%). Respecto al inicio de la maternidad entre las adolescentes mujeres, los indicadores más altos se presentan en las provincias de Candarave (19%), Jorge Basadre (21%) y Tarata (24%).



TACNA

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		ETNICIDAD				Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años								CAPACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		EDUCACIÓN		PROTECCIÓN													
	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)				Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años								Hogares con electricidad (%)		Hogares que utilizan carbón, leña o biostatóstico para cocinar (%)		Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o biostatóstico) (%)		Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)		Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
	Quechua	Aymara	Otras lenguas originarias de la Amazonia	Castellano	Áreas rurales (%)		Hogares con electricidad (%)		Hogares que utilizan carbón, leña o biostatóstico para cocinar (%)		Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o biostatóstico) (%)		Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)		Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)		Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)		Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)		1 - 11 meses		1 mes - 5 años		15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)									
Tacna	86,125	0.5	2.7	0.1	96.5	6	88	11	15	92	83	78	74	91	96	93	9	11																		
Candarave	2,530	0.1	4.8	0.0	94.8	38	79	93	11	20	41	78	47	91	98	93	16	19																		
Jorge Basadre	2,483	0.4	2.8	0.1	96.6	40	87	36	7	67	58	79	60	92	98	90	10	21																		
Tarata	2,268	0.1	4.3	0.0	95.5	22	70	87	22	63	54	78	54	93	98	93	13	24																		
Departamento	93,406	0.5	2.8	0.1	96.5	8	87	15	15	89	81	78	72	91	97	92	9	11																		

Fuente: REDATAM.

TUMBES



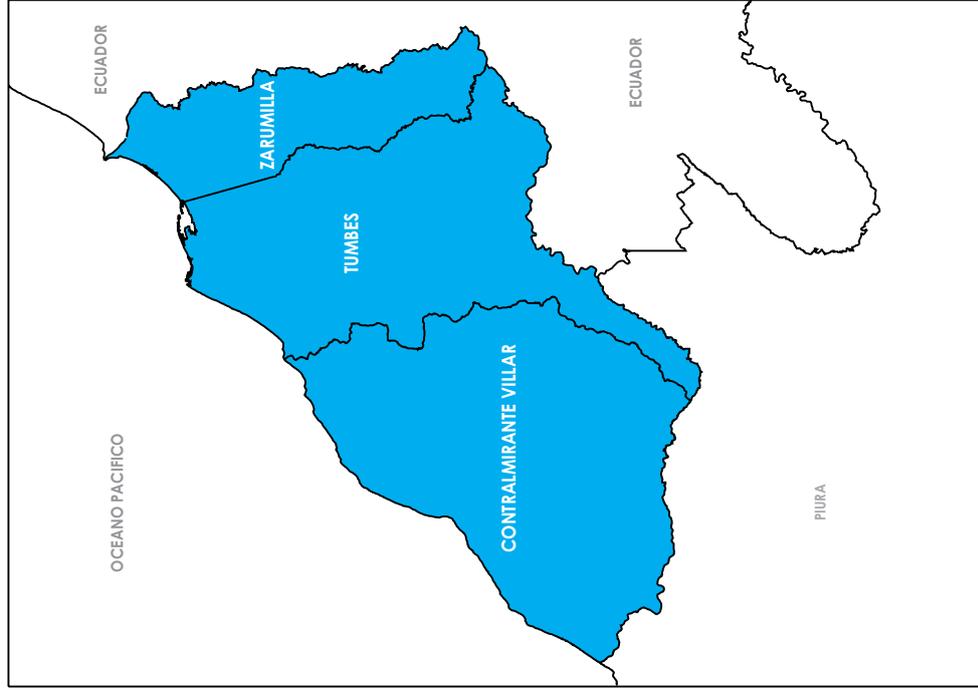
Tumbes registra un grado de ruralidad e incidencia de pobreza relativamente bajo en comparación a otros departamentos del país: el 9% de sus niños, niñas y adolescentes reside en las zonas rurales y el 29% vive en condición de pobreza. En términos etno-lingüísticos, casi la totalidad (99.7%) de los niños y niñas de 3 a 17 años reporta el castellano como lengua materna.

Tumbes está constituido por tres provincias, de las cuales Tumbes y Zarumilla son bastante homogéneas entre sí: La proporción de los niños, niñas y adolescentes con acceso a fuentes mejoradas de agua en dichas provincias es de 76% y 77%, respectivamente; la proporción de hogares que utiliza carbón, leña o bosta para cocinar es de 21% y 22%, respectivamente; y la proporción de los niños y niñas de 12 a 13 años que tiene primaria completa es de 79% y 78%, respectivamente.

La provincia Contralmirante Villar, la más pequeña en términos poblacionales, es la que presenta los indicadores más bajos de acceso a fuentes mejoradas de agua (46%) y saneamiento (34%). No obstante, sus niños, niñas y adolescentes presentan tasas de conclusión de la primaria (81%) y secundaria (53%) bastante cercanas a las de las otras dos provincias.

Cabe destacar que, la provincia de Zarumilla es la que presenta la menor proporción de los que tienen partida de nacimiento entre los niños y niñas menores de 1 año (83%) y entre los menores de 5 años (90%); y de los que tienen DNI entre los y las jóvenes de 18 a 20 años (78%).

En las tres provincias del departamento de Tumbes el inicio de la vida conyugal y la maternidad entre las adolescentes mujeres se produce con mayor frecuencia a edades relativamente tempranas, en comparación al promedio nacional. Mientras la proporción de jóvenes madres de 15 a 20 años de las provincias de Contralmirante Villar y Zarumilla alcanza el 24%, en Tumbes es de 20%.

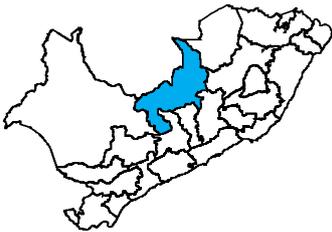


TUMBES

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años				EDUCACIÓN				PROTECCIÓN					
	ETNICIDAD		CARACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		Niños y niñas que tienen paridad de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)		Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)	
			Áreas rurales (%)	Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o hosta/estéreo para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o hosta/estéreo) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)								
Tumbes	0.1	99.7	8	84	21	10	76	63	79	58	89	94	83	17	20	
Contralmirante Villar	0.0	99.8	19	81	44	3	46	34	81	53	86	94	85	19	24	
Zarumilla	0.0	99.7	9	79	22	9	77	50	78	50	83	90	78	21	24	
Departamento	0.1	99.7	9	83	23	9	74	58	79	56	88	93	82	18	21	

Fuente: REDATAM.

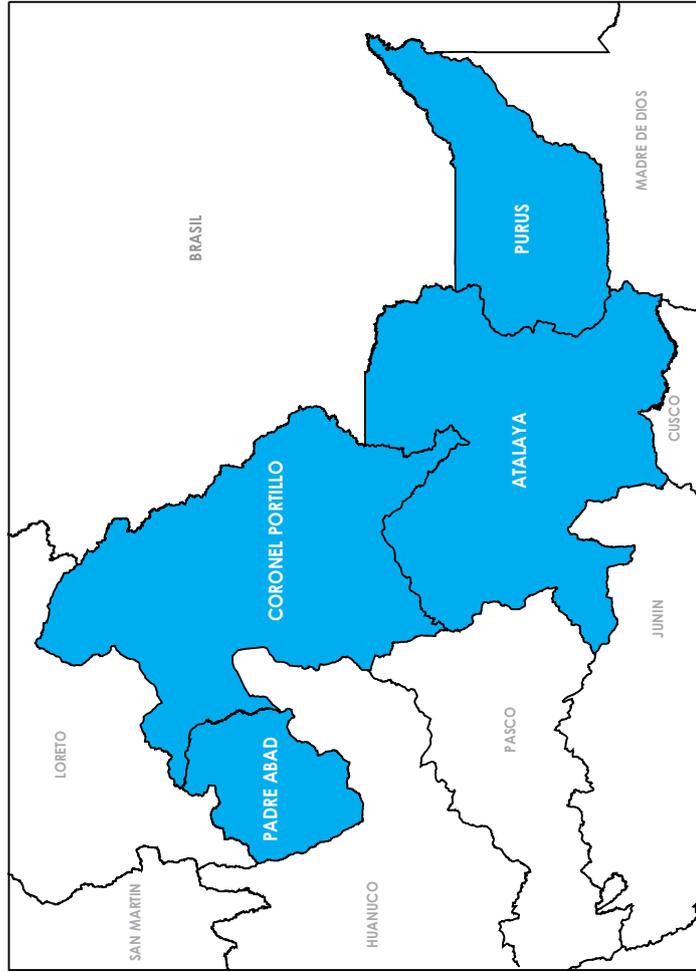
UCAYALI



El departamento Ucayali presenta una gran diversidad étnico-lingüística, con el 13.6% de sus niños, niñas y adolescentes indígenas, fundamentalmente de la Amazonía (13.2%). El grupo con lengua materna originaria más numeroso es el shipibo conibo, seguido por el asháninka. Cabe destacar que este departamento, luego de Junín, concentra a la población más numerosa de niños y niñas de 3 a 17 años con lengua materna asháninka en el país, con alrededor de 9.7 mil, la cual se concentra en las provincias de Atalaya y Purús, las más rurales (69% y 71%, respectivamente) y con menos cobertura de servicios básicos, que en el caso de Purús es de 0% en el acceso a fuentes mejoradas de agua y de 4% en el acceso a saneamiento. Aunque ambas provincias presentan las menores tasas de conclusión a tiempo de la primaria y la secundaria, las diferencias son particularmente importantes en Purús (30% en la primaria y 11% en la secundaria) en comparación con los promedios departamentales de 68% y 45%, respectivamente.

Ucayali muestra la menor cobertura del derecho a la identidad del país, conjuntamente con Loreto, tanto entre la niñez como entre los y las jóvenes. Nuevamente, Atalaya y Purús son las provincias con los indicadores menos favorables, tanto entre los niños y niñas menores de 5 años (56% y 64%, respectivamente) como entre los y las jóvenes de 18 a 20 años (63% y 88%, respectivamente).

Este departamento, junto con Loreto y San Martín, presentan los mayores retos en el área de orientación y atención en salud reproductiva pues tienen los índices más altos del país, tanto en el inicio de la vida conyugal entre las adolescentes mujeres como en maternidad. En la provincia de Purús el 52% de las jóvenes entre los 15 y 18 años se encuentra casada o conviviendo con su pareja y el 56% entre los 15 y 20 ha experimentado la maternidad.



UCAYALI

Provincia	Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años		Niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años							
	ETNICIDAD		CARACTERÍSTICAS GENERALES				SALUD		EDUCACIÓN		PROTECCIÓN							
	Lengua que aprendió a hablar en la niñez de 3 a 17 años (%)		Hogares con electricidad (%)	Hogares que utilizan carbón, leña o bosta/estércol para cocinar (%)	Hogares con chimenea (del total de hogares que cocinan con carbón, leña o bosta/estércol) (%)	Acceso a fuentes mejoradas de agua (%)	Acceso a fuentes mejoradas de saneamiento (%)	Primaria completa en niños y niñas de 12 a 13 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 a 18 años (%)	Niños y niñas que tienen partida de nacimiento (%)		Jóvenes de 18 a 20 años que tienen DNI (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 18 años que conviven o están casadas (%)	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad (%)				
Coronel Portillo	0.1	0.0	0.6	7.1	92.0	18	71	47	10	46	35	72	51	76	83	82	19	25
Atalaya	0.3	0.2	38.8	11.6	49.0	69	29	89	2	22	15	46	17	44	56	63	43	47
Padre Abad	1.6	0.0	0.1	4.9	93.1	49	47	69	5	18	29	61	33	80	85	82	28	33
Purús	0.2	0.0	2.1	73.2	24.2	71	25	96	1	0	4	30	11	58	64	88	52	56
Departamento	0.3	0.1	5.2	8.0	86.3	28	62	55	8	40	31	68	45	72	80	80	23	28

Fuente: REDATAM.

ANEXOS

Anexo 1

Bases de datos empleadas en el estudio⁷³

1. Censo Nacional 2007⁷⁴

El Censo Nacional 2007, XI de Población y VI de Vivienda, fue uno “de hecho”, es decir, la población de estudio estuvo constituida por todas aquellas que se encontraron en la vivienda en el “momento del censo” (específicamente, a las cero horas del día del censo). El censo fue llevado a cabo de manera simultánea en todo el territorio nacional, desarrollándose en un solo día en el caso de las áreas urbanas (21 de octubre de 2007) y en 15 días calendarios en el área rural (del 22 de octubre al 5 de noviembre).

2. Censo Escolar 2008

Tal como se señala en la página web del Ministerio de Educación⁷⁵, es una actividad anual de recolección de datos sobre alumnos matriculados, docentes y características de los locales escolares, a nivel de cada institución educativa. Su unidad de análisis son las instituciones educativas públicas y privadas de todos los niveles y modalidades, con excepción del nivel superior universitario.

3. Evaluación Censal de Estudiantes ECE 2009⁷⁶

Evaluó las competencias en los estudiantes de segundo grado de primaria, que asisten a instituciones educativas (públicas y privadas) con cinco o más alumnos. No se incluyó a las escuelas del programa de Educación Intercultural Bilingüe EIB. Las competencias evaluadas fueron la comprensión de textos escritos, en el área de comunicación; y el uso de los números y operaciones para resolver problemas, en el área de Matemática. Las evaluaciones se aplicaron los días 15 y 16 de diciembre del 2009, cubriendo el 90% de las instituciones educativas programadas y al 81% de estudiantes de estas escuelas.

73 En el caso de las bases de datos que también fueron empleadas en la elaboración del Estado de la Niñez Indígena, la descripción coincide con la presentada en dicho estudio.

74 La información se tomó de INEI (2008:467).

75 Disponible en: <<http://escale.minedu.gob.pe/escale/inicio.do?pagina=83>>. Acceso web octubre 2009.

76 Esta información proviene de la página web del Ministerio de Educación. Acceso web marzo 2010.

4. Listado del número de establecimientos de salud por categoría

Base de datos proporcionada por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, donde se especifica a nivel distrital la cantidad de establecimientos de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2. Los datos corresponden al año 2009.

5. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2009⁷⁷

La ENAHO 2009, como las encuestas elaboradas anualmente desde la década de 1990, busca generar indicadores que permitan conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y de las condiciones de vida de los hogares y la población. Esta encuesta recoge información sobre las características de la vivienda, del hogar y sus miembros, así como datos sobre educación, salud, empleo, gastos e ingresos, entre otros.

El período de ejecución es de forma continua, desde el mes de mayo de 2003. La selección de la muestra toma como marco muestral básico la información estadística proveniente del Censo Nacional 2005, X de Población y V de Vivienda, y el material cartográfico respectivo. Cabe señalar que, la muestra de la ENAHO 2009 es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio.

Las ENAHO anuales permiten obtener estimaciones de las características de la población a nivel nacional, por área y departamento; así como para las zonas de costa, sierra y selva, para los ámbitos urbano y rural, en cada uno de los tres casos. Los informantes son el/la jefe de hogar, ama de casa, perceptores y personas de 12 a más años de edad.

6. Módulo de mediciones antropométricas – ENAHO 2008

En el marco de la ENAHO 2008 del primer trimestre, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) tuvo a su cargo la aplicación de un módulo de mediciones antropométricas. El objetivo⁷⁸ fue dar cuenta del estado nutricional de la población peruana, determinando, entre otros, la prevalencia de:

- desnutrición crónica, aguda, global y sobrepeso de los niños y niñas menores de 10 años.
- exceso de peso en los niños y niñas mayores de 10 años.
- anemia en los niños y niñas menores de 5 años y en las mujeres en edad fértil.

⁷⁷ Tomado de la sección Microdatos de la página web del INEI. <<http://www.inei.gob.pe/> Acceso octubre 2009>.

⁷⁸ Tomado de la página web del CENAN. Acceso Abril 2010. Disponible en: <<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/ins/CenanBiblioDig/DataLib.xml>>.

Los datos empleados en el presente estudio corresponden a los de desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 11 años; y de sobrepeso, para los y las adolescentes de 15 a 19 años.

7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2009

La ENDES tiene por objetivo brindar información sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y los niños y niñas menores de 5 años. Esta encuesta se implementó en el país cada cinco años entre los años 1986 y 2000. A partir del año 2003 se cambió al formato de encuesta continua, cuya muestra era distribuida a lo largo de 4 años de implementación.

La ENDES 2009 forma parte de la muestra ENDES 2009-2011 que busca proporcionar indicadores de seguimiento y monitoreo a los Programas Estratégicos para el período 2009-2011. De acuerdo a la ENDES 2009, los indicadores de mujeres en edad fértil son estadísticamente sólidos a nivel de región natural (costa, sierra, selva y Lima Metropolitana) y departamental. Con el fin de proporcionar al lector criterios de comparación entre grupos y años, el presente estudio presenta los intervalos de confianza correspondientes.

La población objetivo de la encuesta son los hogares y sus miembros, en especial, las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y sus hijos menores de 5 años. La información recogida a nivel de hogar se refiere a características básicas del mismo, sus integrantes y la vivienda. La información sobre mujeres en edad fértil cubre temas como reproducción, anticoncepción y mortalidad materna, entre otros. En cuanto al diseño, se tiene que la muestra es probabilística, de áreas, estratificada, trietápica, autoponderada y sin reemplazo.

Anexo 2

Indicadores utilizados en la elaboración del Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia

INDICADOR	FUENTE	DEFINICIÓN Y ESPECIFICACIONES
1. DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN		
Tasa de desnutrición crónica de niños de 0 a 5 años de edad.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009, INEI.	Cantidad de niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición crónica sobre el total de niños y niñas en dicho rango de edad. Desnutrición crónica: Se entiende que un niño tiene desnutrición crónica si su talla se encuentra por debajo de la esperada para su edad, es decir, que muestra un retardo en el crecimiento.
Proporción de partos atendidos por profesionales de salud (médico, obstetrix o enfermera).	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009, INEI.	Número de partos atendidos por un médico, obstetrix o enfermera sobre el total de partos atendidos (incluyen los partos mencionados y los atendidos por promotor/sanitario, partera/comadrona u otra persona).
2. DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN		
Proporción de niños de 3 a 5 años de edad que asiste a un centro de educación inicial.	Encuesta Nacional de Hogares 2009, INEI.	Cantidad de niños y niñas entre 3 y 5 años de edad que asiste a un centro de educación inicial, sobre el total de niños y niñas en este rango de edad. Solo se incluye información de los meses de abril a diciembre (época escolar).
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad cuya madre no alcanzó a culminar la educación primaria.	Encuesta Nacional de Hogares 2009, INEI.	Cantidad de niños y niñas de 0 a 5 años cuyas madres no terminaron el nivel de educación primaria sobre el total de niños y niñas en este rango de edad.
3. DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS		
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad en hogares que carecen de fuentes mejoradas de agua y desagüe.	Censo Nacional 2007, INEI.	Cantidad de niños y niñas de 0 a 5 años que residen en hogares donde no se tiene acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe sobre el total de niños y niñas en ese rango de edad. Fuentes mejoradas de agua: conexión a una red pública (dentro o fuera de la vivienda, pero dentro del edificio) o pilón de uso público. Fuentes mejoradas de desagüe: conexión a una red pública (dentro o fuera de la vivienda, pero dentro del edificio) o pozo séptico.
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad en hogares con alta dependencia económica.	Encuesta Nacional de Hogares 2009, INEI.	Cantidad de niños y niñas de 0 a 5 años en cuyo hogar el/la jefe de familia no cuenta con primaria completa y hay tres o más miembros en el hogar por perceptor de ingresos, sobre el total de niños y niñas de este rango de edad.
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad que no cuenta con partida de nacimiento.	Censo Nacional 2007, INEI.	Cantidad de niños y niñas de 0 a 5 años que no cuenta con partida de nacimiento sobre el total de niños y niñas en ese rango de edad.

Anexo 3-1

Características de los establecimientos de salud del nivel de atención I

Categoría	Definición	Profesionales y/o técnicos de salud en el centro	Salud comunitaria y ambiental	Consulta externa médica
I-1 Puesto de Salud	Atención integral ambulatoria, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, y fomentando la participación ciudadana.	Técnico de enfermería y puede adicionalmente contar con una enfermera y/o obstetrix. Profesional médico itinerante.	Sí	Itinerante
I-2 Puesto de Salud con médico	Atención integral ambulatoria, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, y fomentando la participación ciudadana.	Además del personal de la categoría I-1, cuenta con un médico general.	Sí	6 a 12 horas
I-3 Centro de Salud sin internamiento	Atención integral ambulatoria, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior a las categorías I-2.	Médico cirujano o médico familiar; enfermera; obstetrix; técnico o auxiliar de enfermería; odontólogo; técnico de laboratorio; técnico de farmacia; técnico o auxiliar de estadística.	Sí	12 horas
I-4 Centro de Salud con internamiento	Atención médica integral ambulatoria y con internamiento de corta estancia, principalmente enfocada al área de materno-perinatal e infantil (A partir de este nivel se cuenta con un centro obstétrico/sala de parto).	Profesionales de la salud: médico cirujano o médico familiar; prioritariamente médicos de la especialidad de gineco-obstetra y pediatría; personal de enfermería; personal de obstetricia; odontólogo. Puede haber químico farmacéutico, nutricionista y asistente social. Técnico o auxiliar: técnico o auxiliar de enfermería, técnico de laboratorio, de farmacia, administrativo, técnico o auxiliar de estadística.	Sí	12 horas

Fuente: Elaboración propia en base a la Norma Técnica N° 021/MINSA /DGSP V.01 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", Ministerio de Salud (2004).

Anexo 3-2

Provincias que no disponen de establecimientos de salud de las categorías I-4, II y III⁷⁹ al año 2009

Departamento	Provincia	Población 2007 ^{1/}	% sin acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe ^{2/}	% de población con lengua materna originaria ^{3/}	Total establecimientos de categoría I-1	Total establecimientos de categoría I-2	Total establecimientos de categoría I-3
Amazonas	Bongara	27,465	39	0	18	2	3
Amazonas	Luya	48,328	52	99	27	11	8
Áncash	Aija	7,995	59	38	6	1	1
Áncash	Antonio Raymondi	17,059	15	77	7	2	1
Áncash	Corongo	8,329	31	9	6	2	1
Áncash	Ocros	9,196	34	9	5	0	1
Ayacucho	Huanca Sancos	10,620	65	81	7	2	1
Ayacucho	Paucar del Sara Sara	11,012	26	51	10	2	1
Ayacucho	Sucre	12,595	35	77	14	1	2
Ayacucho	Víctor Fajardo	25,412	38	87	26	2	2
Ayacucho	Vilcashuamán	23,600	42	90	11	1	1
Huánuco	Pachitea	60,321	79	47	1	4	3
Huánuco	Lauricocha	35,323	69	10	10	2	3
Huánuco	Yarowilca	32,380	72	61	9	2	1
La Libertad	Julcán	32,985	67	0	3	4	1
Lima	Barranca	133,904	14	3	20	14	4
Lima	Cajatambo	8,358	39	14	6	2	0
Lima	Huaral	164,660	23	4	13	10	14
Puno	San Antonio de Putina	50,490	68	70	8	1	2
Tacna	Candarave	8,373	54	22	8	2	1
Tacna	Jorge Basadre	9,872	26	20	2	3	2
Tacna	Tarata	7,805	34	18	10	2	1
Ucayali	Purús	3,746	95	69	6	0	1
Total		749,828	41	25	233	72	55

^{1/} Volumen de población total según el Censo Nacional 2007, INEI. ^{2/} Proporción de población que reside en viviendas donde no se dispone de fuentes mejoradas de agua (conexión pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o pilón de uso público) ni de desagüe (conexión pública dentro o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o pozo séptico). ^{3/} Población mayor de 3 años, ya que la pregunta sobre la lengua materna (lengua en que se aprendió a hablar durante la niñez) se formuló para este grupo poblacional.

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del año 2009 proporcionados por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y el Censo Nacional 2007 del INEI.

⁷⁹ De acuerdo a la normatividad del Ministerio de Salud, en los establecimientos de salud de las categorías I-4, II y III deben darse las atenciones de parto.

Anexo 4

Desnutrición crónica según parámetros NCHS y OMS

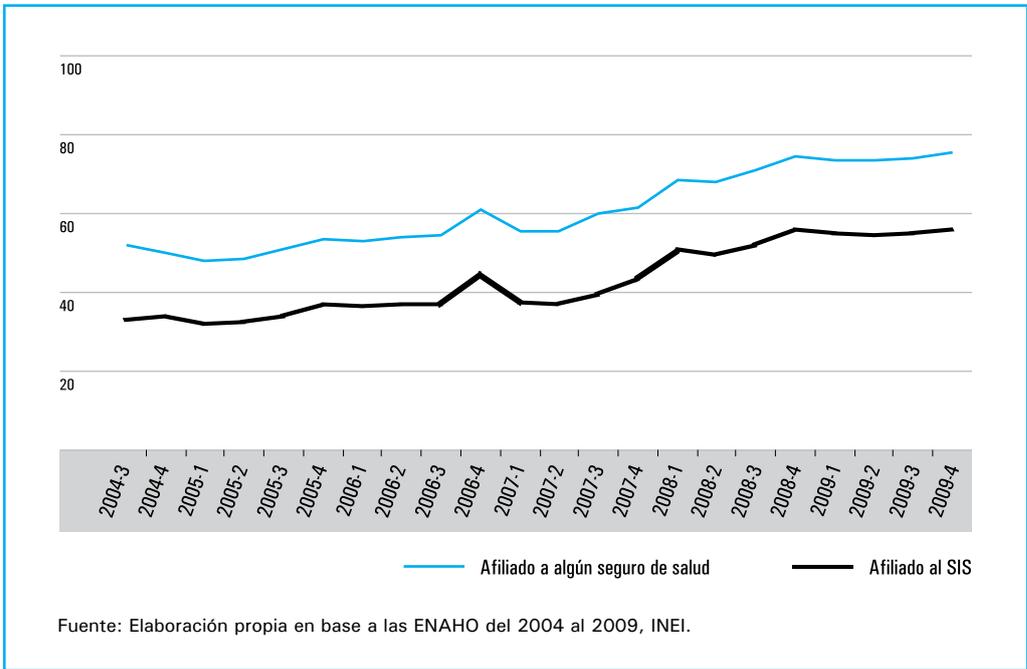
	Desnutrición Crónica					
	-NCHS-			-OMS-		
	%	Int. Conf. 95%		%	Int. Conf. 95%	
	Mín.	Máx.		Mín.	Máx.	
Área de residencia						
Urbano	10	9	11	14	13	16
Rural	33	30	35	40	38	43
Lengua materna de la madre						
Castellano	16	14	17	21	19	22
Quechua	42	38	46	51	46	55
Aymara	14	2	27	22	10	35
Lenguas originarias de la Amazonía	45	37	53	53	44	62
Nacional	18	17	20	24	22	25

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2009, INEI.

Anexo 5-1

Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud

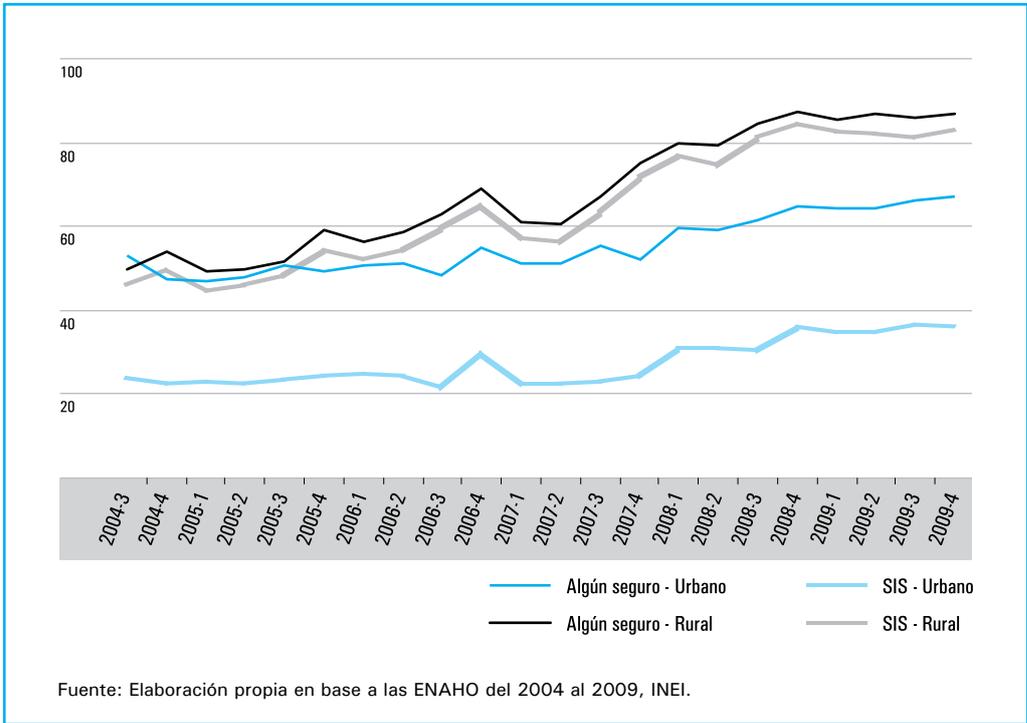
En porcentaje



Anexo 5-2

Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud por área de residencia

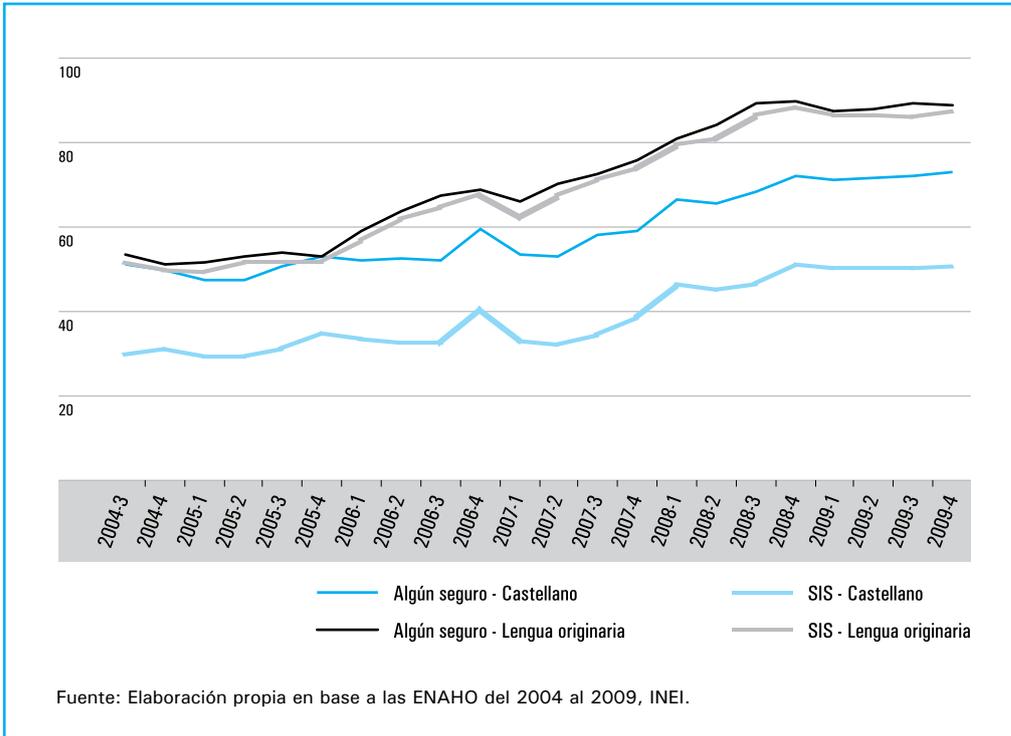
En porcentaje



Anexo 5-3

Niños y niñas de 3 a 17 años afiliados a un seguro de salud por lengua materna

En porcentaje



Anexo 5-4**Evolución de la afiliación a un seguro de salud en los niños, niñas y adolescentes de 3 a 17 años por área de residencia y lengua materna 2004-2009**

En porcentaje

Trimestre	Algún seguro de salud					Seguro Integral de Salud				
	Perú	Área		Lengua		Perú	Área		Lengua	
		Urb.	Rural	Cast.	Orig.		Urb.	Rural	Cast.	Orig.
2004-3	52	53	50	51	54	33	24	46	30	52
2004-4	50	47	54	50	51	34	23	50	31	50
2005-1	48	47	50	47	52	32	23	45	29	49
2005-2	49	48	50	48	53	33	23	46	29	52
2005-3	51	51	52	51	54	34	23	49	31	52
2005-4	53	49	59	53	53	37	25	55	35	52
2006-1	53	51	56	52	59	36	25	52	33	57
2006-2	54	51	59	53	64	37	24	54	32	62
2006-3	54	48	63	52	68	37	22	60	33	65
2006-4	61	55	69	59	69	45	30	65	41	68
2007-1	55	51	61	53	66	37	22	57	33	62
2007-2	55	51	60	53	70	37	22	56	32	68
2007-3	60	55	67	58	73	40	23	63	35	71
2007-4	61	52	75	59	76	44	24	72	39	74
2008-1	68	60	80	67	81	51	31	77	46	80
2008-2	68	59	80	66	84	50	31	75	45	81
2008-3	71	62	85	69	89	52	31	81	47	87
2008-4	74	65	87	72	90	56	36	84	51	88
2009-1	73	65	85	71	87	55	35	83	50	87
2009-2	74	64	87	72	88	54	35	82	50	86
2009-3	74	66	86	72	89	55	37	81	50	86
2009-4	75	67	87	73	89	56	36	83	51	87

Fuente: Elaboración propia en base a las ENAHO del 2004 al 2009, INEI.

BIBLIOGRAFÍA

Benavides, Martín y Carmen Ponce

(2010) *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Berger, K. S.

(2004) *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*, Buenos Aires: Médica Panamericana.

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia

(2006) *II Informe Internacional, Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, Estadísticas y Legislación*, Serie Documentos 11.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

(2007) *Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos*, En: Desafíos Nro. 4. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Consejo Nacional de Educación (CNE)

(2008) *La reducción presupuestal generará retroceso en la calidad educativa*, Boletín OPINA N° 14, Lima.

Cuenca, Ricardo y William Reuben

(2009) *Estado de la indocumentación infantil en el Perú. Hallazgos y propuestas de política*, Banco Mundial, Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

(2008) *Estado de la niñez en el Perú*. Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

(2010a) *Indicadores de resultado identificados en los programas estratégicos*, Lima.

(2010b) *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2009*, Lima.

(2010) *Nota de prensa N°023. Del 19 febrero 2010*.

(2007) *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2004-2006*, Lima.

(2001) *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2000*, Lima.

(1997) *Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 1996*, Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

(2009a) *Estado de la población peruana 2009. Situación de la mujer*. Lima.

(2009b) *Perú: Estimaciones y proyecciones de población total, por años calendario y edades simples 1950-2050*, Boletín Especial No. 17.

(2009c) *Perú: Estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025, Boletín de Análisis Demográfico No. 37.*

Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN)

(2010) *Informe de los resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN), Períodos I y III 2008, Lima.*

(2004) *Informe de los resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN), Lima.*

Ministerio de Educación

(2008) *Evolución en el Tiempo de los Indicadores de la Educación en el Perú.*

(2007) *Indicadores de la Educación Básica en el Perú 2007.*

Ministerio de Salud

(2010) *Situación Epidemiológica Mensual, Julio 2010, Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud.*

(2009) *Infección respiratoria aguda y neumonía, Boletín de Vigilancia Epidemiológica, Año 009 N° 06, Lima.*

(2008) Norma Técnica N°063-MINSA/DGSP-V.01. *Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno neonatal, Lima.*

(2006) *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases epidemiológicas para la prevención y control, Dirección General de Epidemiología, Lima.*

(2004) Norma Técnica N° 021 MINSA/DGSP V.01. *Categorías de Establecimientos del Sector Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, Lima.*

Ministerio de Salud Perú (MINSA) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

(2009) *Balance político normativo de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-SIDA, Lima, IES.*

Ministerio de Salud (MINSA) e Instituto Nacional de Salud (INS) del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

(2004) *Los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, Lima.*

Muñoz Zegarra, M.

(2008) *Promoviendo cambios sostenibles para la equidad de género y el desarrollo social a través de las cocinas mejoradas, Lima: Heifer International Perú, Documento de Trabajo No.5.*

Organización de Naciones Unidas (ONU) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

(2010) *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2009, Santiago de Chile.*

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

(2009) *EFA Global Monitoring Report 2009, Overcoming Inequality: why governance matters, París.*

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE)

(2008) *Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE), Primer Reporte.*

Pollitt, E.

(2002) *Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial de la PUCP, Lima.

Presidencia del Consejo de Ministros. Comisión Interministerial de Asuntos Sociales CIAS. Secretaría Técnica ST.

(2008) *Informe del cumplimiento de los objetivos del desarrollo de milenio*, Lima, Perú.

Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe (PREAL) y Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)

(2006) *La educación peruana sigue enfrentando desafíos, Informe de Progreso Educativo Perú*, Lima, Perú.

Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe (PREAL)

(2003) *Informe de progreso educativo Perú*, Lima, Perú.

Rodríguez, J. y S. Vargas

(2010) *Trabajo infantil en el Perú: Magnitud y perfiles vulnerables. Informe nacional 2007-2008*, Ciudad: Lima, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC), Organización Internacional del Trabajo, 2009, 182 p.

Salazar, X. y A. Silva Santisteban

(2009) *Informe final de mapeo y encuesta sociodemográfica del trabajo sexual en cuatro ciudades del Perú*, Lima, IESSDEH, REDTRANS, Miluska Vida y Dignidad, UNFPA.

GLOSARIO

BCG	Vacuna contra la Tuberculosis
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNE	Consejo Nacional de Educación
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y Adolescente
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DNI	Documento Nacional de Identidad
DPT	Vacuna contra la Difteria, Pertusis y Tétanos
ECE	Evaluación Censal de Estudiantes
EDA	Enfermedades Diarreicas Agudas
EER	Error Estándar Relativo
EIB	Educación Intercultural Bilingüe
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
ETI	Encuesta de Trabajo Infantil
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo
IDN	Índice de Desarrollo del Niño
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LLECE	Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación
MED	Ministerio de Educación
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MONIN	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales
NCHS	National Center for Health Statistics
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PREAL	Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe
PRONOEI	Programa Nacional No Escolarizado de Educación Inicial
SERCE	Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIS	Seguro Integral de Salud
SRO	Sales de Rehidratación Oral
UMC	Unidad de Medición de la Calidad Educativa
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de Inmuno-Deficiencia Humana / Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida

Publicación elaborada con el apoyo financiero del Gobierno de Canadá
a través de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)



Agence canadienne de
développement international

Canadian International
Development Agency

