

Restitución ^{de los} derechos vulnerados ^{en} niñas, niños y adolescentes

Promoviendo la cohesión social en el desarrollo de los sistemas locales de protección por una vida libre de violencia

PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2012-2021 PNAIA 2021

Evolución y proyección de indicadores en perspectiva territorial, de género e interculturalidad



desco

Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 - PNAIA 2021. Evolución y proyección de indicadores en perspectiva territorial, de género e interculturalidad.
Lima: **desco**, 2021

Niños, niñas y adolescentes / Gestantes / Desnutrición crónica infantil / Anemia / Enfoque de género / Enfoque intercultural / Enfoque de desarrollo territorial / Ministerio de Salud / Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables / Mortalidad infantil / Mortalidad materna / Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia / Políticas públicas / Presupuestos por Resultados / Programa Articulado Nutricional – PAN / Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal – SMNN / Programa de Lucha contra la Violencia Familiar / Violencia escolar / Violencia familiar / Violencia sexual / Ucayali / Huancavelica / Junín / Perú.

Consultor

Fernando Segundo Félix Córdova
Lima, junio 2021

Corrección de estilo: León Portocarrero I.

Diseño, composición e ilustraciones: Giuliana Abad G.

Coordinación y cuidado de edición: Mónica Pradel S.

Edición digital

Primera edición. Junio de 2021

ISBN: 978-612-5009-06-7

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2021-09325

© **desco**

Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo

Jr. Huayna Cápac 1372, Lima 11 - Perú / (511) 613-8300

www.desco.org.pe



Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), con cargo al Convenio "Restitución de los Derechos Vulnerados en Niñas, Niños y Adolescentes (NNA); promoviendo la cohesión social en el desarrollo de los sistemas locales de protección por una vida libre de violencia". El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo - desco, el Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo Andino Amazónico - descocentro y el CMP Flora Tristan; y no refleja necesariamente la opinión de AECID.



PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2012-2021

PNAIA 2021

Evolución y proyección de indicadores en
perspectiva territorial, de género e
interculturalidad

ÍNDICE

01. INTRODUCCIÓN

[pág. 9]

02

ASPECTOS GENERALES

[pág. 14]

03

MARCO CONCEPTUAL

[pág. 16]

- 3.1 La política y las políticas públicas [pág. 17]
- 3.2 La institucionalidad pública y las políticas públicas [pág. 18]
- 3.3 La política pública y la gestión pública en el Perú [pág. 18]
 - 3.3.1. Entidades rectoras [pág. 18]
 - 3.3.2. Programas Presupuestales [pág. 26]
- 3.4 Enfoques transversales [pág. 30]

04

METODOLOGÍA

[pág. 36]

05

EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DE INDICADORES

[pág. 40]

Objetivo Estratégico 1 (OE1) Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad [pág. 41]

5.1 Resultado Esperado 1 (RE1) / Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, con respeto a su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas. [pág. 41]

- 1. Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento. [pág. 41]

- 2. Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza. [pág. 45]
- 3. Proporción de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (menos 2.5 kg.), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza. [pág. 48]
- 4. Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el periodo de 7 años anteriores a la encuesta. [pág. 54]
- 5. Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos. [pág. 55]
- 6. Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación. [pág. 60]

5.2 Resultado Esperado 2 (RE2) / Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud. [pág. 67]

- 1. Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza. [pág. 67]
- 2. Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza. [pág. 71]
- 3. Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia, región natural y departamento (concordado con Plan Bicentenario). [pág. 76]
- 4. Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad por área de residencia, región natural y departamento. [pág. 79]

ÍNDICE

- 5. Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad. [pág. 83]

- 6. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia local, región natural, quintil de riqueza y departamento. [pág. 83]

Objetivo Estratégico 3 (OE3) Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad [pág. 88]

5.3 Resultado Esperado 9 (R9) / Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta. [pág. 88]

- 1. Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia, región natural, educación, quintil de riqueza y departamento. [pág. 88]

Objetivo Estratégico 4 (OE4) Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad. [pág. 94]

5.4 Resultado Esperado 18 (RE 18) Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan. [pág. 94]

- 1. Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan. [pág. 94]

5.5 Resultado Esperado 20 (RS 20) Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar. [pág. 97]

- 1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar. [pág. 97]

- 2. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar. [pág. 79]

5.6 Resultado Esperado 21 (RE 21) Se reduce el número de NNA que son víctimas de violencia sexual. [pág. 101]

- 1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual. [pág. 101]

06

CASOS REGIONALES: UCAYALI, HUANCVELICA Y JUNÍN [pág. 106]

6.1 Ucayali: el caso del distrito de Masisea [pág. 107]

6.2 Huancavelica: el caso del distrito de Paucará [pág. 108]

6.3 Junín: casos de los distritos de Pangoa, Mazamari y Satipo [pág. 109]

07

CONCLUSIONES [pág. 110]

08

RECOMENDACIONES [pág. 118]

FUENTES CONSULTADAS [pág. 124]

01

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente informe se enmarca en los términos del Convenio 18-CO1-001131 **“Restitución de los Derechos Vulnerados de Niñas, Niños y Adolescentes (NNA). Promoviendo la cohesión social en el desarrollo de los sistemas locales de protección, garantizando el derecho a una vida libre de violencia”**, que establece cuatro componentes de intervención: i) Salud (desnutrición crónica y anemia), ii) Reducción de la violencia infantil, iii) Embarazo adolescente asociado a la violencia sexual, y iv) Corresponsabilidad de la Sociedad Civil.

En particular, será objeto de atención el componente de Corresponsabilidad de la Sociedad Civil dedicado a la incidencia, a partir de elementos que aporten a la auditoría social de la calidad y eficiencia del gasto para garantizar los servicios de derechos en niñas, niños y adolescentes (NNA). El gasto realizado en el periodo 2012 – 2019 en el marco del PNAIA 2021 debe estar reflejado en la evolución de un conjunto de indicadores.

El PNAIA 2021 es un documento de política pública que plantea la articulación sectorial de los diversos esfuerzos del gobierno y la sociedad en torno al desarrollo integral de la infancia y la adolescencia en el país. A tales efectos establece los siguientes principios rectores: i) El interés superior del niño, ii) Igualdad de oportunidades, iii) La niña y el niño como sujetos de derechos, iv) Autodeterminación progresiva, v) Participación, y vi) La familia como institución fundamental para el desarrollo de las personas. Además, su implementación ha debido guiarse por seis enfoques concurrentes: de derechos, de ciclo de vida, de curso de

vida, de interculturalidad, de género y de equidad¹.

Asimismo, propone como visión que “Niñas, niños y adolescentes tienen igualdad de oportunidades, acceden a servicios de calidad y participan en el ejercicio, promoción y defensa de sus derechos, en conjunto con las instituciones del Estado y la comunidad, desarrollándose plenamente en el seno de su familia, en un ambiente sano y libre de violencia”. Concordante con esta aspiración, señala como misión que “El Estado, las familias y la comunidad generan condiciones para el desarrollo sostenible de las capacidades de niñas, niños y adolescentes, lo que les permite ejercer sus derechos plenamente”².

Los esfuerzos del Estado, la sociedad y la familia para materializar la visión y misión estarán delimitados en cuatro objetivos estratégicos con veinticinco resultados esperados, presididos por las siguientes seis Metas Emblemáticas (retos que impulsan a la acción):

ME1: Desnutrición crónica de la primera infancia se reduce al 5%.

ME2: El 100% de las niñas y niños de tres a cinco años de edad accede a una educación inicial de calidad.

ME3: El 70% de las niñas y niños peruanos de segundo grado de primaria alcanzan un nivel suficiente de comprensión lectora y razonamiento matemático.

¹ Ver Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021) (MIMP, 2012).

² Ídem.

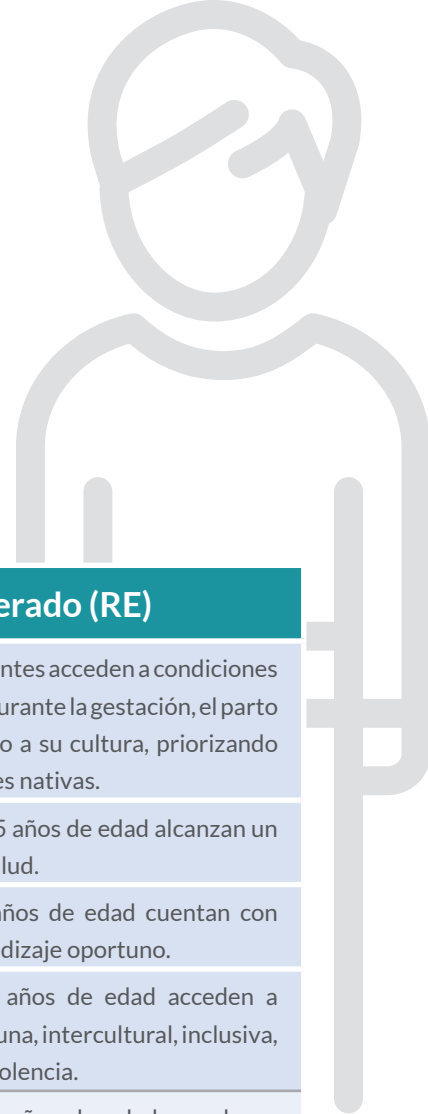
ME4: La tasa de maternidad adolescente se reduce en un 20%.

ME5: Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad.

ME6: ¡En el Perú no se maltrata a su infancia! Disminuye la violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes.

En cuanto a los objetivos estratégicos y sus respectivos resultados, se consignan los siguientes:

Objetivo Estratégico (OE)	Resultado Esperado (RE)
<p>OE1: Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.</p>	<p>RE1: Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, con respeto a su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.</p>
	<p>RE2: Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.</p>
	<p>RE3: Niñas y niños de 0 a 2 años de edad cuentan con cuidado, atención integral y aprendizaje oportuno.</p>
	<p>RE4: Niñas y niños de 3 a 5 años de edad acceden a educación inicial de calidad, oportuna, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</p>
<p>OE2: Garantizar la continuación del crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 6 a 11 años de edad.</p>	<p>RE5: Niñas y niños de 6 a 11 años de edad acceden y concluyen en la edad normativa una educación primaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</p>
	<p>RE6: Niñas, niños y adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo infantil.</p>
<p>OE3: Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.</p>	<p>RE7: Las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una educación secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia.</p>
	<p>RE8: Las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso.</p>
	<p>RE9: Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.</p>
	<p>RE10: Las y los adolescentes disminuyen el consumo de drogas legales e ilegales.</p>
	<p>RE11: Las y los adolescentes involucrados en conflictos con la ley penal disminuyen.</p>
	<p>RE12: Se reduce la infección de VIH y SIDA en las y los adolescentes.</p>
	<p>RE13: Las y los adolescentes acceden a una atención de salud de calidad y con pertinencia cultural.</p>
	<p>RE14: Las y los adolescentes no son sujetos de explotación sexual.</p>



OE4: Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

RE15: Niñas, niños y adolescentes tienen asegurado el derecho al nombre y a la identidad de manera universal y oportuna.

RE16: Niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceden a servicios especializados de educación y salud.

RE17: Niñas, niños y adolescentes están protegidos integralmente ante situaciones de trata (sexual, laboral, mendicidad).

RE18: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.

RE19: Niñas, niños y adolescentes son menos vulnerables en situaciones de emergencias y desastres.

RE20: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.

RE21: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

RE22: Niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales se integran a una familia.

RE23: Niñas, niños y adolescentes no participan en conflictos internos.

RE24: Ninguna niña, niño o adolescente fallecerá de Tuberculosis en el Perú.

RE25: Todas las niñas, niños y adolescentes cuentan con un seguro de salud.

Fuente: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (PNAIA 2021). Pág. 62.

Cada Resultado Esperado (RE) tiene asociado un conjunto de indicadores. El presente informe centra su atención en los indicadores de los siguientes RE:

Objetivo Estratégico 1 (OE1)		
Garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 5 años de edad.		
Resultado Esperado (RE)	Meta (M)	Indicador (I)
RE1: Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, con respeto a su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.	M1: Reducir un tercio la tasa de mortalidad neonatal.	I1.1: Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.
		I1.2: Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.
		I1.3: Proporción de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (menos 2.5 kg.), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

		<p>I1.4: Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el periodo de 7 años anteriores a la encuesta.</p> <p>I1.5: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.</p> <p>I1.6: Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.</p>
<p>RE2: Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.</p>	<p>M2: Disminuir al 5% la desnutrición crónica en niños, niñas menores de cinco años (concordado con Plan Bicentenario).</p>	<p>I2.1: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.</p> <p>I2.2: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.</p> <p>I2.3: Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia, región natural y departamento (concordado con Plan Bicentenario).</p> <p>I2.4: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad por área de residencia, región natural y departamento.</p> <p>I2.5: Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.</p> <p>I2.6: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia local, región natural, quintil de riqueza y departamento.</p>

Objetivo Estratégico 3 (OE3)

Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Resultado Esperado (RE)	Meta (M)	Indicador (I)
<p>RE9: Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta.</p>	<p>M3: Reducir en un 20% el embarazo adolescente.</p>	<p>I3.1: Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia, región natural, educación, quintil de riqueza y departamento.</p>

Objetivo Estratégico 4 (OE4)

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

Resultado Esperado (RE)	Meta (M)	Indicador (I)
RE18: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.	M4.1: Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 75% de los gobiernos locales, el año 2021. Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 100% de los gobiernos regionales.	I4.1.1: Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.
RE20: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.	M4.2: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.	I4.2.1: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar. I4.2.2: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.
RE21: Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.	M4.3: Se reduce el número de NNA que son víctimas de violencia sexual.	I4.3.1: Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

A grandes rasgos, los indicadores de interés para el Convenio se refieren a la situación de las niñas, niños y adolescentes en áreas como salud, educación y protección de su integridad como personas. Siendo la infancia una de las etapas cruciales en tanto base para una posterior vida saludable en sociedad, resulta de suma importancia analizar estos indicadores prestando atención a la situación desagregada territorialmente. Al respecto, UNICEF, en su informe *A 30 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: Lo avanzado y lo pendiente en Perú* publicado en noviembre 2019, señalaba que si bien el país ha tenido avances relevantes en materia infantil y adolescente, también es cierto que estos se han dado de manera heterogénea: i) la población infantil y adolescente tiene mayor incidencia de pobreza con respecto a los adultos, y se agrava cuando se trata de ámbitos rurales y condición indígena, ii) la desigualdad afecta desproporcionadamente a la población que vive en zonas rurales y periurbanas, con lengua materna distinta al castellano o con padecimiento de alguna discapacidad, iii) todavía se considera como “incapaces” a las y los adolescentes en el Código Civil y la Ley General de Salud, iv) la Educación Intercultural Bilingüe (EIB) requiere un mayor impulso y compromiso, v) la violencia se encuentra normalizada, y ante ella las más vulnerables son las niñas y las adolescentes.

Por estas razones, es indispensable analizar la evolución de los indicadores de interés para el Convenio con la

finalidad de disponer de insumos para impulsar cambios significativos en la sociedad con respecto al bienestar integral de las niñas, niños y adolescentes de nuestro país. En particular, será de importancia crucial un abordaje desde las perspectivas de género, interculturalidad, cierre de brechas y poblaciones vulnerables. Siendo así, la estructura del informe es la siguiente: luego de esta introducción, sigue una contextualización institucional del PNAIA 2021, que dará lugar a la exposición del marco teórico general que guiará la apreciación del conjunto de indicadores y la puesta en relieve de los factores subyacentes a su evolución. Enseguida, se presenta la metodología seguida para elaborar la presente entrega. Después se presentan los indicadores y las desagregaciones correspondientes, incluyendo una exposición sucinta de los posibles factores subyacentes que explican la evolución de los indicadores en el periodo 2012-2019, incluyendo una reflexión acerca de la proyección cualitativa de estos al cierre del año 2021 considerando el hecho que, desde el año 2020, nuestro país se encuentra en situación de pandemia a causa de la Covid-19. Sigue a todo esto una presentación breve de algunos indicadores para el caso de cinco distritos: Masisea (provincia de Coronel Portillo, región Ucayali), Paucará (provincia de Acobamba, región Huancavelica), Pangoa, Mazamari y Satipo (provincia de Satipo, región Junín). Continúan las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se deja constancia de las fuentes consultadas.

02

ASPECTOS
GENERALES

ASPECTOS GENERALES

Mediante Decreto Supremo 001-2012-MIMP (13 de abril de 2012) se aprueba el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, conocido como PNAIA 2021. Se trata del instrumento de política pública del Estado Peruano en materia de infancia y adolescencia que tiene por objeto orientar las acciones del Estado y la sociedad civil hacia el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes del país (MIMP, 2012; pág. 9).

Tres años después, el 14 de noviembre de 2015, el mencionado instrumento normativo es elevado a rango de ley mediante Ley 30362 que, entre otros, declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos que garantice el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2021, de modo que los recursos públicos consignados se consideran como inversión estratégica y prioritaria para el desarrollo humano integral y el desarrollo nacional, y están protegidos en caso de caída de la recaudación o desaceleración económica.

Según el reporte 2018 de avance del PNAIA 2021, en el periodo 2013-2018, alrededor del 25% del gasto público total correspondió a niñas, niños y adolescentes (GPNNA). Por cada 100 soles de presupuesto institucional modificado asignado para niñas, niños y adolescentes, se ejecutaron 87 en 2013, 89 en 2014, 91 en 2015, 88 en 2016, 88 en 2017 y 87 en 2018. El GPNNA se elevó de 23 584 millones de soles en 2013 a 33 689 millones de soles en 2018 (MIMP, 2019; págs. 191-292).

Ha sido habitual en el Perú encontrar que los indicadores relevantes evolucionen favorablemente, pero escondiendo desigualdades no resueltas, heterogeneidades. Así, con motivo de cumplidos 30 años de haberse suscrito la Convención sobre los Derechos del Niño, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) daba cuenta que la pobreza monetaria de 2018 comparada con la de 2007 para niñas, niños y adolescentes, efectivamente disminuyó de 52.5% a 28.3%, pero manteniéndose las brechas según lugar de residencia (desfavorable para quienes viven en el ámbito rural) y lengua materna (desventajosa para quienes no hablan castellano). Algo similar sucede con otras dimensiones (UNICEF, 2019):

- La mortalidad neonatal (por cada mil nacidos vivos) pasó de 25 en 1991-1992 a 10 en 2017-2018 a nivel nacional, pero con desventaja entre los más pobres (con mortalidad neonatal 14 en 2017-2018) y quienes residen en el ámbito rural (con mortalidad neonatal 14 en 2017-2018).

- La mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos) pasó de 55 en 1991-1992 a 15 en 2017-2018 a nivel nacional, pero con desventaja entre los más pobres (con mortalidad infantil 24 en 2017-2018) y quienes residen en el ámbito rural (con mortalidad infantil 22 en 2017-2018).
- La mortalidad de la niñez (por cada mil nacidos vivos) pasó de 78 en 1991-1992 a 19 en 2017-2018, pero con desventaja entre los más pobres (con mortalidad de la niñez 31 en 2017-2018) y quienes residen en el ámbito rural (con mortalidad de la niñez 28 en 2017-2018).
- La desnutrición crónica infantil se redujo de 37.4% en 2000 a 12.2% en 2018 a nivel nacional, pero con desventaja entre los residentes en el ámbito rural (25.7% en 2018).

En este contexto –señalaba UNICEF– uno de los retos pendientes es conceptualizar multidimensionalmente a la pobreza con enfoque de derechos, porque la incidencia de la pobreza monetaria es mayor entre los infantes y adolescentes frente a la población adulta, y se agrava cuando se distingue entre ámbitos urbano y rural, y según condición indígena. Por otro lado, si bien el gasto en infancia y adolescencia se ha incrementado, se requiere que este sea más equitativo y progresivo a los efectos de cerrar brechas de desigualdad (UNICEF, 2019; pág. 37).

Ante estos problemas de heterogeneidad en los resultados del desarrollo en infancia y adolescencia, corresponde identificar las causas subyacentes como condición indispensable para desarrollar un conjunto de medidas correctivas que podrían significar ajustes importantes: el refuerzo de lo que se viene realizando o el impulso de cambios drásticos en la política pública orientada a la infancia y adolescencia, para que efectivamente conduzca al cierre de brechas entre áreas de residencia, género y culturas. A tales efectos, será materia del presente documento (i) presentar la evolución de un conjunto de indicadores relevantes del PNAIA 2021, (ii) explicar las brechas existentes en términos territoriales, de género e interculturalidad y (iii) proyectar la evolución que tendrían tales indicadores al cierre del 2021.



03

MARCO
CONCEPTUAL

MARCO CONCEPTUAL

3.1

La política y las políticas públicas

La política se refiere al poder en general y las políticas públicas se encuentran en el campo de las soluciones específicas atendiendo a los asuntos públicos. La política usualmente busca establecer, o influir (favorablemente o no) en las políticas públicas para ciertos temas. El quehacer gubernamental también tiene relación con las políticas públicas a un nivel más instrumental, dado que se encuentra en el proceso de su diseño, gestión y evaluación. Desde la política se conforman las propuestas de política pública y las que llegan a materializarse mediante el ejercicio gubernamental, de modo que los gobiernos se erigen en medios para realizar las políticas públicas. Las distorsiones entre política y políticas públicas suceden básicamente cuando una es tan predominante que prácticamente la otra no existe: política sin políticas públicas solo buscan distribución del poder entre actores políticos y sociales, y políticas públicas sin política carecen de la gobernabilidad social requerida para su concreción, lo cual constituye un gran problema de diseño (Lahera, E., 2004; págs. 7-8).

Entre las características de las políticas públicas destacan algunas como las siguientes (BID, 2006; págs. 140-146):

- **Estabilidad:** Prevalecen a través del tiempo. No se trata de enarbolar la rigidez. La estabilidad es con respecto a los cambios en la política. Cuando las políticas públicas son estables, en el tiempo los cambios son ascendentes, incrementales y se consolidan los logros de distintos gobiernos sobre la base del consenso. Cuando no son estables, las políticas son altamente oscilantes e inconsultas con diversos grupos sociales. La estabilidad de las políticas públicas se remite a la capacidad de los actores políticos para la concertación y el cumplimiento de acuerdos en el tiempo, configurando políticas de Estado. La estabilidad de la política pública conduce a su credibilidad.
- **Adaptabilidad:** Admiten ajustes cuando tienen defectos, fracasos o ante circunstancias cambiantes. No se trata del extremo de adaptar políticas públicas con una mirada de corto plazo y desviándola al favorecimiento parcial de las afinidades políticas de quien gobierna, porque esto conducirá a debilitar la

estabilidad de las políticas públicas. Un rasgo de la adaptabilidad es la innovación frente a los fallos de la política pública, para encontrar nuevos cursos de acción.

- **Coordinación y coherencia:** Resultan de la articulación entre actores en el proceso de diseño e implementación, y son compatibles con políticas públicas afines. El ideal es que los distintos agentes que actúan en el mismo ámbito de políticas deberían coordinar sus acciones para generar políticas públicas coherentes. La realidad del proceso muestra que no suele ser así, y que más bien la comunicación entre actores políticos es inadecuada, poniendo en evidencia el rasgo poco colaborativo de las interacciones políticas. Puede suceder entre diferentes entidades intergubernamentales e intersectoriales, pero también al interior de las entidades cuando se ignora en el diseño y aprobación de la política pública las características de la burocracia sobre la cual recaerán los esfuerzos de la implementación. La coherencia de una política pública se expresa en su compatibilidad con otras y la coordinación que debe caracterizarla se cifra en la articulación de acciones que llevan a cabo los encargados del proceso de formulación, implementación y evaluación.

- **Calidad de la implementación y de la efectiva aplicación:** Se trata de rasgos que garantizan la eficacia de una política pública. La ineficacia de esta, por baja calidad en la implementación y la deficiente aplicación, se asocia a la carencia de burocracias capaces e independientes, y a sistemas judiciales débiles. Esta característica de las políticas públicas depende fuertemente de si los encargados de formularlas disponen de incentivos y recursos para invertir en sus capacidades.

- **Orientadas al interés público:** Se refiere a la medida en que impulsan el bienestar general. Lo contrario sería que propicien beneficios para determinados grupos que no padecen necesariamente del problema de política pública. El trasfondo de este rasgo es la

mayor o menor desigualdad, en tanto se favorece más o menos a las élites que usualmente ostentan poder económico y político. Cuando existen problemas con esta característica, usualmente existe corrupción (Quiroz, A.; 2013).

→ **Eficiencia:** Corresponde a la asignación de recursos públicos usualmente escasos con miras a garantizar rendimientos elevados. Se relaciona con la orientación al interés público, toda vez que la asignación ineficiente de recursos públicos tendría como factor subyacente el poco interés por el bienestar general, y toda asignación eficiente pensada en obtener los más altos resultados tendría que ir de la mano con mejorar el bienestar general.



3.2

La institucionalidad pública y las políticas públicas

No hay Estado sin ciudadanos ni ciudadanía sin Estado, porque el Estado tiene como finalidad la protección de los ciudadanos, pero también es el resultado de las dinámicas de la ciudadanía. Hay una interacción entre las potestades del Estado y las demandas ciudadanas. La forma en que el Estado determina su relación con la ciudadanía son las políticas públicas, con la legitimidad normativa que a la vez la fundamenta. La forma concreta que el Estado adquiere para la ciudadanía, en el marco de las políticas públicas, se manifiesta en la existencia de oficinas o servicios públicos a los que el ciudadano concurre. Estas oficinas o servicios públicos constituyen la expresión tangible de la implementación de las políticas públicas, por tanto, de la institucionalidad estatal. La presencia o ausencia del Estado puede remitirse a esta característica tangible (Huenchuan, S.; 2019, pág. 6).

Las instituciones se encuentran situadas en un contexto y sus resultados se ven influenciados por este. Así, cuando el contexto es de concentración de riqueza, ingresos y oportunidades, con fragmentación económica, regional y étnica, los sistemas políticos lo expresan siendo fragmentados, bastante inestables y excluyentes. La institucionalidad pública se debería ver interpelada para afrontar este reto, porque desigualdad y debilidad institucional son interdependientes dado que la institucionalidad frágil solamente dará cabida

a las decisiones provenientes de sectores con más información y poder, reorientando las políticas públicas a su favor a expensas de grupos mayoritariamente excluidos, perpetuando la desigualdad. A esto abona la discontinuidad de la acción pública, insuficiencia de personal calificado, poca estandarización de reglas o procedimientos, entre otros. Las instituciones como instrumentos del Estado permitirán cerrar brechas de protección y ampliar las capacidades mediante la administración y provisión de bienes públicos para toda la población con miras a la reducción de la distancia entre grupos sociales en cuanto al poder y la riqueza, y de la vulnerabilidad social (Huenchuan, S.; 2019, págs. 8-9).

Cuando las instituciones terminan siendo herramienta del Estado para desviar las políticas públicas, nos encontramos en una situación de corrupción, que a gran escala se expresa cuando las normas favorables al desarrollo, tanto formales como informales, son inexistentes, están distorsionadas o se muestran inestables. Así, la falta de disuasivos adecuados permiten comportamientos oportunistas y despóticos, costumbres rentistas o ventajas monopólicas de quienes tienen acceso al poder político, a la administración pública y a los privilegios económicos. Resultados: mayores costos de transacción, obstaculización del crecimiento y extendido incumplimiento de la ley (Quiroz, A.; 2013, pág. 45).

3.3

La política pública y la gestión pública en el Perú

En el proceso de implementación de las políticas públicas se encuentra la gestión pública, es decir, el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades públicas tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, en el marco de las políticas gubernamentales (Ley N°27785). Entre las formas de concretar la gestión pública se encuentran los denominados programas presupuestales como instrumentos del enfoque de Presupuesto por Resultados.

3.3.1. Entidades rectoras

Parte de la institucionalidad estatal que materializa las políticas públicas corresponde a las entidades públicas que actúan como autoridades centrales en temas amplios, pero a la vez específicos. Por la naturaleza de los indicadores objeto de análisis del presente informe, en materia de salud se encuentra el Ministerio de Salud (MINSU); y en materia de relaciones sociales con desequilibrios de género, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

a Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud (MINSA) tiene entre sus funciones rectoras “Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”³, así como funciones específicas tales como “Regular la organización y prestación de servicios de salud”⁴.

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es un órgano de línea competente para dirigir y coordinar intervenciones estratégicas de salud pública en materias como salud sexual y reproductiva, promoción de la salud y pueblos indígenas u originarios⁵. Cuenta con diversas unidades orgánicas, entre las cuales cabe mencionar las siguientes:

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva tiene las funciones que a continuación se indican⁶:

- Identificar y coordinar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños a la salud sexual y reproductiva de la población considerando las acciones de promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud en todas las etapas de vida, así como monitorear su desempeño en los diferentes niveles de gobierno.
- Formular e implementar las políticas, normas, lineamientos y otros documentos en materia de intervenciones estratégicas a su cargo, en todas las etapas de vida, en coordinación con los gobiernos regionales.
- Formular e implementar, en lo que corresponda, las normas y lineamientos orientados a la detección precoz y tratamiento oportuno de enfermedades vinculadas a la salud sexual y reproductiva, en coordinación con los órganos competentes.
- Formular e implementar, en lo que corresponda; así como monitorear el planeamiento y/o modelo de las acciones de las intervenciones estratégicas a su cargo; en coordinación con los actores involucrados.

- Desarrollar y realizar acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones estratégicas de su competencia en el ámbito nacional, en coordinación con los actores del Sector Salud y otros sectores del Estado y la sociedad civil, a fin de mejorar o rediseñar las intervenciones estratégicas.

- Formular, articular, promover y supervisar las acciones de promoción de la salud orientadas a desarrollar hábitos saludables y generar entornos saludables en el individuo, familia y comunidad con enfoque territorial, en materia de sus competencias y en coordinación con los actores involucrados.

- Implementar acciones de asistencia técnica y para el desarrollo de capacidades orientadas a la gestión territorial de las intervenciones en salud pública a su cargo, en los diferentes niveles de gobierno.

La Dirección de Promoción de la Salud tiene las funciones que se indican a continuación⁷:

- Identificar, promover y coordinar las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños vinculados a la salud familiar, salud escolar; alimentación y nutrición saludable; seguridad vial y cultura de tránsito; considerando las acciones de promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en salud en todas las etapas de vida, así como monitorear su desempeño en los diferentes niveles de gobierno.
- Proponer normas, lineamientos, documentos técnicos, estrategias, planes, enfoques, metodologías, programas, proyectos y demás documentos en el marco de su competencia, así como realizar seguimiento y monitoreo de su cumplimiento.
- Propiciar la articulación intersectorial, intergubernamental e interinstitucional para el abordaje de los determinantes de la salud a través de la mejora de las prácticas y entornos saludables en familia, comunidad y municipio, en el marco de la

³ Literal c, numeral 3.1, artículo 3º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

⁴ Literal a, numeral 3.2, artículo 3º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

⁵ Artículo 63º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

⁶ Artículo 68º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

⁷ Artículo 77º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

política sectorial y en coordinación con los gobiernos regionales y locales.

- Promover la elaboración e implementación de estrategias, contenidos, medios, materiales e instrumentos educativos y comunicacionales para la promoción de la salud, con énfasis en el fortalecimiento de valores y la construcción de la cultura de la Salud, en coordinación con órganos y organismos públicos competentes, según corresponda.

- Gestionar la realización de mecanismos que promuevan las intervenciones estratégicas de salud Pública, en coordinación con la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

- Promover alianzas estratégicas intergubernamentales, intra e intersectoriales con instituciones y organizaciones sociales para la promoción de la salud en materias de su competencia.

- Proponer y promover acciones para la promoción de la salud en instituciones educativas a nivel nacional, así como la incorporación de contenidos de salud, en coordinación con el Ministerio de Educación.

- Gestionar el diseño y promoción de las estrategias de comunicación social para la generación de entornos saludables y construcción de una cultura de la salud que incidan en el ejercicio de los derechos a la salud en la persona, familia y comunidad.

- Brindar asistencia técnica y capacitación a los diferentes niveles de gobierno, en materia de su competencia.

La Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios tiene las funciones que a continuación se indican⁸:

- Formular las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de los riesgos y daños a la salud de los Pueblos Indígenas u Originarios, considerando los determinantes sociales de la salud y los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.

- Identificar y proponer las prioridades de intervenciones estratégicas, con enfoque participativo,

orientadas a la prevención, control y reducción de los riesgos y daños a la salud de los Pueblos Indígenas u Originarios.

- Formular e implementar políticas, normas, lineamiento y otros documentos en materia de prevención y control de riesgos y daños a la salud de los Pueblos Indígenas u Originarios, en coordinación con las entidades competentes.

- Desarrollar y realizar acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones estratégicas orientadas a la prevención, control y reducción de los riesgos y daños a la salud de los Pueblos Indígenas u Originarios; en el ámbito nacional, en coordinación con los actores del Sector Salud y otros sectores del Estado y la sociedad civil, a fin de mejorar o rediseñar las políticas en salud pública.

- Coordinar la ejecución de las estrategias y campañas comunicacionales que promuevan las prácticas saludables en el ámbito nacional y en las materias bajo su competencia.

- Formular e implementar la normas y lineamientos orientados a la detección precoz y reducción de riesgos de enfermedades que afecten a la población indígena u originaria.

- Articular y promover acciones de promoción de la salud orientadas a desarrollar hábitos saludables y generar entornos saludables en el individuo, familia y comunidad con enfoque territorial, considerando las costumbres, creencias y modos de vida de los pueblos indígenas u originarios, en coordinación con los actores involucrados y las entidades competentes en la materia.

- Realizar actividades de promoción fomentando la cobertura de las intervenciones estratégicas en salud pública a su cargo a nivel nacional.

- Brindar asistencia técnica y capacitación a los diferentes niveles de gobierno, en materia de su competencia.

⁸ Artículo 77°, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA (05.03.2017) y modificado con Decreto Supremo N°011-2017-SA (21.04.2017).

b Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) tiene entre sus competencias la “prevención, protección y atención de la violencia contra la mujer y la familia, promoviendo la recuperación de las personas afectadas”⁹.

La Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes es el órgano de línea responsable de proponer, dirigir, articular, implementar, supervisar, monitorear y evaluar las políticas, normas, planes, programas y proyectos en el campo de la niñez y adolescencia para contribuir a su bienestar y desarrollo integral; atendiendo especialmente aquellos en situación de riesgo, discriminación, violencia y vulnerabilidad¹⁰. Entre sus funciones se encuentran “dirigir, coordinar y supervisar en representación del MIMP, el *Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente*, de conformidad con lo señalado en el Código de los Niños y Adolescentes y demás normas vigentes referidas a niñez y adolescencia”¹¹ y “formular y proponer las normas, políticas nacionales, lineamientos técnicos, mecanismos, procedimientos y funciones sustantivas, orientadas a promover la atención y el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, a fin de revertir situaciones de discriminación”¹². Cuenta con tres unidades orgánicas relacionadas:

La Dirección de Políticas de Niñas, Niños y Adolescentes tiene las siguientes funciones¹³:

- Coordinar la formulación e implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, en el marco de la política nacional y sectorial.
- Implementar, gestionar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia.
- Elaborar informes periódicos sobre la situación de los compromisos internacionales.
- Vigilar el cumplimiento del Estado Peruano de las convenciones, protocolos y otros compromisos internacionales en materia de niñas, niños y adolescentes.

- Monitorear y evaluar las políticas en materia de niñez y adolescencia.
- Apoyar a la gestión del *Consejo Consultivo de niñas, niños y adolescentes*.
- Monitorear la inversión en la infancia y la adolescencia que realiza el Estado a nivel nacional.
- Brindar asesoría técnica a los gobiernos regionales para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, normas, planes, programas y proyectos, así como el desarrollo de los *Sistemas Regionales de Atención Integral en materia de infancia y adolescencia*.
- Promover la asignación de recursos para la implementación de las políticas sobre niñez y adolescencia.
- Organizar y ejecutar acciones orientadas a la celebración de fechas emblemáticas relacionadas a los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Promover investigaciones o encuestas nacionales sobre la situación de las niñas, niños y adolescentes en el nivel nacional según competencia.
- Diseñar, implementar y realizar el seguimiento de las políticas sobre trata, trabajo forzoso, explotación sexual infantil y del adolescente en el marco de sus competencias; así como apoyar a la Dirección General en lo que se refiere a la sustracción internacional de menores de edad: niñas, niños y adolescentes.
- Proponer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a niñas, niños y adolescentes en los Centros de Atención Residencial.
- Supervisar a los organismos privados y comunales que desarrollen servicios de protección integral de los derechos y deberes en niñas, niños y adolescentes.

⁹ Literal d, artículo 2º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

¹⁰ Artículo 55º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

¹¹ Literal a, artículo 56º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

¹² Literal b, artículo 56º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

¹³ Artículo 58º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

- Registrar a los organismos privados y comunales que desarrollen servicios de protección integral actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Acreditar a los Centros de Atención Residencial de niñas, niños y adolescentes, públicos y privados actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Sancionar a los Centros de Atención Residencial por infracción a lo dispuesto en las normas sobre la materia actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Proponer y coordinar la implementación de políticas públicas de protección a favor de niñas, niños y adolescentes en situación de calle.
- Otras que le sean asignadas o le correspondan de acuerdo a Ley.

La Dirección de Sistemas Locales y Defensorías tiene las siguientes funciones¹⁴:

- Ejercer la función de Autoridad Central del *Servicio de Defensoría del Niño y del Adolescente* a nivel nacional y como tal promover, orientar, coordinar, supervisar, evaluar y sancionar dicho servicio.
- Proponer e implementar políticas y normas para una atención de calidad en las Defensorías del Niño y del Adolescente.
- Promover espacios de articulación vinculados al *Servicio Nacional de Defensoría del Niño y del Adolescente*.
- Fortalecer las capacidades de defensoras y defensores para brindar un servicio de calidad a niñas, niños y adolescentes.
- Proponer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a niñas, niños y adolescentes en las Defensorías del Niño y del Adolescente.



- Desarrollar y gestionar un sistema de información que permita conocer y evaluar el trabajo de las Defensorías del Niño y del Adolescente.
- Registrar a las Defensorías del Niño y del Adolescente actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Autorizar a las Defensorías del Niño y del Adolescente a emitir actas de conciliación que constituyen título ejecutivo, actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Promover, normar, asesorar e implementar políticas públicas para el fortalecimiento de los *Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente*.
- Coordinar con los gobiernos locales y asesorarlos en el diseño e implementación de políticas locales para el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes, a través de diferentes instrumentos de gestión, en el marco de las políticas nacionales y regionales sobre la materia.
- Promover investigaciones o encuestas sobre la situación de las niñas, niños y adolescentes en el ámbito local, sobre el *servicio de Defensorías del Niño y del Adolescente y los Sistemas Locales de Atención Integral al Niño y al Adolescente*.
- Proponer y coordinar la implementación de políticas públicas orientadas a garantizar una vida libre de violencia hacia niñas, niños y adolescentes.
- Proponer y coordinar la implementación de políticas públicas de protección frente al trabajo infantil y adolescente.
- Acreditar a las Defensoras y Defensores de las Defensorías del Niño y del Adolescente – DNA como Conciliadores Extrajudiciales especializados en Familia, actuando como primera instancia en este procedimiento.
- Sancionar a las Defensorías del Niño y del Adolescente autorizadas y a las Defensoras y Defensores Conciliadores Acreditados que incumplan con las obligaciones estipuladas en la normativa vigente que las autoriza a conciliar con título ejecutivo, actuando como primera instancia en este procedimiento.

¹⁴ Artículo 59°, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

- Fomentar y coordinar con los gobiernos locales el desarrollo de capacidades y habilidades psicosociales de niñas, niños y adolescentes, a través de actividades lúdicas u otras estrategias que contribuyan a su protección y desarrollo integral.

- Otras que le sean asignadas o le correspondan de acuerdo a Ley.



- Coordinar con los Centros de Atención Residencial, el Poder Judicial, el Ministerio Público, las Oficinas del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil y demás instituciones públicas y privadas para el cumplimiento de sus fines.

- Participar en espacios de articulación vinculados a niñas, niños y adolescentes en presente estado de abandono.

- Promover planes, programas y proyectos para la protección especial de niñas, niños y adolescentes.

- Formular y supervisar estrategias de información, prevención y comunicación en temas de su competencia.

- Formular, coordinar la implementación y hacer seguimiento de políticas y estrategias sobre niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales.

La Dirección de Investigación Tutelar tiene las siguientes funciones¹⁵:

- Diseñar y proponer las políticas y estrategias para el desarrollo del procedimiento de Investigación Tutelar en la vía administrativa.

- Velar por el cumplimiento del Código de los Niños y Adolescentes, los Convenios suscritos y la normatividad en general en materia de Investigación Tutelar.

- Proponer la normatividad complementaria y/o modificatoria que fuera pertinente en materia de Investigación Tutelar.

- Dirigir el procedimiento de Investigación Tutelar de acuerdo al Código de los Niños y Adolescentes y otras normas conexas.

- Dirigir y supervisar el Registro de Procedimientos de Investigación Tutelar.

- Sensibilizar y orientar a la ciudadanía y entidades públicas o privadas que brindan atención a las niñas, niños y adolescentes sobre la problemática del abandono o desprotección familiar y los alcances de la intervención en esta materia.

- Proponer la suscripción de convenios con las instituciones públicas o privadas vinculadas con el Procedimiento de Investigación Tutelar.

- Brindar atención inmediata a las niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono puestos a su disposición, a través de las unidades desconcentradas de Investigación Tutelar.

También está a su cargo la Unidad Ejecutora denominada Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (AURORA) el cual tiene por finalidad contribuir a la reducción de la violencia contra las mujeres, integrantes del grupo familiar y personas afectadas por violencia sexual¹⁶. En particular, tiene las siguientes funciones generales¹⁷:

- Proveer servicios especializados, articulados y de calidad para la prevención de la violencia hacia las mujeres, integrantes del grupo familiar y personas afectadas por violencia sexual.

- Proveer servicios especializados, articulados y de calidad para la atención y protección de las mujeres, integrantes del grupo familiar y personas afectadas por violencia sexual.

- Promover, coordinar y articular la creación e implementación de otros servicios relacionados para prevenir la violencia hacia las mujeres, integrantes del grupo familiar y personas afectadas por violencia sexual, así como para la atención y protección de sus víctimas, aplicando los enfoques previstos en las normas vigentes, con reconocimiento de la diversidad

¹⁵ Artículo 60º, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2012-MIMP (27.07.2012) y modificado con Decreto Supremo N°002-2015-MIMP (12.05.2015).

¹⁶ Artículo 1º, Manual de Operaciones aprobado mediante Resolución Ministerial 093-2020-MIMP.

¹⁷ Artículo 4º, Manual de Operaciones aprobado mediante Resolución Ministerial 093-2020-MIMP.

del país, sin discriminar y con respeto de los derechos fundamentales de las personas.

- Tramitar y otorgar la asistencia económica para contribuir a la protección social y el desarrollo integral de las víctimas indirectas de feminicidio.

Asimismo, **AURORA** ofrece los siguientes servicios de prevención¹⁸:



Estrategia comunitaria. Buscar fortalecer la participación comunitaria y la articulación institucional realizando las actividades que a continuación se mencionan:

- Desarrollo de habilidades para fortalecer autoestima y capacidad de decisión frente a situaciones de violencia (fortalecer autoestima y autonomía personal de las mujeres que buscan y no buscan ayuda ante hechos de violencia de pareja; y contribuyen en su proceso de empoderamiento para la toma de decisiones).
- Empoderamiento socio económico de las mujeres víctimas o en situación de riesgo (promover la autonomía económica de las mujeres en situación de violencia y en riesgo de serlo a través de colocaciones laborales, mejoramiento del grado de empleabilidad o desarrollo de iniciativas de emprendimiento en sus diversas modalidades, mediante la articulación con instituciones públicas y privadas, así como el seguimiento y monitoreo de las usuarias que han decidido insertarse laboralmente sea de manera dependiente o independiente).
- Orientación a hombres para la construcción de una nueva forma de masculinidad que no permita la transmisión del ciclo de violencia (se desarrolla un proceso de fortalecimiento de capacidades a los hombres de la comunidad que voluntariamente participan en un proceso de formación a través de un conjunto de sesiones que al culminar se constituyen los “Colectivos de Hombres”. Busca que los hombres reduzcan su tolerancia social frente a la violencia familiar, a través del cambio de creencias y actitudes que naturalizan, justifican, reproducen y perpetúan la violencia hacia las mujeres).
- Capacitación y sensibilización a la comunidad (fortalecer las capacidades de líderes y lideresas de las comunidades para contribuir a reducir la tolerancia social frente a la violencia hacia las mujeres y los integrantes del grupo familiar, a través de la formación de redes de

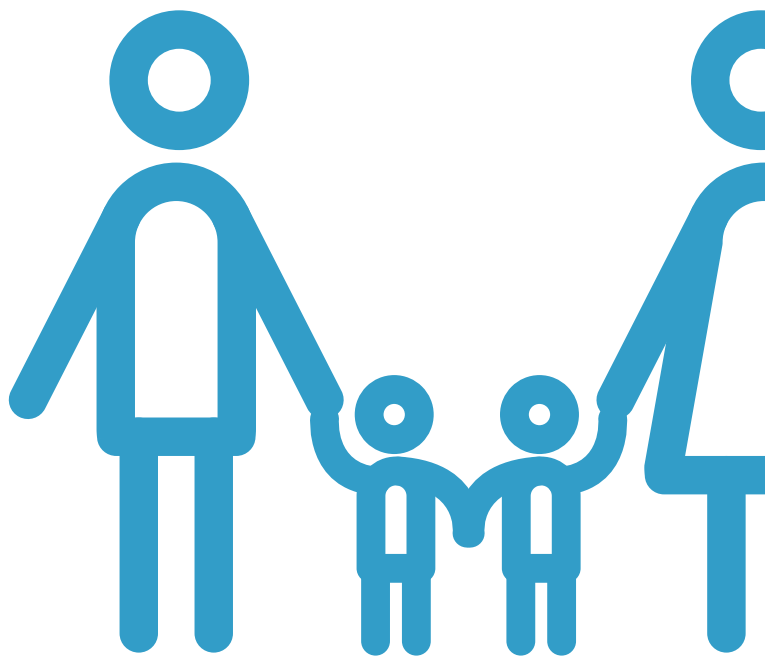
facilitadores(as) y agentes para el desarrollo de acciones preventivo promocionales, la incidencia y vigilancia de la agenda local; a través de ello, se espera llegar a las y los integrantes de los hogares).



Estrategia Comunicacional. Se entrega a través de medios de comunicación masivo (radio, televisión, periódicos, redes sociales) bajo la forma de campañas, movilización ciudadana en espacios públicos y las redes sociales, la incidencia en medios de comunicación y el involucramiento de actores con poder de influencia en la cultura nacional, para contribuir a transformar creencias, imaginarios y actitudes que toleran la violencia en comportamiento de rechazo y compromiso con el derecho a una vida libre de violencia.



Estrategia con la Comunidad Educativa. Busca contribuir con el desarrollo de competencias socio afectivas en los (as) estudiantes. En dicho contexto, el MIMP y el Ministerio de Educación (MINEDU) desarrollan un trabajo articulado en materia de la promoción del buen trato y la prevención de la violencia, embarazo adolescente y trata de personas con énfasis en explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, con la finalidad de contribuir con la reducción de la tolerancia social frente a la violencia.



¹⁸ Capítulo III, Manual de Operaciones aprobado mediante Resolución Ministerial 093-2020-MIMP.

Del mismo modo, **AURORA** ofrece los servicios de atención, protección, orientación y reeducación siguientes:

Centros Emergencia Mujer. Son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia sexual. Realizan acciones de prevención de la violencia, y la promoción de una cultura democrática y respeto a los derechos humanos.

Centros Emergencia Mujer – Comisaría. Servicio público interdisciplinario, ininterrumpido y gratuito, que brinda atención integral para la protección, recuperación y acceso a la justicia de las personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual, a partir de la concentración de instancias gubernamentales en un mismo espacio físico, a fin de brindar una atención interinstitucional, secuencial y coordinada.

Servicios de Atención Urgente – SAU. Es un servicio público especializado, interdisciplinario y gratuito que brinda atención inmediata y en el lugar donde se encuentra la persona afectada o donde ocurrieron los hechos de violencia contra mujeres, los integrantes del grupo familiar y violencia sexual, especialmente las que se encuentran en situación de riesgo moderado o severo para realizar acciones orientadas al cese de los hechos de violencia y resolver la urgencia a través de estrategias de articulación intra e intersectorial contribuyendo con el acceso a la justicia, protección y recuperación de la persona afectada.

Centro de Atención Institucional – CAI. Son centros públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos, que brindan atención integral para contribuir al cese de la conducta violenta del hombre sentenciado por violencia contra la pareja o en proceso de sanción, a través de la reeducación de sus creencias, percepciones, ideas y pensamiento sobre la mujer, teniendo como finalidad la protección de la víctima.

Hogares de Refugio Temporal. Llamados también Casa de Acogida, forman parte del Sistema de Atención Integral. Son lugares temporales para víctimas de violencia, brindan protección, albergue, alimentación y atención multidisciplinaria propiciando su recuperación integral.

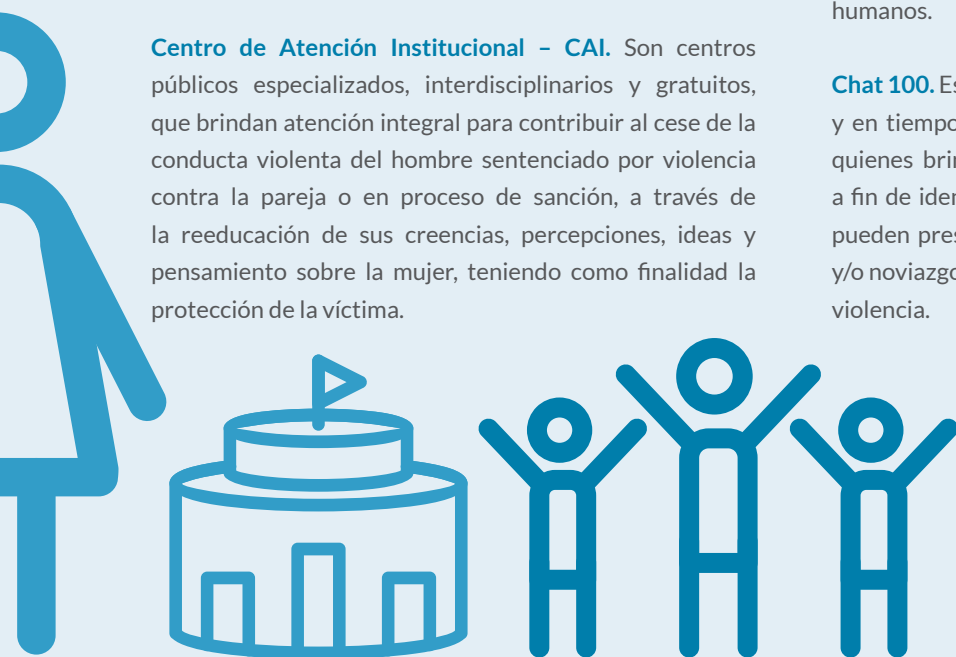
Línea 100. Es un servicio gratuito de 24 horas, especializado en brindar información, orientación, consejería y soporte emocional a las personas afectadas o involucradas en hechos de violencia sexual y a quienes conozcan sobre algún caso de maltrato en su entorno mediante atención telefónica a nivel nacional.

La Línea 100 cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales especializados en atender temas de violencia que, posteriormente serán derivados a los Centros de Emergencia Mujer (CEM), u otras instituciones que atienden la problemática, realiza las siguientes acciones:

- Derivación de casos de violencia
- Contención emocional
- Atención de llamadas de retorno
- Coordinación telefónica de urgencia

Estrategia de Prevención, Atención y Protección Frente a la Violencia Familiar y Sexual en Zonas Rurales. Se implementa en distritos rurales de costa, sierra y selva del Perú con la finalidad de contribuir al acceso a la justicia y derechos de la población de las zonas rurales, ámbitos de comunidades campesinas e indígenas y el derecho consuetudinario, bajo el pleno respeto de los derechos humanos.

Chat 100. Es un servicio personalizado a través de internet y en tiempo real, a cargo de profesionales del Programa quienes brindan información y/u orientación psicológica a fin de identificar situaciones de riesgo de violencia que pueden presentarse en las relaciones de enamoramiento y/o noviazgo, y también atienden a personas afectadas por violencia.



3.3.2. Programas Presupuestales

El Presupuesto por Resultados es una estrategia de gestión pública que busca establecer un vínculo causal entre la asignación de recursos y los beneficios para la población, a partir de la secuencia recursos-productos-resultados. Uno de sus instrumentos más conocidos es el Programa Presupuestal, aquel que permite identificar las acciones que se van a realizar para proveer de bienes y servicios desde el Estado a la población. Se espera alcanzar un resultado a favor de esta, de modo que se contribuye a un resultado final asociado a un objetivo de política pública (MEF, 2017; pág. 17)

Los indicadores objeto de atención del presente informe tienen un contexto institucional marcado por el funcionamiento de determinados programas presupuestales, entre los cuales cabe mencionar los siguientes:

Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN)

Este programa presupuestal se encuentra a cargo del MINSA. Tiene por objetivo final reducir la morbi-mortalidad materno neonatal entre las mujeres en edad fértil, gestantes y los recién nacidos. A tal efecto, concibe como resultados intermedios, entre otros, (i) población informada sobre salud sexual, salud reproductiva y métodos de planificación familiar, (ii) reducción de la morbilidad y mortalidad materna, y (iii) reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal¹⁹.

Los indicadores que se encuentran en los alcances del PSMN y serán objeto de análisis en el presente informe se mencionan a continuación:

- **La tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos.** Este es uno de los indicadores de *resultado final* del programa presupuestal Salud Materno Neonatal. Se trata del número de nacidos vivos que fallece antes de cumplir el primer mes de vida por cada 1000 nacidos vivos. Esta

tasa tiene como periodo de referencia las defunciones de menores de un mes de edad ocurridos en los últimos 10 años, con respecto al total de nacidos vivos en ese mismo periodo (MINSA, 2019a; pág. 114).

- **La tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos.** Este indicador es de *resultado final* del programa presupuestal Salud Materno Neonatal. Sirve para determinar el efecto que las intervenciones sanitarias y sociales tienen en la calidad de vida y desarrollo social de la mujer (MINSA, 2019a; pág. 112).

- **La proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.** Es un indicador de *resultado intermedio* del programa presupuestal Salud Materno Neonatal. Se trata del porcentaje de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, nacidos en los 5 años anteriores de la encuesta (MINSA, 2019a; pág. 126).

- **El porcentaje de mujeres (15 - 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez.** Corresponde al indicador de *resultado específico* del programa presupuestal Salud Materno Neonatal. Es el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años (MINSA, 2019a; pág. 144).

- **El porcentaje de parto institucional del último nacimiento.** Este indicador corresponde al producto *Atención del Parto Normal* contemplado en el presupuestal Salud Materno Neonatal. Consiste en el porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud (MINSA, 2019a; pág. 123).

La atención de parto normal es el servicio que se brinda a la gestante y al recién nacido durante el proceso de parto vaginal, realizado por el médico gineco-obstetra, obstetra o médico cirujano capacitado, en establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB). Incluye el parto vertical con adecuación intercultural. Los profesionales responsables de la atención requieren actualizarse al menos por 75 horas al año en la modalidad de pasantías en atención de parto vertical y talleres de interculturalidad (MINSA, 2019a; pág. 93)

¹⁹ Ver Ficha Resumen del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Versión 2019. Extraído del siguiente enlace web: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/prog_presupuestal/articulados/articulado_0002_2019.pdf

Cuadro n° 1
Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN)
Indicadores de interés según nivel de objetivo del PSMN

Nivel de objetivo	Descripción	Indicadores
Resultado final	Reducir la morbi-mortalidad materno-neonatal	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos Tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos
Resultado intermedio	Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación
Resultado específico ^{1/}	Acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud reproductiva y sexual	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres (15 - 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez
Producto	Atención del parto normal	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de parto institucional del último nacimiento

1/: Lo que se consigna en el marco lógico del PSMN es 'Resultados Intermedios' y no 'Resultado Específico'. Sin embargo, en la ficha del indicador expuesta en el documento técnico del programa (Anexo 2; 2019), se menciona que el indicador corresponde al ámbito de control de resultado específico. Si bien el indicador se denomina 'porcentaje de embarazo en adolescentes', su definición es plenamente compatible con el nombre 'porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez'. Ha sido incluida en el resultado específico mencionado en el cuadro atendiendo a la justificación del indicador: 'en la medida en que la comunidad educativa recibe efectivamente un conjunto de actividades que promueva la educación sexual integral en los niños y adolescentes, contribuirá a mantener o mejorar la salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos este grupo poblacional, dentro de ellos el embarazo en adolescentes'.

Programa Articulado Nutricional (PAN)

Este programa presupuestal se encuentra a cargo del MINSA. Tiene por objetivo final disminuir la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años. A tal efecto, concibe como resultados intermedios: (i) mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, (ii) reducir la morbilidad en Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y otras enfermedades prevalentes, (iii) reducir la incidencia de bajo peso al nacer, (iv) mejorar el estado nutricional de la gestante y (v) hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses²⁰.

Los indicadores que se encuentran en los alcances del PAN y serán objeto de análisis en el presente informe se mencionan a continuación:

→ **El porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón OMS).** Este es el indicador de resultado final del Programa Articulado Nutricional. Se refiere al porcentaje de niños menores de 5 años de edad cuya talla para la edad está dos



desviaciones estándar por debajo de la mediana del patrón de crecimiento internacional tomado como población de referencia (MINSA, 2019b; pág. 181).

→ **La proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad.** Es un indicador de resultado específico del Programa Articulado Nutricional. Consiste en el porcentaje de niñas y niños con edad entre 6 y menos de 36 meses que tienen menos de 11 gramos de hemoglobina por decilitro de sangre. La anemia es una condición en la

²⁰ Ver Ficha Resumen del Programa Articulado Nutricional. Versión 2019. Extraído del siguiente enlace web: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/prog_presupuestal/articulados/articulado_0001_2019.pdf

cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina es un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro (MINSA, 2019b; pág. 182).

→ **La proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg).** Es un indicador de resultado específico del Programa Articulado Nutricional. Consiste en el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años que independientemente de su edad gestacional pesaron menos de 2500 gramos al momento de su nacimiento.

El peso al nacer es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento y hasta un máximo de 24 horas posteriores al nacimiento del niño (MINSA, 2019b; pág. 186).

→ **El porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.** Es un indicador del producto Niños con vacuna completa del Programa Articulado Nutricional. Es el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que han recibido las vacunas básicas recomendadas para su edad: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis contra la poliomielitis (2 IPV/1 APO) y 1 dosis contra el sarampión (SPR) (MINSA, 2019b; pág. 189).

Cuadro nº 2

Programa Articulado Nutricional (PAN) Indicadores de interés según nivel de objetivo del PAN

Nivel de objetivo	Descripción	Indicadores
Resultado final	Reducir la desnutrición crónica de niños menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón OMS)
Resultado intermedio	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses	Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad
	Reducir la incidencia de bajo peso al nacer	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kg)
Resultado ^{1/} inmediato	Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses	Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad
Producto ^{1/}	Niños con vacuna completa	

1/: El documento técnico del PAN (Anexo 2; 2019) consigna el mismo indicador tanto a nivel de producto como de resultado inmediato.

Lucha contra la Violencia Familiar

Este programa presupuestal se encuentra a cargo del MIMP. Tiene por objetivo final reducir la prevalencia de la violencia familiar. A tal efecto, tiene previsto generar dos productos: (i) población cuenta con servicios de prevención de la violencia familiar y (ii) personas afectadas por hechos de violencia familiar con servicios de atención. Esto siempre y cuando se cumpla lo siguiente: (i) involucramiento y compromiso de las instituciones de los diferentes niveles de gobierno (estatales y no estatales) para el cambio de valores que legitiman la violencia familiar, y (ii) trabajo coordinado y articulado de todos los sectores, con el objetivo común de proteger a las mujeres que sufren

un hecho de violencia familiar, evitando la repitencia, revictimización y consiguiendo la efectiva sanción de los agresores²¹.

Los indicadores que se encuentran en los alcances del programa y serán objeto de análisis en el presente informe se mencionan a continuación:

→ **El porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar.** Corresponde a dos segmentos etarios: de 9 a 11 años de edad, y de 12 a 17 años de edad. Los tipos de violencia que transversalmente incluye es psicológica, física y sexual. La temporalidad referencial está situada en el presente y en los últimos 12 meses con respecto a la

²¹ Ver Ficha Resumen del Programa de Lucha contra la Violencia Familiar. Versión 2019. Extraído del siguiente enlace web: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/prog_presupuestal/articulados/articulado_0080_2019.pdf

fecha de ejecución de la encuesta²². El lugar donde ocurre la violencia es en el entorno familiar y la ejerce alguien que habita en ella sobre la niña, niño o adolescente víctima.

→ El porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar. Corresponde a dos segmentos etarios: de 9 a 11 años de edad, y de 12 a 17 años de edad. Los tipos de violencia que transversalmente incluye es psicológica, física y sexual. La temporalidad referencial está situada en el presente y en los últimos 12 meses con respecto a la fecha de ejecución de la encuesta²³. El lugar

donde ocurre la violencia es en la institución educativa y la ejerce el par de la niña, niño o adolescente víctima.

→ El porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual. Suele referirse a la proporción de adolescentes (12 a 17 años de edad) víctimas de violencia sexual, aunque debería incluir lo propio para el caso de las niñas y niños.

Estos indicadores se ubican a nivel de resultado específico del programa.

Cuadro nº 3

Programa de Lucha contra la Violencia Familiar Indicadores de interés según nivel de objetivo del Programa

Nivel de objetivo	Descripción	Indicadores
Resultado específico	Reducción de la prevalencia de la violencia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar • Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar • Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual

Otros indicadores

Los siguientes indicadores no han sido específicamente consignados en el marco de algún programa presupuestal. Sin embargo, se relacionan con los mencionados previamente (o con el sector responsable) en razón al significado operacional que comportan:

Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.

El porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón NCHS).

Tasa de mortalidad infantil a los 5 años anteriores a la encuesta por cada 1000 nacidos vivos.

Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.

Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.



²² Corresponde a la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES).

²³ Corresponde a la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES).

3.4

Enfoques transversales

El PNAIA 2021 tiene una sección breve dedicada a los “Enfoques de PNAIA 2012-2021”, en la que se destacan seis enfoques (MIMP, 2012; pág. 17):

- El enfoque de derechos, por el que se establece que los derechos humanos son consustanciales a la dignidad intrínseca y al valor indiferenciado entre seres humanos, prescribiendo inalienabilidad y su ejercicio sin discriminación.
- El enfoque del ciclo de vida, que prescribe a las intervenciones su oportunidad tomando en cuenta las características propias de cada etapa del ciclo de vida, con lo cual se tendrán resultados que mejoren la calidad de vida.
- El enfoque de curso de vida, en el sentido de intervenciones que están presentes tanto al comienzo como en el transcurso de la vida de los beneficiarios, de manera interrelacional que vincula una etapa de vida con otra.
- El enfoque intercultural, por el que se prescribe el reconocimiento y respeto al derecho a la diversidad, y se fomenta la interacción entre culturas equitativamente a partir del ejercicio de sus derechos.
- El enfoque de género, que prescribe la implementación de políticas que busquen lograr la igualdad de niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, sin discriminaciones de ningún tipo.
- El enfoque de equidad, que promueve el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes que proceden de grupos excluidos o desfavorecidos por motivos de género, cultura, área de residencia, condición socioeconómica, lengua o religión.

Sin embargo, es preciso anotar que, al ser enunciativamente genéricos, no otorgan una pauta precisa para valorar los avances sobre los indicadores de desarrollo. Por ello, planteamos tres enfoques que guiarán nuestra valoración sobre el particular.

Enfoque de desarrollo territorial

El Desarrollo Territorial destaca la importancia del componente geográfico en la explicación de las desigualdades socioeconómicas, en adición a desigualdades entre individuos, hogares o segmentos más específicos. La base de las desigualdades territoriales subyace en estructuras e instituciones específicas, que actúan como freno al cambio que debe suceder en las relaciones sociales en los territorios con desigualdades, a pesar de los avances que pueden registrarse en el tiempo. Lo que sucede, entonces, a pesar de registrarse avances en las políticas públicas, es la persistencia de “trampas de desigualdad” entendidas como “situaciones en las que toda la distribución es estable porque las diversas dimensiones de desigualdad (en riqueza, poder y posición social) interactúan para proteger a los ricos de la movilidad social descendente, y para impedir a los pobres de la movilidad ascendente” (Berdegué, Julio y otros, 2012; pág. 25).

La perspectiva territorial se erige como instrumento para examinar el desarrollo humano en nuestro país, porque el lugar de residencia concentra diversas estructuras y dinámicas que interrelacionadas influyen en los ingresos, la educación y la longevidad, a partir de las siguientes dimensiones del territorio (PNUD, 2019; págs. 24-27):

- **Corredores económicos.** Activan directamente dinámicas que generan oportunidades (empleo, ingresos y consumo).
- **Estructura institucional.** Genera, acelera y mantiene en el tiempo las bases del desarrollo.
- **Las relaciones sociales.** Dentro de las cuales las personas despliegan sus capacidades y habilidades como agentes de su propia expansión de libertades.
- **La dinámica natural.** La disponibilidad de recursos ecosistémicos define las condiciones para el desarrollo humano.

En los últimos tiempos el rasgo más prominente del desarrollo económico contemporáneo han sido las disparidades regionales inéditas, no solamente entre países, sino mucho más dentro de estos, sean desarrollados o no. Entre los países en desarrollo, muchos han experimentado progresos limitados en el desarrollo económico, especialmente en regiones rurales. Se trata de una brecha que nos recuerda cierta dualidad económica. Existen importantes diferencias en el acceso a los alimentos entre regiones urbanas más desarrolladas y regiones rurales

menos desarrolladas. Se pueden identificar segmentos poblacionales en cualquier país donde el hambre crónico y dietas poco saludables limitan el crecimiento de los niños y sus habilidades para aprender, y convierte a los adultos en trabajadores menos efectivos. Peor aún, todavía existen lugares donde el hambre o conduce directamente a la muerte o deja a las personas muy debilitadas ante las enfermedades. El hambre y la malnutrición tienen una marcada concentración geográfica: en barrios urbanos de bajos ingresos dentro de regiones o espacios metropolitanos, o en comunidades agrícolas de subsistencia en situación de aislamiento en regiones rurales remotas. La inseguridad alimentaria y la malnutrición dentro de un país tiende a ocurrir en concentraciones geográficas de modo tal que la inseguridad alimentaria varía en función del tipo de geografía. Usualmente se reconoce que en las áreas rurales, en materia de seguridad alimentaria, nutrición y pobreza, se tendrá éxito o no con las políticas, lo cual refleja dos realidades básicas: (i) en las áreas rurales es donde principalmente se producen los alimentos, y conforme la escasez de suministros contribuya a la inseguridad alimentaria, se debe intervenir mediante mejoras en la productividad agrícola, y (ii) la inseguridad alimentaria es realmente mucho mayor en zonas rurales en razón a la mayor dependencia de una gama relativamente menor de alimentos producidos localmente con rendimientos inestables. La pobreza afecta negativamente en tanto que, conjugada con el acceso limitado a los mercados alimentarios nacionales o mundiales, pueden expulsar a la población rural de estos mercados (OECD/FAO/UNCDF, 2016; pág. 28).

En el mundo, si bien la tendencia es que la población urbana se esté expandiendo, la cantidad de personas que viven en ámbitos rurales también se está ampliando. Todavía los habitantes rurales superan a los que residen en las ciudades. La rápida urbanización es atribuible a la migración del campo a la ciudad, debido a que las zonas rurales carecen de medios de vida adecuados, principalmente para la población más joven que, como migrantes pasan a formar parte de la urbano-marginalidad, con perspectivas laborales limitadas y bajos ingresos, incrementándose así el número de residentes urbanos con problemas de inseguridad alimentaria. Ante ello, los esfuerzos del desarrollo solamente han centrado su atención en la adecuación de la producción nacional de alimentos, sin tomar en cuenta la dinámica del acceso, utilización y estabilidad de la disponibilidad de alimentos. Por ello,

sucede que en un país el problema no es de suministro de alimentos, sino de distribución, porque esta se limita a un subconjunto de regiones con perfil metropolitano o de grandes ciudades, con ingresos más elevados, fuerzas del mercado más frecuentes y respaldadas por la presión política para mantener un acceso general a los alimentos. Mientras las regiones urbanas (donde la producción de alimentos es limitada) tienen mejor acceso a comida, las regiones rurales (donde se produce más alimentos) tienen acceso más variable y limitado a los alimentos. Esta contrariedad básica sustenta la necesidad de un enfoque territorial para la seguridad alimentaria.



La proximidad geográfica al suministro de alimentos locales es insuficiente para garantizar el acceso a los alimentos: las regiones urbanas tienen un mayor acceso a los alimentos porque están mejor conectadas con los mercados nacionales e internacionales, cuentan con capacidad para obtener alimentos provenientes de múltiples lugares, tienden a disponer de ingresos más altos que les permite adquirir alimentos incluso en épocas de escasez en que los precios son altos; en contraste, en las regiones rurales más remotas las alternativas de producción local son poco variadas por pobres o escasas conexiones a otras fuentes de alimentos y por la tendencia a depender de las pocas variedades de alimentos que se pueden producir localmente, con dificultad de incrementarse por problemas con la aptitud de la tierra o la incapacidad de actualizar los métodos de producción, además de la variabilidad

del suministro local de alimentos que implica una mayor frecuencia de episodios de inseguridad alimentaria en estas regiones rurales (OECD/FAO/UNCDF, 2016; págs. 30-31).

La modernización agrícola por sí sola impulsa a que una cantidad cada vez mayor de pobres rurales con inseguridad alimentaria se trasladen a las regiones urbanas. El problema se hace notar aquí: muchas ciudades son incapaces de absorber sus propias tasas de crecimiento poblacional, menos de absorber e integrar emigrantes rurales. Por ello, se necesita reforzar las zonas rurales para que la emigración rural-urbano cese, lo cual significa crear más oportunidades de empleo, nuevas industrias no agrícolas, poner énfasis en trabajos atractivos para la juventud rural, quienes están más propensos a dejar sus lugares de origen rural. Y aunque la pobreza rural ha mostrado signos de mejora en décadas recientes, persisten importantes focos de pobreza rural. Puede haber problemas de subestimación estadística. También es posible que parte de la disminución de la pobreza rural se deba a la emigración del campo a la ciudad, desplazando el problema a las zonas urbanas (OECD/FAO/UNCDF, 2016; págs. 32-33).

Existen diferencias regionales dentro de los países que afectan la distribución espacial de la seguridad alimentaria. La distribución espacial de la inseguridad alimentaria es relevante para los países de ingresos bajos, medios y altos, pese a que las dimensiones territoriales variarán según la etapa de desarrollo del país específico y su capacidad para producir alimentos en sus diferentes regiones. Más aún, dada la importancia evidente de incrementar el suministro mundial de alimentos para atender a una población rica en ingresos y creciente, sigue siendo relevante el aumento de la producción agrícola en el tiempo. El tránsito de la agricultura de subsistencia y semisubsistencia hacia la agricultura comercial más moderna es posible en países en desarrollo de bajos ingresos. No obstante, será menos probable que resulte en el empobrecimiento de quienes se ven expulsados de la agricultura si una inversión paralela para ampliar el desarrollo económico de las regiones rurales acompaña a las inversiones en modernización agrícola. Específicamente, las inversiones públicas en construcción de infraestructura de transporte y comunicaciones, y las inversiones en educación y formación de los menos calificados puede facilitar la transformación hacia una economía de mercado integrada (OECD/FAO/UNCDF, 2016; págs. 36).

Por otro lado, las disparidades territoriales tienen incidencia en la equidad (o inequidad) en salud. Si se entiende que la inequidad en salud hace referencia a

diferencias sistemáticas innecesarias, evitables e injustas, se pueden distinguir tres escenarios: (i) diferencias en salud actuales que se deben a causas evitables pero cuyas consecuencias en salud son abordables por lo menos paulatinamente, (ii) las diferencias de salud actuales debidas a causas estructurales evitables que provienen del pasado y que pueden abordarse curativa o paliativamente en el presente, (iii) las diferencias estructurales evitables operando en el presente y que causarán problemas de salud en el futuro, salvo que se actúe preventivamente. Disminuir estas diferencias con intervenciones adecuadas conducirá a situaciones encaminadas a la equidad en las condiciones de salud; en cobertura, acceso y uso; y en la financiera. La equidad en salud tiene cuatro dimensiones: (i) estado de salud (calidad de vida percibida o expresada en indicadores de salud y población), (ii) determinantes de salud (condiciones generales que afectan a la salud, como desigualdad de ingresos, condiciones de empleo y trabajo, educación, vivienda, acceso a agua y saneamiento básico, entre otros), (iii) recursos y oferta del sistema de salud (la dotación de condiciones para prestar servicios de salud y la existencia de programas de salud pública); y, (iv) utilización de servicios del sistema de salud (cobertura, eficacia, capacidad resolutive). Los diferenciales de desarrollo entre territorios, en consonancia con niveles altos de pobreza, son factores subyacentes a situaciones de inequidades en salud. Esta perspectiva defiende el argumento por el cual las principales razones de los malos resultados de salud se explican por la manera en que las sociedades y comunidades se organizan para vivir y desarrollarse. Por lo que la salud es una resultante del desarrollo y no consecuencia exclusiva del enfrentamiento entre el individuo contra agentes patógenos o condiciones que se creen poder controlar sin mediaciones (Fábrega, Ricardo; 2013, Págs. 1 – 3 y 13).



Enfoque de género

Permite leer la realidad desde la perspectiva de los roles y tareas que en sociedad se han asignado a hombres y mujeres, incluyendo las asimetrías, relaciones de poder e inequidades entre ellos. Por eso mismo, es posible conocer y explicar las razones que la generan, así como establecer las medidas que posibiliten su superación, es decir, superar las brechas sociales cuyo origen se encuentra en la desigualdad de género. Con enfoque de género, por ejemplo, las políticas públicas realizan las siguientes distinciones (MIMP, 2017; pág. 6):

- Se responsabiliza de la planificación familiar a mujeres y hombres tomando en cuenta los contextos específicos y sus múltiples roles e identidades.
- Involucra a las mujeres y hombres en la nutrición infantil y las políticas de cuidado, al promover la transformación de los modelos tradicionales de feminidad y masculinidad.
- Impulsan las responsabilidades compartidas en las tareas del cuidado y labores domésticas entre mujeres y hombres.

En materia de salud, la igualdad de género consiste en que hombres y mujeres tienen las mismas oportunidades para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados (OPS, S/A(a); pág. 28). Los componentes recomendables para que un programa de salud integre la dimensión de género pueden ser los siguientes (OPS, S/A(b); pág. 7):

- Abarcar la totalidad del ciclo de vida de mujeres y hombres a partir del nacimiento.
- Asumir un enfoque holístico, integrado, exhaustivo y multisectorial para abarcar al ser humano en su integridad, más allá de los servicios médicos.
- Una base sólida de datos fidedignos que exponga las diferencias determinadas por el género, establezca indicadores de resultados y considere el género como una cuestión transversal.
- El control y la toma de decisiones por parte de las mujeres y las adolescentes en relación con sus derechos y salud reproductiva, incluida la planificación familiar, los embarazos peligrosos, los abortos y el espaciamiento de los embarazos.

- La sensibilización del personal sanitario, los funcionarios del gobierno y organismos supranacionales, los hombres y los niños con respecto al daño que causa la violencia contra las niñas y las mujeres y contra sí mismos.

- La educación, la orientación y el empoderamiento de las mujeres y las adolescentes en relación con sus derechos y la manera de ejercerlos.

- Los servicios suplementarios dirigidos a las mujeres y los hombres más pobres, atentos a la diversidad cultural y las minorías.

- El reconocimiento de la contribución de las mujeres y los hombres a la prestación de atención de salud ya sea en forma remunerada o no remunerada.

Los resultados en materia de salud están en función de aspectos biológicos y socioculturales. Las diferencias en las características biológicas de las mujeres y hombres tienen implicancias evidentes sobre la salud. No es el caso en la determinación de implicancias en la salud que tienen los roles sociales y las relaciones basadas en la posición social, los valores y el comportamiento atribuidos a hombres y a mujeres. Sin embargo, no debe caerse en extremos o equívocos: un programa para mujeres no equivale a la integración de los aspectos de género. Los programas deben tratar los desequilibrios de poder y la forma como estos afectan a las mujeres y los hombres (OPS, S/A(b); págs. 8 y 10).

Enfoque intercultural

Las políticas públicas, además de consistir en disposiciones legales, administrativas y presupuestales, también son una forma de relación entre el Estado y los ciudadanos. Cuando está presente el enfoque intercultural, los términos de esta relación Estado-ciudadanos puede mejorar en tanto facilitador de sensibilidad ante la diversidad cultural, con la adecuación necesaria a las necesidades diferenciadas de los ciudadanos que, en nuestro país, está marcada por la pluralidad de razas, etnia, género, entre otros. Como ejemplos de los efectos positivos de la interculturalidad incluida en las políticas públicas cabe mencionar las siguientes (Correa, N. 2011; págs. 13-14):

- Permite avanzar hacia la igualdad en el acceso a oportunidades, igualdad en las garantías de realización de derechos humanos fundamentales y el reconocimiento de derechos específicos.

- Contribuye a mejorar la calidad, accesibilidad y pertinencia cultural de los servicios públicos esenciales para el desarrollo humano y para lograr objetivos nacionales. Esto es particularmente relevante ante la situación de pobreza y exclusión que agobia a los pueblos indígenas, que habitualmente es el doble que la población no indígena. Algo similar en cuanto a la situación de los pueblos indígenas amazónicos, quechuas y aimaras.
- Se optimiza la política social, principalmente los esquemas de protección social, al mejorar la atención de los grupos históricamente excluidos e introduciendo nuevos tópicos en la agenda pública, como luchar contra la discriminación y el racismo.
- Fortalece los sistemas de gestión de conflictos, reforzando la importancia fundamental del diálogo entre las partes implicadas.

Las políticas interculturales van más allá que las acciones afirmativas. Buscan la convivencia y el diálogo entre culturas, relaciones equitativas entre ellas con especial énfasis en los intercambios y el aprendizaje mutuo. Todo esto acompañado con la eliminación de las causas estructurales que producen la desigualdad entre las distintas culturas (Cruz, E.; 2014).

Incorporar el enfoque intercultural en el Estado implica mejorar gobernabilidad; promover el diálogo intercultural, la convivencia pacífica y la reducción de conflictos sociales; reducir las brechas sociales existentes entre diversos grupos étnicos; diseñar servicios adecuados a las particularidades culturales de una ciudadanía diversa; y, generar políticas, programas y servicios que garanticen los derechos de pueblos indígenas y la población afroperuana (CULTURA, 2016).





04

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

4.1

Tipo y diseño

El presente informe es no experimental y sí una indagación descriptiva y explicativa de la evolución de los indicadores considerados en el periodo 2012-2021.

4.2

Unidad de Análisis




Las unidades de análisis son los indicadores del PNAIA 2021 priorizados para el presente informe:

- Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos.
- Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta.
- Proporción de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (menos 2.5 kg).
- Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el periodo de 7 años anteriores a la encuesta.
- Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.
- Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.
- Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS).
- Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS).
- Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos.
- Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad.
- Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.
- Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad.
- Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez.
- Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.
- Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar.
- Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.
- Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.



Estos indicadores se desagregan a nivel nacional y regional.

En los casos de espacios territoriales provinciales y distritales se consignarán los que se encuentren oficialmente disponibles, o en su defecto se recurrirá a fuentes secundarias confiables, específicamente para los distritos siguientes:

-  ● Distrito de Masisea (provincia de Coronel Portillo, región Ucayali)
-  ● Distrito de Paucará (provincia de Acobamba, región Huancavelica)
-  ● Distritos de Pangoa, Mazamari y Satipo (provincia de Satipo, región Junín)

4.3

Forma de proyección

Para los años 2020 y 2021 se proyecta la evolución cualitativa de cada indicador considerando el escenario de pandemia por la Covid-19, con la exposición de los motivos correspondientes.

4.4

Forma de análisis

Sobre los indicadores objeto de atención se realizan dos tipos de análisis:

- **Descriptivo:** se presenta la situación evolutiva de cada indicador en términos de brechas, con las desagregaciones correspondientes.
- **Explicativo:** se exponen los mecanismos de transmisión que vinculan a los factores causales con la evolución de cada indicador, sobre la base de los enfoques transversales territorial, de género e intercultural, además del contexto institucional específico (programa presupuestal o sector específico).

4.5

Fuentes de información

Los indicadores se toman de los informes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), principalmente los siguientes para el periodo 2012-2019:

- **Perú:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (años 2012 al 2019).
- **Perú:** Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales – ENARES (años 2013, 2015 y 2019).
- Evolución de Indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2019.

Para los años 2020 y 2021, en los casos disponibles, se tomarán los indicadores proyectados por los sectores correspondientes, distinguiendo si se hizo considerando o no la pandemia de la Covid-19. En los casos no disponibles, se realizará la proyección cualitativa correspondiente.

Cabe mencionar que los indicadores reportados en los informes señalados no tienen los mismos niveles de desagregación. Por este motivo, para algunos indicadores se tendrá la distinción según niveles de riqueza, mientras para otros según autoidentificación étnica.

En el caso de los distritos específicos, se utilizará información proveniente de estudios de casos dentro del periodo de análisis, a falta de datos oficiales con nivel de desagregación distrital.

4.6

Desarrollo metodológico

- Se sistematiza la información cuantitativa de cada indicador en hojas de cálculo Excel.
- Se realiza la búsqueda de literatura pertinente al indicador bajo análisis, para la explicación correspondiente.
- Se proyecta la evolución de cada indicador para los años 2020 y 2021.
- Se explicitan las conclusiones y recomendaciones.



05

EVOLUCIÓN Y
PROYECCIÓN DE
INDICADORES

EVOLUCIÓN Y PROYECCIÓN DE INDICADORES

Se exponen la evolución y proyección de indicadores agrupándolos conforme a los Objetivos Estratégicos, Resultados Esperados y Metas correspondientes tal como se consignan en el PNAIA 2021.

Objetivo Estratégico 1 (OE1)

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



5.1

Resultado Esperado 1 (RE1)

Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, con respeto a su cultura, priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas.

Meta 1 (M1)

Reducir un tercio la tasa de mortalidad neonatal.

Indicadores priorizados

1. Tasa de mortalidad neonatal de los 10 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia y departamento.

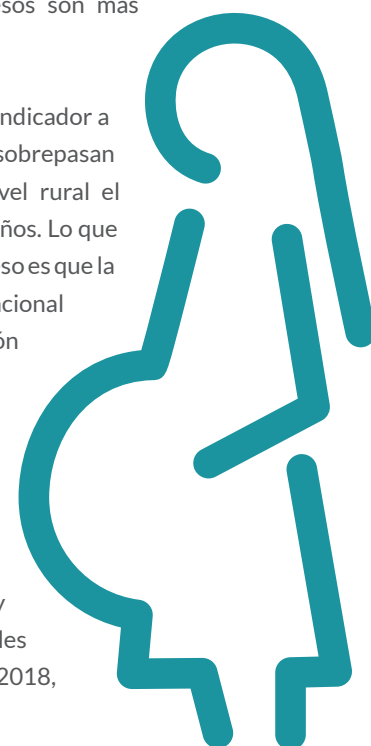
La muerte neonatal es la defunción de un recién nacido vivo ocurrido en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida²⁴. En el periodo 2012-2018 la tasa de mortalidad neonatal en el país ha disminuido ligeramente, de 12.6 a 9.9 por cada mil nacidos vivos. Esto forma parte de la tendencia de los últimos 15 años de reducción mínima de esta mortalidad, que tiene como causales diversos factores subyacentes todavía de difícil control (INEI, 2020b; pág. 154). Aún se encuentra alejada de la meta nacional al 2021 en 3.2 puntos porcentuales.

Según área de residencia

Esta mortalidad tiene magnitudes diferentes según el área de residencia. Las zonas urbanas tienen niveles más bajos con respecto al promedio nacional y a las zonas rurales. No obstante, en términos netos, la disminución en ambos casos (urbano y rural) ha sido mínima en el periodo 2012-2018: de 11.2 a 8.7 en las zonas urbanas; de 15.2 a 13.6 en las zonas rurales.

En cuanto a la evolución de este indicador, a partir del año 2016 puede notarse un retroceso en los avances para las zonas rurales, mientras a nivel nacional y urbano se observa que el deterioro empieza el año 2017. Así como los avances se han dado en mayor medida en las zonas urbanas, los retrocesos son más notables en el área rural.

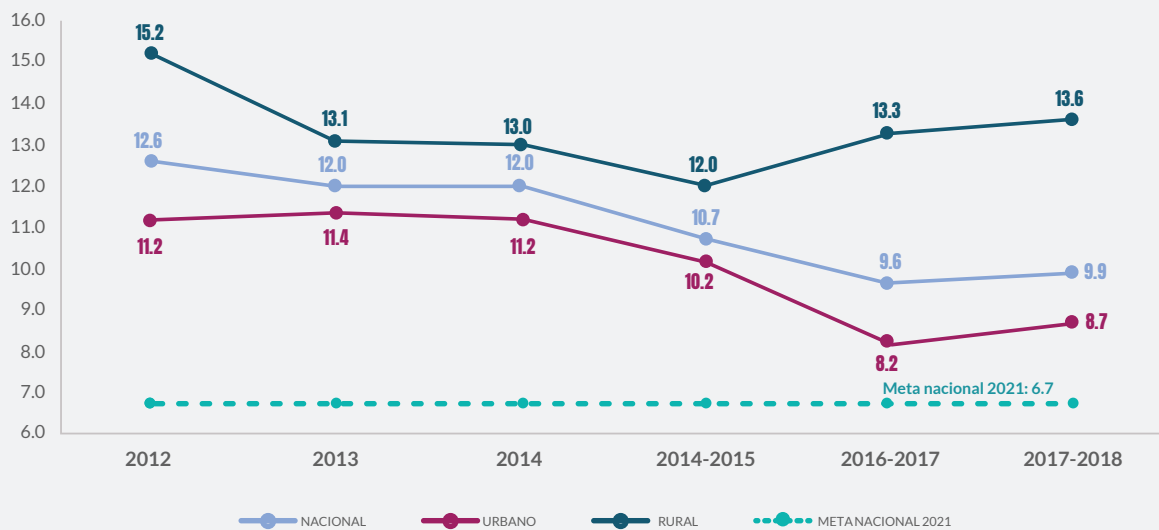
Al año 2018, los retrocesos del indicador a nivel nacional como urbano no sobrepasan los 3 años, en tanto que a nivel rural el deterioro es de poco más de 6 años. Lo que puede advertirse en este retroceso es que la evolución del indicador a nivel nacional está más asociado a la evolución del indicador a nivel urbano, mientras la que corresponde al ámbito rural se va alejando considerablemente, dissociado. La brecha de mortalidad neonatal rural se agrava con respecto a la situación nacional y urbana: +3.7 puntos porcentuales y +4.9 puntos porcentuales, al 2018, respectivamente.



²⁴Ver NTS N°078-MINSA/DGE-V.01 Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.

Gráfico n° 1

Perú: Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia (por cada mil nacidos vivos)



Fuente: Informes Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - INEI (varios años) - PNAIA 2021
Elaboración: Propia.

La probabilidad de morir durante los primeros 28 días de vida del recién nacido vivo es mayor en las zonas rurales del país. Este es un rasgo de heterogeneidad territorial en el desarrollo del país, en particular en cuanto a la evolución de la mortalidad neonatal.

Según regiones

La tendencia a la ligera reducción de la tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional esconde avances y retrocesos regionales en el periodo 2012-2018. Entre los avances regionales se encuentra lo sucedido en las regiones Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Puno y Ucayali, donde el indicador de mortalidad neonatal empezó a reducirse desde el año 2015, al pasar de un promedio de 15 a 9.9 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos en 2018.

Por su parte, en el conjunto de regiones que integran Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua y Callao, la disminución ha sido mínima, pero consolida sus

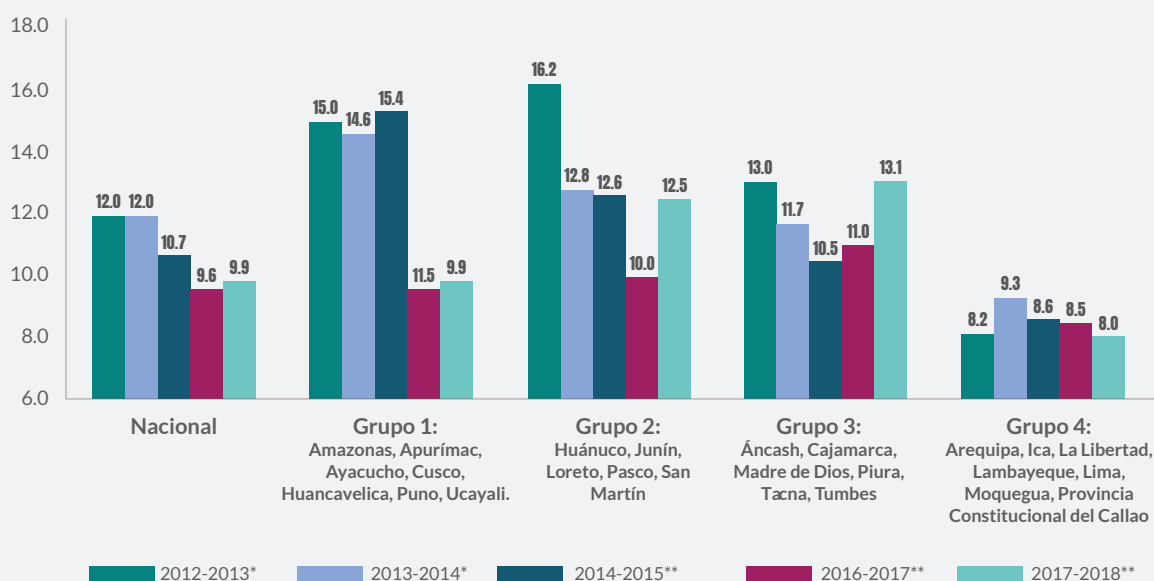
bajos niveles promedio de esta mortalidad: de 9.3 en 2014 a 8 en 2018.

Un retroceso conjunto se ha dado entre las regiones Áncash, Cajamarca, Madre de Dios, Piura, Tacna y Tumbes. Si bien de 2012 a 2015 el indicador se redujo de 13 a 10.5, desde entonces experimentó un deterioro hasta alcanzar 13.1 al año 2018. También sucede algo similar en el grupo de regiones conformado por Huánuco, Junín, Loreto, Pasco y San Martín, en que promedialmente se pasa de 16.2 en 2012 a 10 al 2017, para luego aumentar a 12.5 al 2018.

Cabe observar que la mayor probabilidad de morir durante los 28 días de vida del recién nacido vivo al 2018, por encima del promedio nacional, se concentra en los grupos regionales 2 y 3, es decir, en Huánuco, Junín, Pasco, San Martín, Áncash, Cajamarca, Madre de Dios, Piura, Tacna y Tumbes. Son regiones que empiezan a mostrar retrocesos del indicador desde 2016 (grupo regional 2) y desde 2014 (grupo regional 3) en concordancia con lo sucedido en el ámbito urbano y rural, respectivamente.

Gráfico n° 2

Perú: Tasa de mortalidad neonatal según grupo de regiones (Por cada mil nacidos vivos)



*Promedio de las estimaciones regionales.

**Promedio de los rangos superior e inferior para cada grupo de regiones.

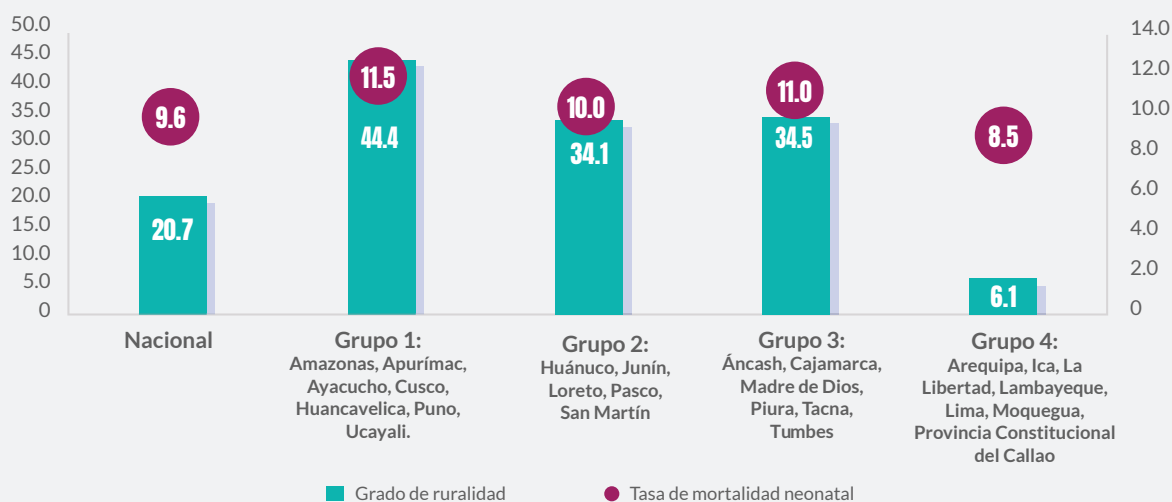
Fuente: Informes Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - INEI (varios años)

Elaboración: Propia.

Una mayor ruralidad regional se asocia con una mayor tasa de mortalidad neonatal. Las regiones agrupadas donde 6 de cada 100 habitantes viven en áreas rurales presentan la tasa más baja de mortalidad neonatal (8.5). Se trata de regiones del grupo 4 (Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua, Callao). En contraste, en el conjunto de regiones donde 44 de cada 100 habitantes viven en zonas rurales la tasa de mortalidad neonatal es la más alta (11.5). Corresponde a regiones del grupo 1 (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Puno, Ucayali). Algo ligeramente similar puede notarse entre los grupos de regiones 2 y 3 con sus respectivas tasas de mortalidad neonatal. La presencia extendida de ruralidad regional condiciona los resultados en términos de mortalidad neonatal.

Gráfico n° 3

Perú: grado de ruralidad territorial y tasa de mortalidad neonatal, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones agrupadas con respecto a la totalidad de la población que concentran juntas. Corresponde al censo de población 2017.

* La tasa de mortalidad neonatal corresponde al periodo bianual 2016-2017.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

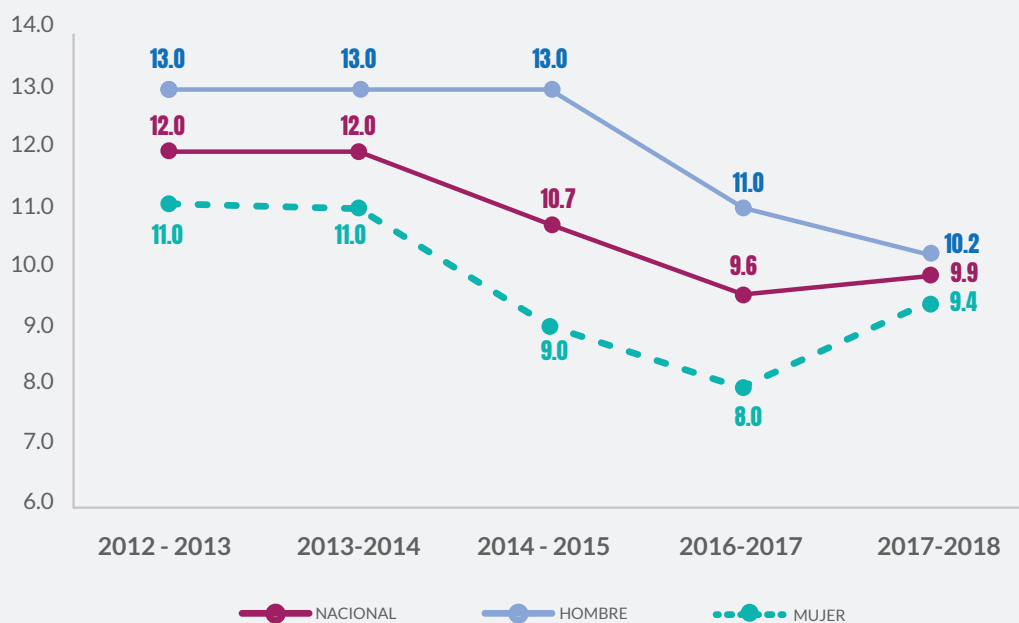


Según sexo

La mortalidad neonatal ha venido siendo más elevada entre los neonatos hombres con respecto a sus pares mujeres. Si bien se estima que en el periodo 2012-2017 se ha experimentado una disminución en el indicador de

mortalidad neonatal a escala nacional, en el periodo 2016-2018 se registra un retroceso entre las neonatas mujeres, de 8 a 9.4, en correlación con el ligero incremento del indicador a nivel nacional de 9.6 a 9.9 para el mismo tramo temporal.

Gráfico n° 4
Perú: Tasa de mortalidad neonatal según sexo (Por cada mil nacidos vivos)



Fuente: Informes Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

Al parecer, a estos retrocesos del indicador ocurridos en años recientes subyace la afectación a las neonatas mujeres tanto de zonas urbanas como rurales, para un predominante grupo específico de regiones, y posiblemente con casos menos numerosos en el resto de regiones del país. Entretanto, el indicador para los neonatos hombres ha seguido una trayectoria básicamente de mejora, a tal punto que al 2018 se encuentran casi en paridad de magnitud con el indicador de mortalidad neonatal mujeres (mujeres: 9.4; hombres: 10.2).

Entre las características de la mortalidad neonatal en el país cabe mencionar las siguientes (MINSa, 2019c; pág. 1331):

- La proporción de defunciones neonatales de niños con bajo peso al nacer se ha elevado desde 2011. Por cada 100 notificaciones de defunción neonatal, 70 correspondieron a niños con bajo peso al nacer en

2019; 68, a niños con bajo peso al nacer en 2018; 63, a niños con bajo peso al nacer en 2011.

- La proporción de defunciones neonatales en recién nacidos prematuros se ha incrementado de 2011 a 2019. Por cada 100 notificaciones de defunción neonatal, 71 correspondían a recién nacidos prematuros, algo que en 2011 era cercano a 63.

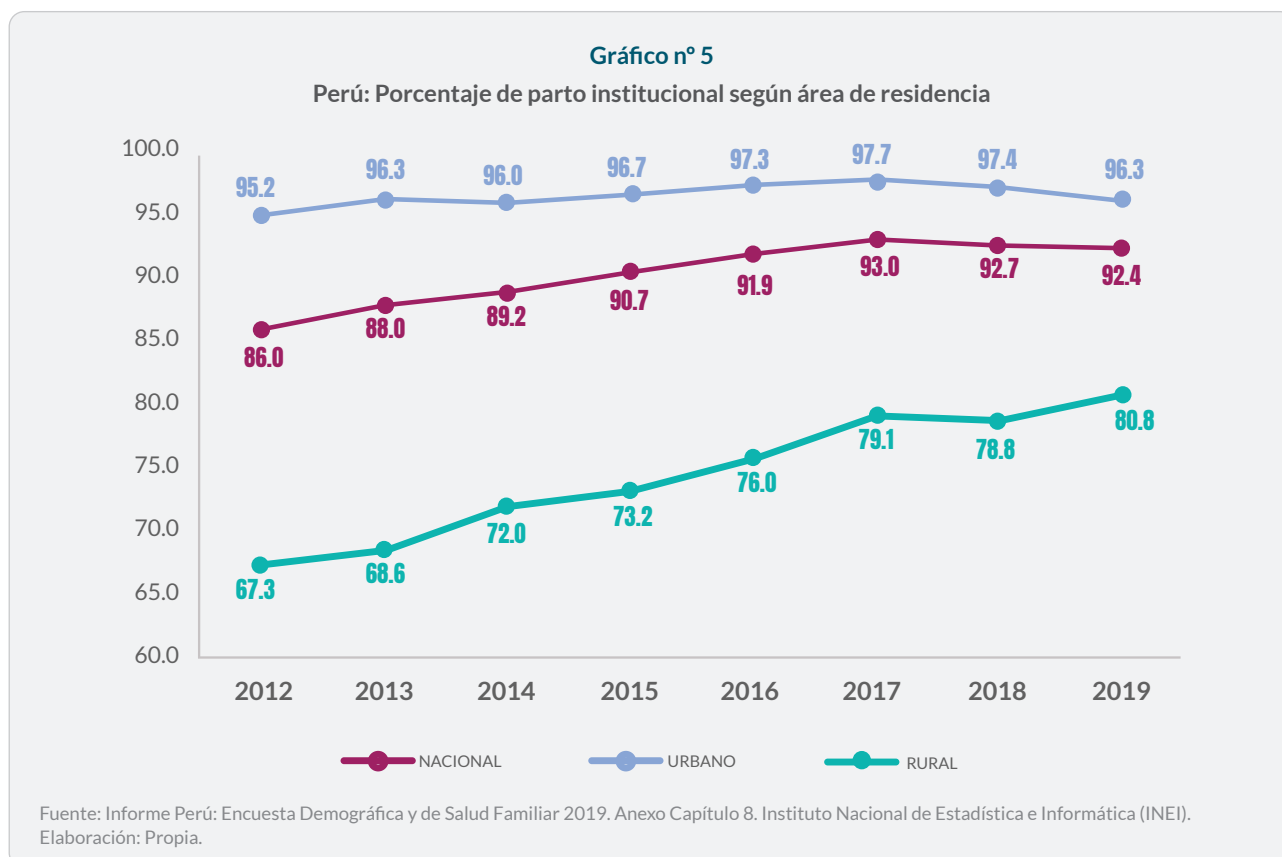
- La mayor proporción de defunciones neonatales ocurrieron en establecimientos de salud, es decir, reportaron atención de parto institucional. Por cada 100 notificaciones de defunción neonatal 91 correspondieron a parto institucional en 2018; 93, a parto institucional en 2019. Esta aparente situación en que el parto institucional parece provocar importantes defunciones neonatales debe ponderarse debido a que los partos ocurridos en domicilios suelen no ser notificados como sí lo hace una institución hospitalaria.

2. Porcentaje de parto institucional del último nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta, por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

El parto es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas)²⁵. Es institucional cuando es atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra y/o enfermera) (INEI, 2020b; pág. 181).

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019 el porcentaje de partos institucionales mejoró apreciablemente, al pasar de 86% a 92.4%. En el ámbito urbano este porcentaje es mayor que el promedio nacional durante el periodo bajo análisis. Es en el ámbito rural donde se tienen los menores porcentajes de parto institucional, pese a que han ido mejorando sostenidamente, salvo en 2018.



En la evolución del indicador, el parto institucional en las zonas urbanas del país se ha mantenido en torno al 95%, con ligera tendencia a consolidarse. Por su parte, en las zonas rurales, la mejora ha sido sustancial, al pasar de 67.3% a 80.8%, aunque continúa encontrándose por debajo del promedio nacional y más todavía por debajo del porcentaje alcanzado en territorios urbanos.

También puede advertirse que la evolución del indicador a escala nacional ha estado más correlacionada con lo sucedido en las zonas rurales, porque en las zonas urbanas no ha tenido cambios significativos. Sin embargo, desde el año 2017, los retrocesos ligeros del indicador promedio

nacional tienen mayor asociación con el ligero retroceso experimentado en las zonas urbanas, y no con la mejora neta sucedida en las zonas rurales.

Aun así, todavía el riesgo del parto es mayor tanto para la madre como para la/el recién nacido (o) en el ámbito rural: en 2019 el porcentaje de parto institucional rural está 11.6 puntos porcentuales (p.p.) por debajo del promedio nacional. Este es un rasgo de heterogeneidad territorial en el desarrollo del país, en particular en cuanto al grado de extensión del parto institucional.

²⁵ Ver NTS N°105-MINSA/DGSPV.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.

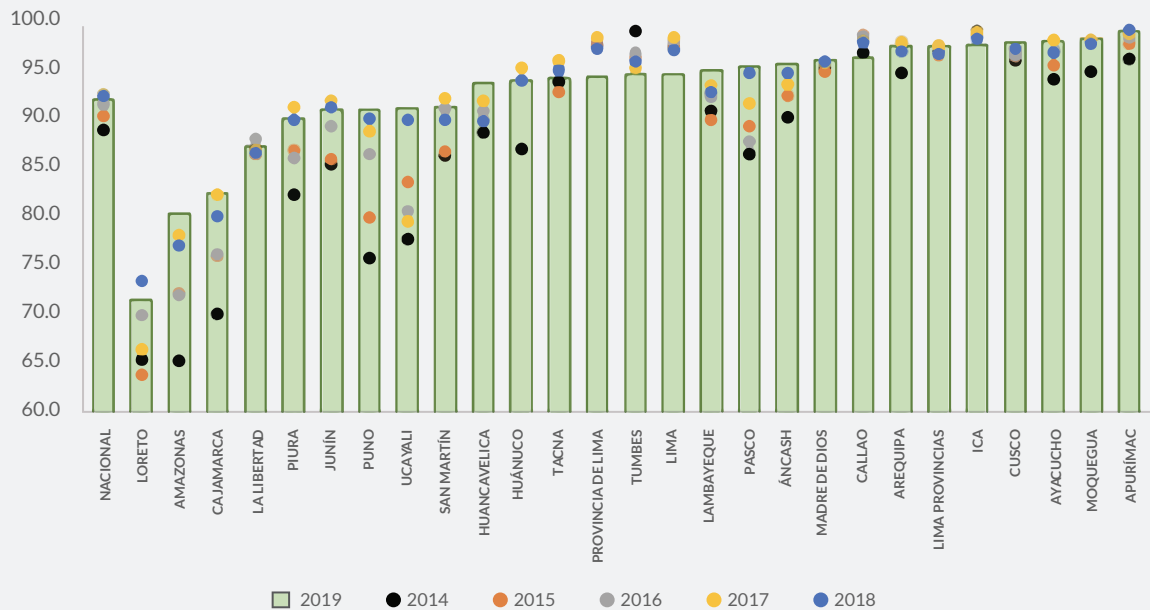
Según regiones

Al año 2019 se registran 9 regiones donde la extensión del parto institucional se encuentra por debajo del promedio nacional (92.4%): Loreto (71.8%), Amazonas (80.7%), Cajamarca (82.7%), La Libertad (87.6%), Piura (90.5%), Junín (91.3%), Puno (91.3%), Ucayali (91.5%) y San Martín (91.6%). Por su parte, en los últimos 6 años la Provincia

de Lima (Lima Metropolitana), Tumbes, Lima, Callao e Ica han visto deteriorar o retroceder el porcentaje de parto institucional, pese a que en 2019 ya ostentaban una magnitud importante para este indicador (por encima del 94%). La región con mayor presencia del parto institucional es Apurímac (99.5%) y con la menor presencia, Loreto (71.8%).

Gráfico n° 6

Perú: Porcentaje de parto institucional según regiones

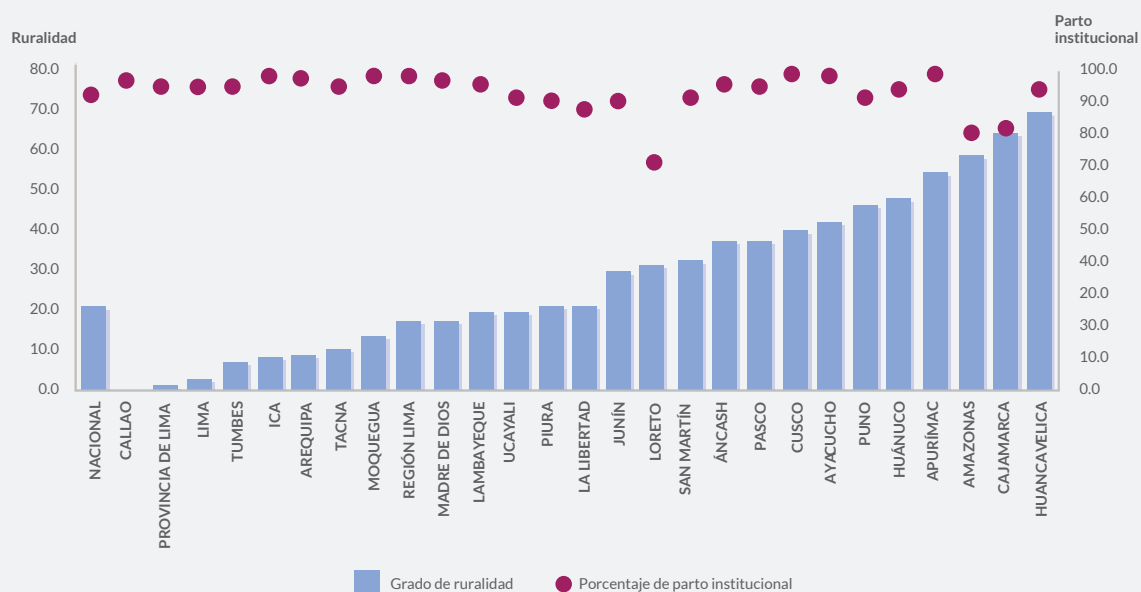


Fuente: Informe Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019. Pág. 95 - INEI (2020)
Elaboración: Propia.

A diferencia de otros indicadores, en que el grado de ruralidad regional condiciona el nivel alcanzado por el indicador, este no es el caso. Como puede notarse, regiones con bajos grados de ruralidad (como Callao y Lima Metropolitana) como aquellas con una ruralidad extendida (como Cajamarca y Huancavelica) tienen porcentajes similares de partos institucionales. Lo cual

conduce a señalar que los problemas de cobertura del parto institucional corresponden a las características de la oferta de servicios de salud, en tanto que la condición de mayor o menor grado de ruralidad territorial es un asunto de contexto que engloba otros factores que influyen en los resultados e impactos de las intervenciones en salud.

Gráfico n° 7
Perú: Grado de ruralidad territorial y porcentaje de parto institucional, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de partos institucionales corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

En el caso particular del porcentaje de partos institucionales, como se ha visto, precisamente en las zonas rurales del país ha mejorado sustancialmente en el tiempo, posiblemente por intervenciones reforzadas en el nivel de prestación de servicios, donde la mayor o menor ruralidad regional no ha sido obstáculo. Puede haber problemas de calidad o de atributos específicos en la prestación del servicio de parto institucional, no afectadas por el contexto impuesto por la ruralidad territorial.

Según quintiles de riqueza

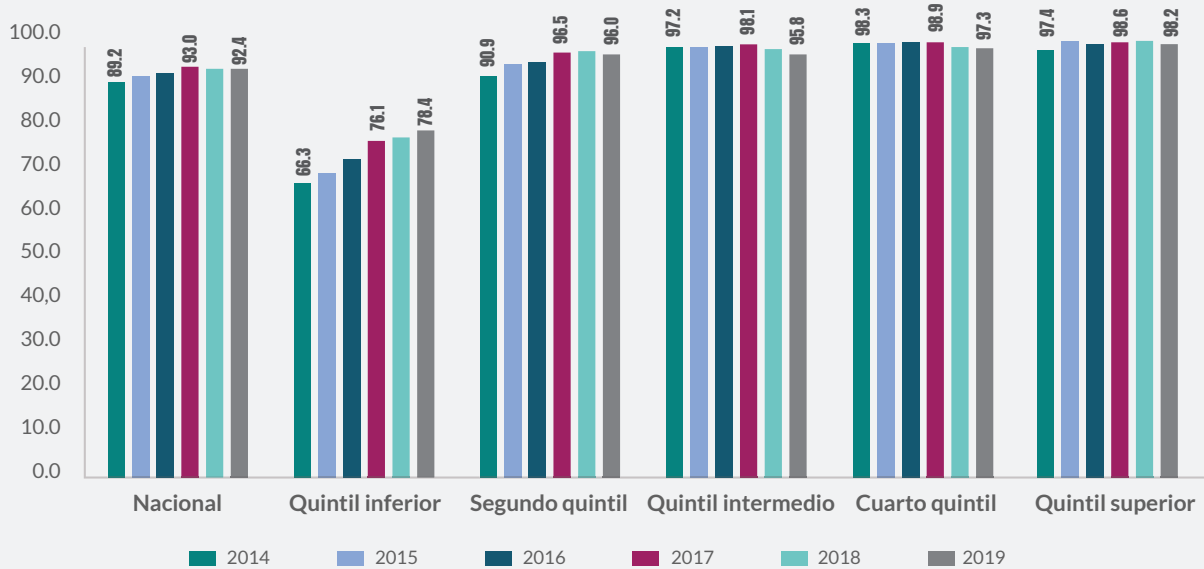
El parto institucional según quintiles de riqueza muestra que el segmento más pobre (quintil inferior), aunque haya mejorado en cuanto a la cobertura, se encuentra por debajo del promedio nacional y del resto de segmentos de riqueza.

Los demás quintiles de riqueza, por encima de los más pobres, tienen porcentajes de parto institucional que

superan al promedio nacional. Alguno de ellos ha visto deteriorarse levemente a este indicador. Así, el quintil intermedio registra un porcentaje de 98.1% en 2017 pero 95.8% en 2019. Algo similar sucede con el cuarto quintil, que pasa de 98.9% en 2017 a 97.3% en 2019. Sin embargo, en general se encuentran ampliamente alejados y mejor posicionados que los más pobres (primer quintil).

Es posible que el segmento más pobre se encuentre principalmente en las zonas rurales del país, dado que se condice con la mejora sustancial experimentada por el indicador en el ámbito rural, en tanto los demás segmentos menos pobres estarían distribuidos predominantemente en espacios territoriales con rasgos básicamente urbanos, en razón a que las magnitudes del indicador no han variado significativamente en el ámbito urbano, y además ostentan proporciones bastante elevadas, por encima del promedio nacional.

Gráfico n° 8
Perú: Porcentaje de parto institucional según quintiles de riqueza



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 8. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

3. Proporción de nacidos vivos en los 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (menos 2.5 kg.), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

El peso al nacer es el primer peso del recién nacido después del parto. En el caso de los nacidos vivos, el bajo peso al nacer se define como el peso que no supera los 2500 gramos (hasta 2499 gramos inclusive). Los infantes con bajo peso al nacer tienen un alto riesgo de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos. Al llegar a ser adultos, tienen mayor predisposición a padecer diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades coronarias (INEI, 2020a; pág. 770).

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019, en promedio por cada 100 nacidos vivos a nivel nacional entre 6 y 8 tenían bajo peso al nacer. En las zonas urbanas el indicador siempre está ligeramente por debajo del promedio nacional, en tanto

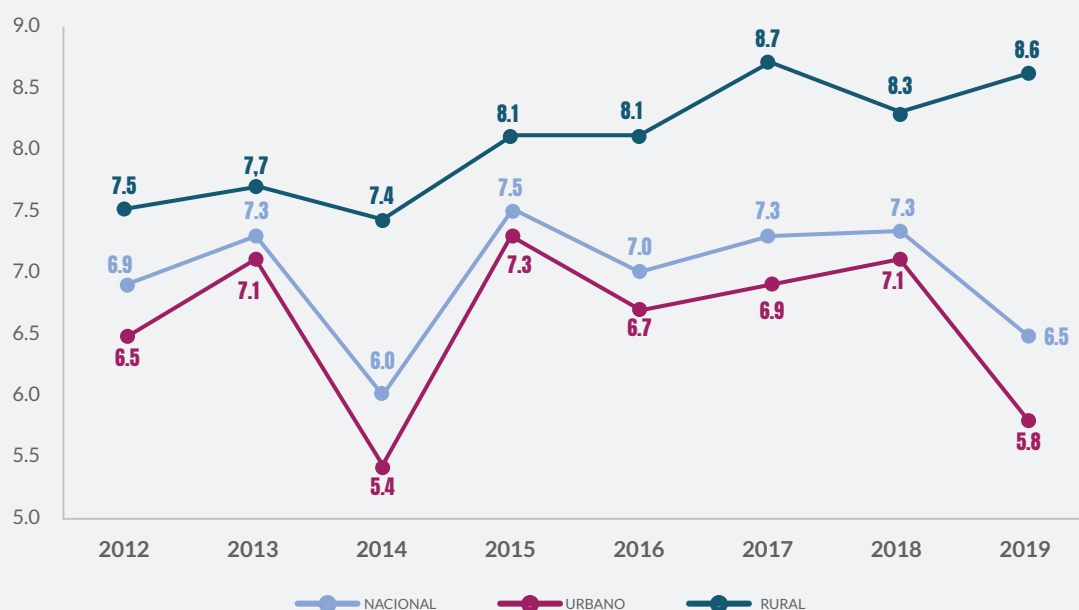
que las zonas rurales ostentan magnitudes por encima de este promedio.

La evolución del indicador a nivel nacional está más correlacionada con la evolución del mismo indicador a escala urbana. Hay una débil conexión con lo que sucede en las zonas rurales, que se hace más notable desde el año 2016. En el periodo 2012-2019 la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el ámbito rural se incrementó de 7.5% a 8.6%, mientras en las zonas urbanas y en el promedio nacional casi al unísono se han dado fluctuaciones del indicador con magnitudes cercanas que al año 2019 alcanzaron magnitudes bajas (nacional: 6.5%; urbano: 5.8%).

La probabilidad de bajo peso al nacer del recién nacido es mayor, y creciente, en las zonas rurales del país. Este es un rasgo de heterogeneidad territorial en el desarrollo del país, en particular en cuanto a la evolución de la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

Gráfico n° 9

Perú: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor de 2.5 kg.) según área de residencia (en porcentaje)



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

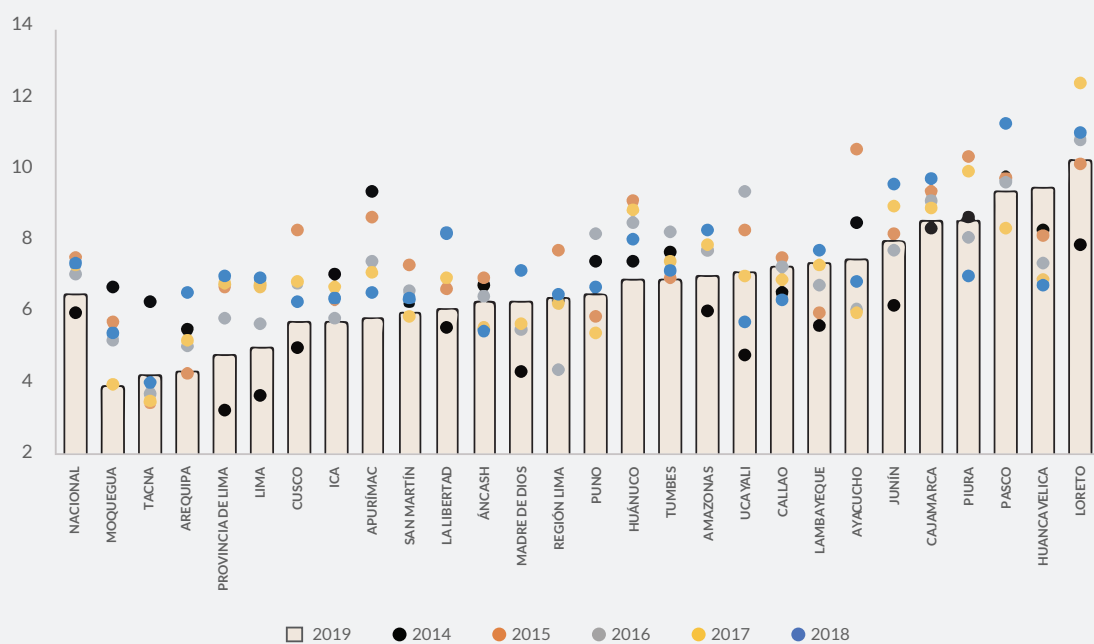
Según regiones

En los últimos 6 años este indicador, en términos netos, empeoró en la provincia de Lima (Lima Metropolitana), Lima, Cusco, La Libertad, Madre de Dios, Amazonas, Ucayali,

Callao, Lambayeque, Junín, Cajamarca, Huancavelica y Loreto. En estas regiones, con respecto al año 2014, la magnitud del indicador en 2019 se incrementó.

Gráfico n° 10

Perú: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor de 2.5 kg.) según regiones (en porcentaje)



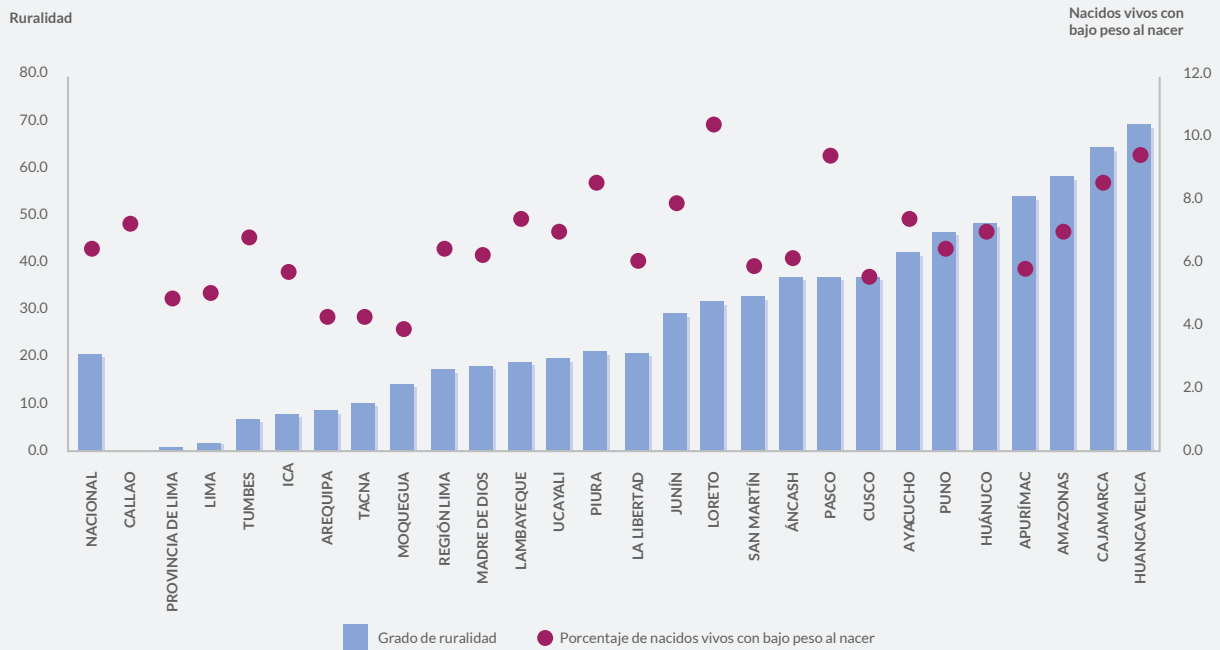
Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 9. INEI (varios años).
Elaboración: Propia.

Entre las regiones que tienen proporciones de nacidos vivos con bajo peso al nacer por encima del promedio nacional en 2019 (6.5%) se encuentran Huánuco (6.9%), Tumbes (6.9%), Amazonas (7%), Ucayali (7.1%), Callao (7.3%), Lambayeque (7.4%), Ayacucho (7.5%), Junín (8%), Cajamarca (8.6%), Piura (8.6%), Pasco (9.4%), Huancavelica (9.5%) y Loreto (10.3%). En el otro extremo, Moquegua es la que menor proporción presenta (3.9%).

Una mayor ruralidad regional se asocia en apreciable medida con una mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Aunque puedan notarse disparidades o casos discrepantes con esta tendencia, lo que se remarca es la tendencia a que la presencia extendida de ruralidad regional condiciona los resultados regionales en términos de bajo peso al nacer de los nacidos vivos.

Gráfico n° 11

Perú: grado de ruralidad territorial y proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* La proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia



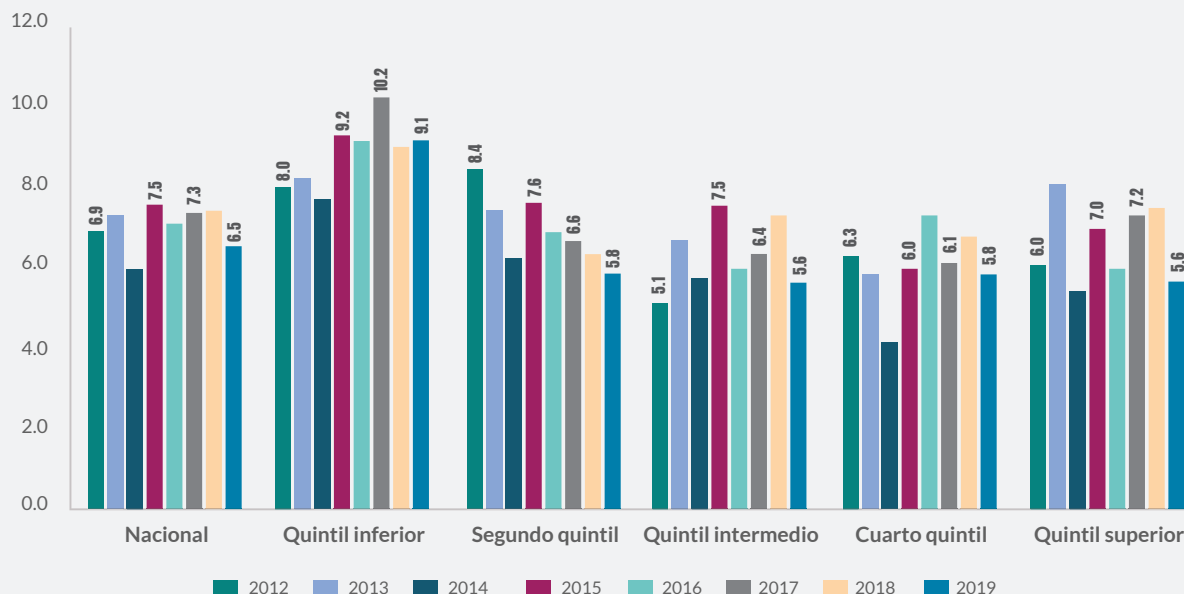
Según niveles de riqueza

El quintil inferior (el segmento más pobre) vio incrementar, en términos netos, la magnitud de este indicador en el periodo 2012-2017, de 8% a 10.2%, para luego disminuir a 9.1% en 2019, proporción por encima del promedio nacional en 2019 (6.5%) y del resto de quintiles relativamente menos pobres para este mismo año. Por su

parte, salvo el segundo quintil relativamente menos pobre (que ha mejorado sostenidamente su indicador), los demás (con mayor riqueza) al parecer han mostrado deterioros intermitentes y solo en 2019 han mejorado de tal forma que se encuentran prácticamente nivelados (quintil intermedio: 5.6%; cuarto quintil: 5.8%; quintil superior: 5.6%).

Gráfico n° 12

Perú: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor de 2.5 kg.) según quintiles de riqueza



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 9. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

Es posible que la mayor parte del quintil más pobre se encuentre predominantemente en regiones con altos grados de ruralidad, en razón al deterioro casi sostenido del indicador. Por su parte, el segundo quintil puede estar distribuido en espacios territoriales más urbanos, que es donde el indicador ha evolucionado intermitentemente cerrando con una mejora en 2019, casi nivelándose a los resultados del indicador alcanzados por el resto de quintiles, que también estarían ubicados principalmente en zonas urbanas.

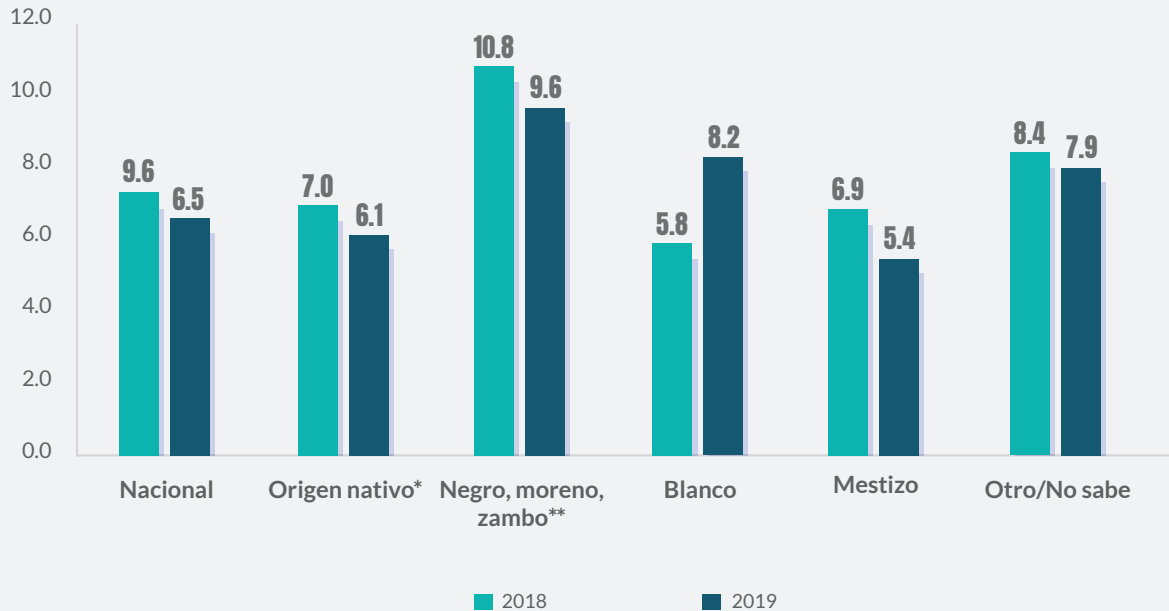
Según autoidentificación étnica

El bajo peso al nacer ha empeorado entre las mujeres en edad fértil que se autoidentifican como étnicamente blancas, pasando de 5.8% en 2018 a 8.2% en 2019. Las demás categorías étnicas disminuyeron la incidencia del

bajo peso al nacer, sin embargo, quienes se autoidentifican étnicamente como negro, moreno o zambo, blanco, y otros, tienen proporciones de nacidos vivos con bajo peso al nacer por encima del promedio nacional en 2019.

Gráfico n° 13

Perú: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor de 2.5 kg.) según autoidentificación étnica



*Incluye: Quechua, aimara, nativo de la amazonía, perteneciente a parte de otro pueblo indígena u originario.

**Incluye: Negro, moreno, zambo, mulato, afroperuano y afrodescendiente.

Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 9. INEI (2019-2020)

Elaboración: Propia.

En términos territoriales, es posible que aquellas mujeres en edad fértil que se autoidentifican de origen nativo (quechua, aimara, nativa de la amazonía, o perteneciente a parte de otro pueblo indígena u originario) y mestizo habiten principalmente las zonas urbanas del país (el

indicador está por debajo del promedio nacional), en tanto que aquellas autoidentificadas como negra, morena o zamba, blanca u otros habitan en gran medida las zonas rurales del país (el indicador está por encima del promedio nacional).

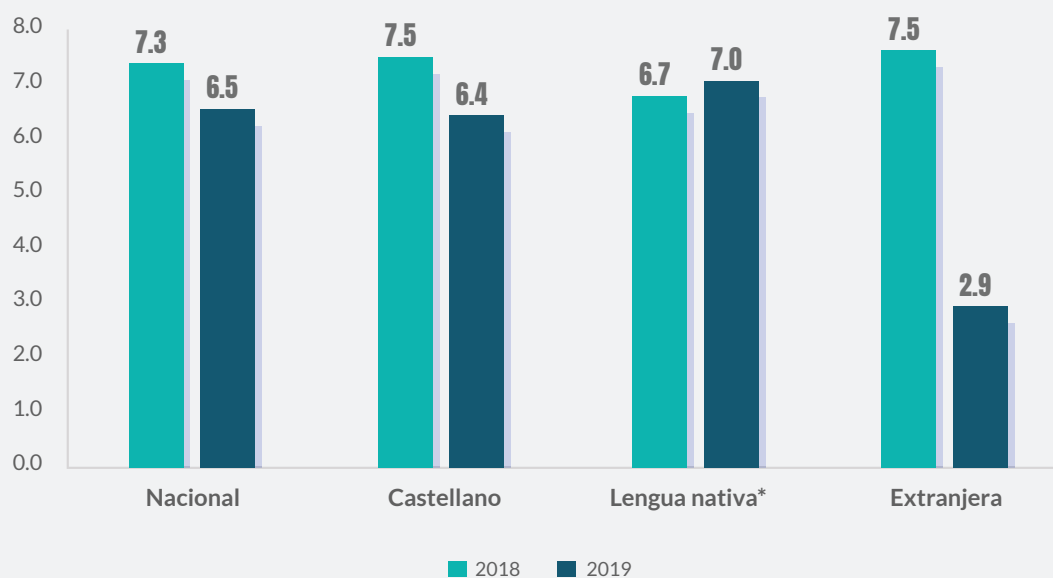
Según lengua materna

Las mujeres en edad fértil con lengua materna nativa han experimentado un leve deterioro del indicador, alcanzando 7% en 2019, por encima del promedio nacional (6.5%). Posiblemente habiten en su mayoría las zonas rurales del

país. Por su parte, aquellas con lengua materna castellana o extranjera ven mejorar el indicador ubicándose por debajo del promedio nacional (castellana: 6.4%; extranjera: 2.9%), siendo esperable que la mayoría de ellas sean habitantes de zonas urbanas del país.

Gráfico n° 14

Perú: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor de 2.5 kg.) según lengua materna



*Incluye: Quechua o aimara/lengua originaria de la selva u otra lengua nativa.

Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 9. INEI (2019-2020)

Elaboración: Propia.

Entre las características de los nacidos vivos con bajo peso al nacer destacan las siguientes (INEI, 2020c; págs. 11-12):

- La mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer se presenta en madres menores de 20 años de edad (7.5%, año 2018) y madres entre 35 y 49 años de edad (7.3%, año 2018).
- A mayor nivel educativo de la madre menor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Para el año 2018, las madres sin nivel educativo o con nivel inicial presentaban la magnitud más alta del indicador (9.7%); aquellas con primaria, 6.9%; con secundaria, 5.8%; y con educación superior, 5.7%.
- La mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer se alcanza cuando el nacimiento ocurre en el

domicilio u otro lugar (campo, calle u otros) (7.2%, año 2018). Si el nacimiento sucede en un hospital o clínica, el indicador es un poco menor (5.9%, año 2018), y resulta más bajo cuando se da en otro establecimiento de salud (4%, año 2018). Si la persona que atiende el parto es partera empírica, familiar, esposo o compañero, entre otros, la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer alcanza una magnitud elevada (8.4%, año 2018), a diferencia de lo que sucede en caso la atención la asume un personal de salud (5.9%, año 2018).

- A menor edad gestacional mayor es la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Cuando la edad gestacional es menor que 28 semanas, el indicador llega a 99.2%; cuando se encuentra entre 28 y 32 semanas, a 96.8%; entre 33 y 37 semanas, a 25.7%; y con 38 a más semanas, a solamente 1.6%.



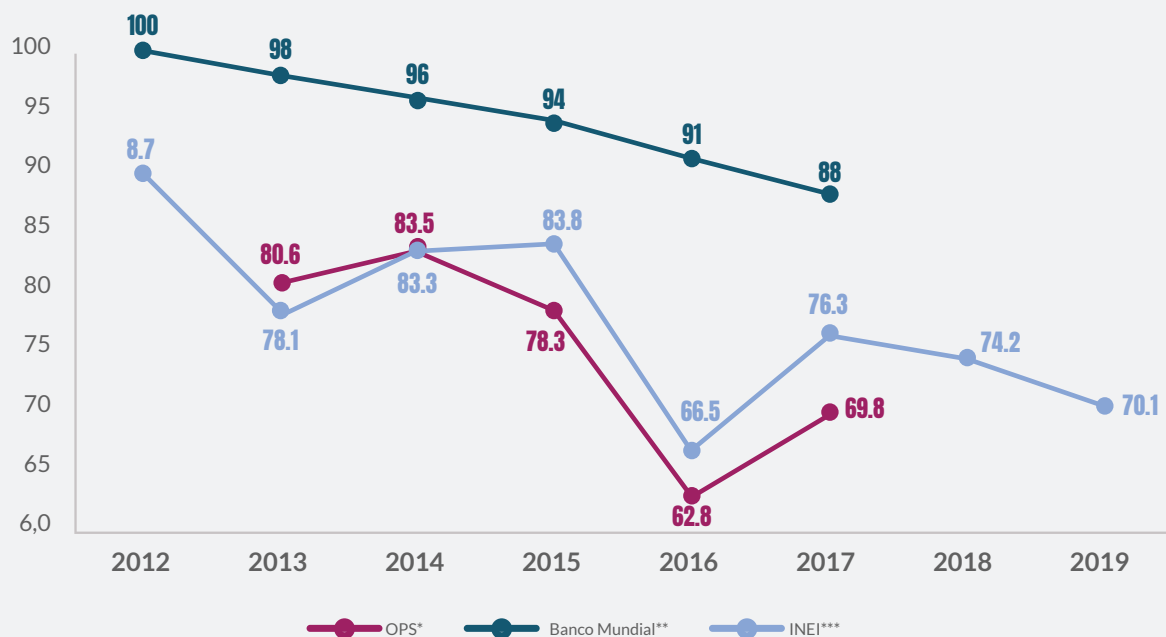
4. Tasa de mortalidad materna en mujeres en edad fértil por cada cien mil nacimientos para el periodo de 7 años anteriores a la encuesta.

La muerte o defunción materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación –o agravada por esta– o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales (MINSA, S/A; pág. 7).

El informe de avance al 2018 del PNAIA 2021 señala que no existe información al respecto en el periodo analizado. Aunque es reportado por el INEI partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Lo más cercano a este indicador es la tasa de mortalidad materna informada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por el Banco Mundial (BM). En ambos casos, en el periodo 2012 – 2017 la mortalidad materna ha disminuido sostenidamente, de 100 a 88 (o de 80.6 a 69.8) por cada 100 000 nacidos vivos.

Gráfico n° 15
Perú: Tasa de mortalidad materna (por cada 100 mil nacidos vivos)



* Tomado de la Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA) – Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es un indicador reportado por el Ministerio de Salud (MINSA) a la OPS.

** Tomado del repositorio de datos del Banco Mundial. Es un indicador estimado.

*** Informe ENDES (Varios años)

Fuente: OPS – Banco Mundial – INEI Se refiere a la mortalidad materna en mujeres en edad fértil.

Elaboración: Propia.

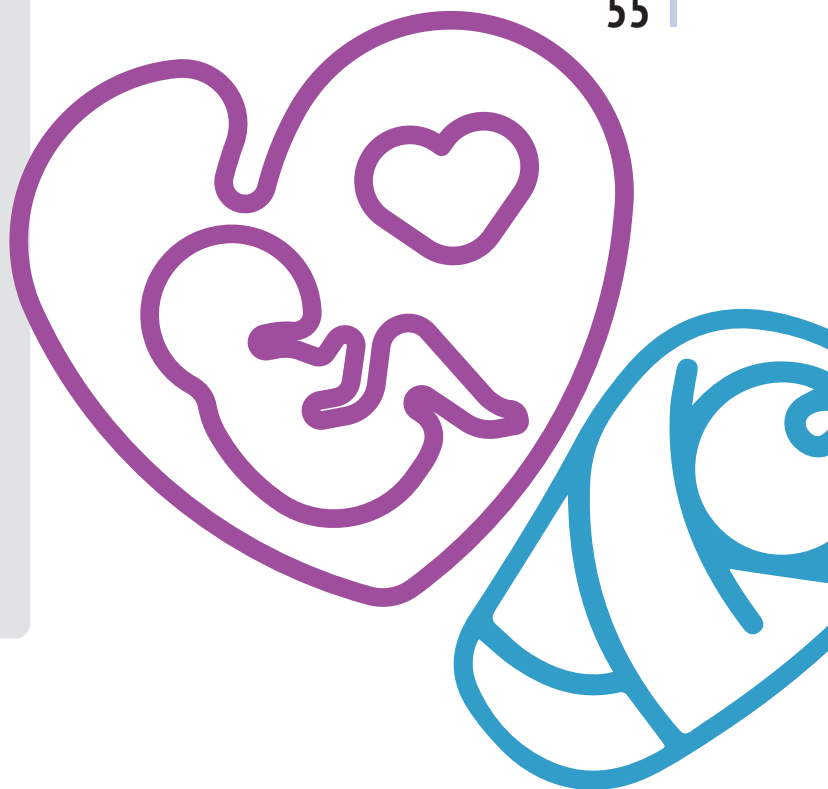
Estas magnitudes, aunque disímiles, son concordantes con las notificaciones de muertes maternas en el periodo 2012-2019, en que la cantidad reportada de muertes maternas pasó de 439 (que ya venía en descenso desde el 2004) a 302, las cuales en 2019 ocurrieron con mayor frecuencia en las regiones Lima Metropolitana (52), Piura (26), Loreto (23), Ucayali (22), Puno (20), La Libertad (19), Lambayeque (18), Junín (16), Cajamarca (12), San Martín (11), Amazonas (10), Huánuco (10), Cusco (9), Áncash (9), Arequipa (9) y de 8 a menos en el resto de regiones.

A nivel nacional, otras de las características de las defunciones maternas en 2019 son las siguientes (MINSA, 2021; Págs. 768 y 770-771):

- Por cada 100 notificaciones de fallecimientos maternos 62 ocurren en el momento de puerperio; 27, en embarazo; 9, en parto; y 2, en otros.
- Por cada 100 notificaciones de fallecimientos maternos 74 tienen lugar en instituciones de salud (principalmente en los niveles de atención II y III) y 26 en lugares distintos (domicilio, trayecto, otros).

- Por cada 100 notificaciones de fallecimientos maternos 70 tiene como antecedente haber tenido atenciones prenatales (principalmente quienes recibieron de 1 a 5 atenciones o de 7 a más atenciones) y 30 no lo tuvieron.

- Por cada 100 notificaciones de fallecimientos maternos 26 tuvieron como causa directa hemorragia obstétrica; 20, trastornos hipertensivos; 5, abortos y sus complicaciones; 5, infección obstétrica/sepsis; 7, otras causas directas; y 38, alguna causa indirecta (enfermedad del sistema respiratorio, cerebrovascular, infecciosas y parasitarias, cardiovascular, neoplásicas, sistema digestivo, y otros).



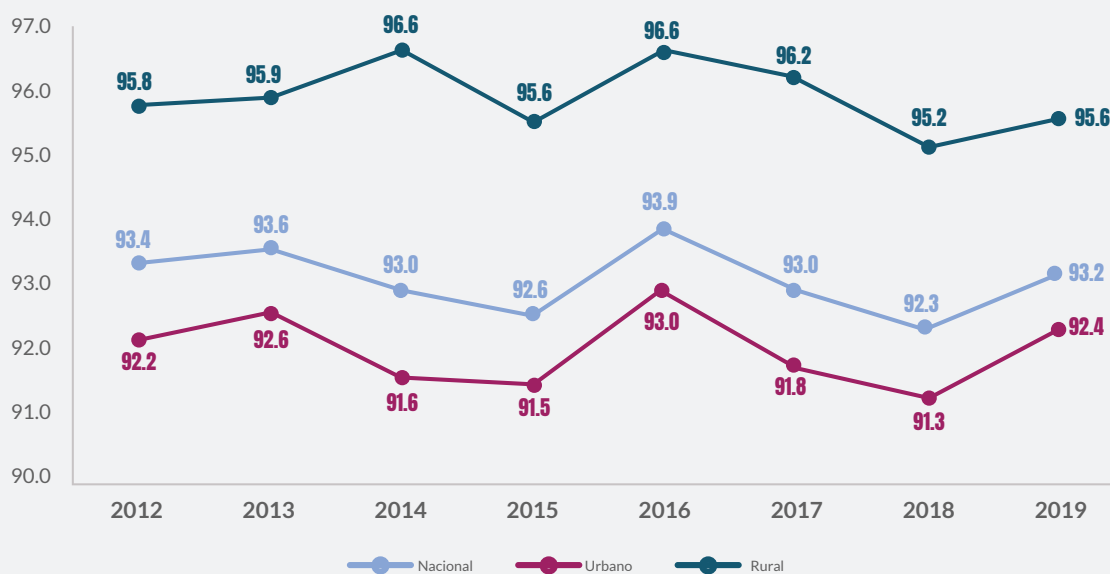
5. Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos

La lactancia materna es el acto natural o comportamiento aprendido que consiste en proporcionar alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, como parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre (MINSa, 2017; pág. 12). El hecho de amamantar crea una relación entre la madre y su bebé, un vínculo que determina la salud que tendrá el niño a lo largo de su vida, porque se le proporciona 200 componentes que interactúan y le dan nutrición, lo protege contra infecciones y estimula su desarrollo, principalmente cerebral (MINSa, 2014; pág. 2)

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019, por cada 100 neonatos en el país al menos 92 reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido. En las zonas urbanas el porcentaje de neonatos que recibe lactancia materna dentro del primer día de nacidos está por debajo del promedio nacional y más todavía del perfil que al respecto tienen las áreas rurales. La evolución del indicador no ha tenido variaciones significativas, solo fluctuaciones, aunque los porcentajes alcanzados son elevados: por encima del 90% de neonatos reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido.

Gráfico n° 16
Perú: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos según área de residencia

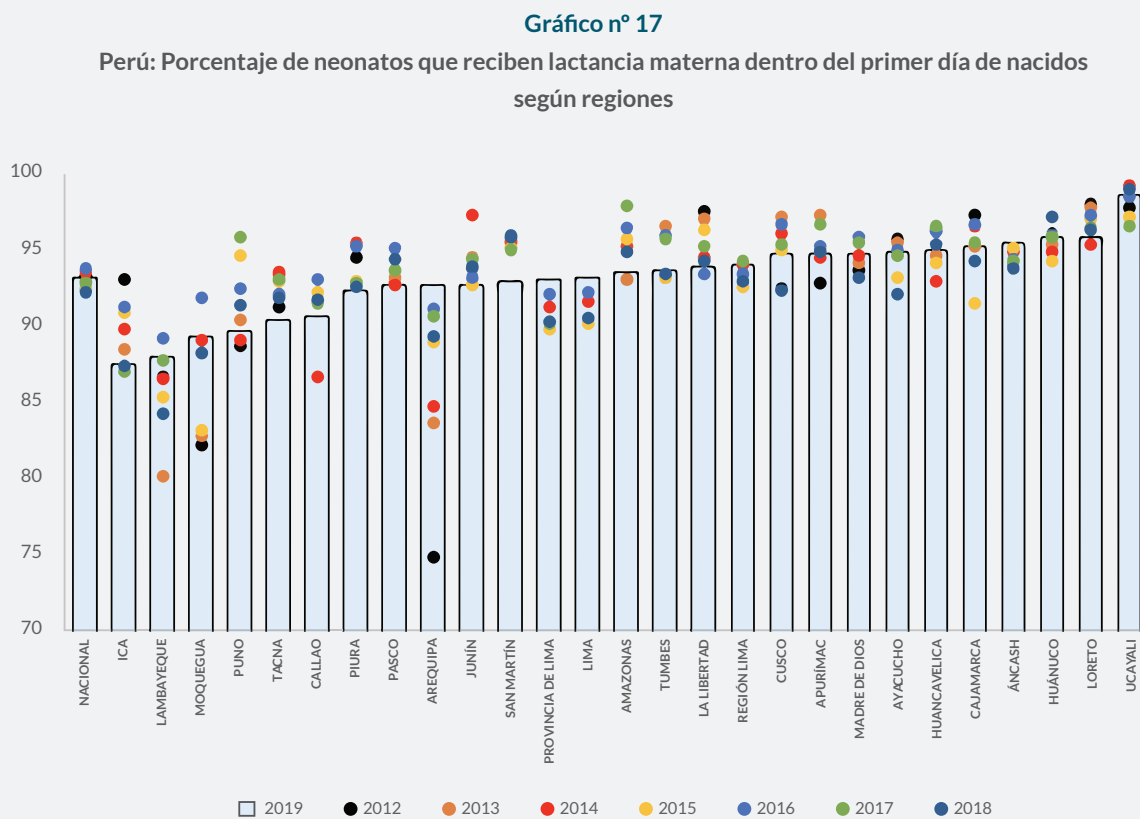


Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

Según regiones

Las regiones donde el indicador se ha deteriorado (léase, disminuido) en el periodo 2012-2019 son Ica, Tacna, Piura, Junín, San Martín, Amazonas, región Lima, Cajamarca y

Loreto. En términos netos, la proporción de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos ha disminuido en estas regiones.



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 10. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.



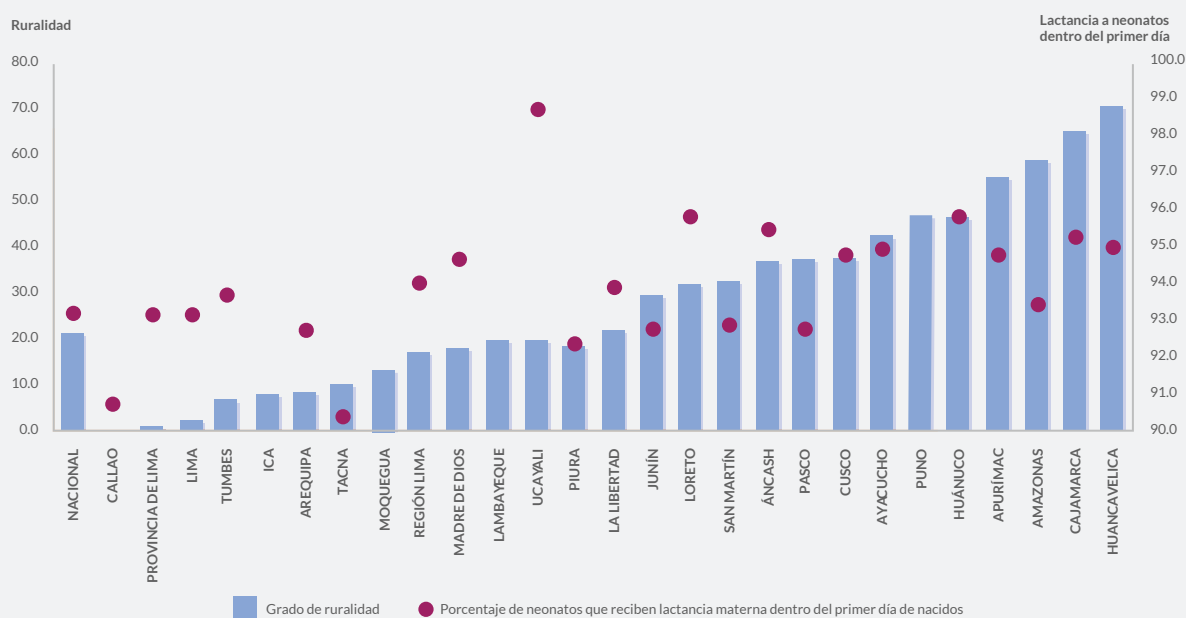
Al 2019, las regiones con proporciones por debajo del promedio nacional (93.2%) son Ica (87.5%), Lambayeque (88%), Moquegua (89.3%), Puno (89.7%), Tacna (90.4%), Callao (90.7%), Piura (92.4%), Pasco (92.7%), Arequipa (92.8%), Junín (92.8%), San Martín (93%), y Provincia de Lima (Lima Metropolitana 93.1%).

Aunque, en general, al menos 9 de cada 10 neonatos tengan lactancia materna dentro del primer día de nacidos, puede encontrarse una relación en el mismo sentido entre el grado de ruralidad de las regiones y sus porcentajes de lactancia materna: la tendencia es que en condiciones rurales la lactancia materna encuentra algunas condiciones que le favorecen, a diferencia de las zonas urbanas, aunque, en general, se trate de magnitudes elevadas del indicador.



Gráfico n° 18

Perú: grado de ruralidad territorial y porcentaje de lactancia materna dentro del primer día de nacidos, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de lactancia materna dentro del primer día de nacidos corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

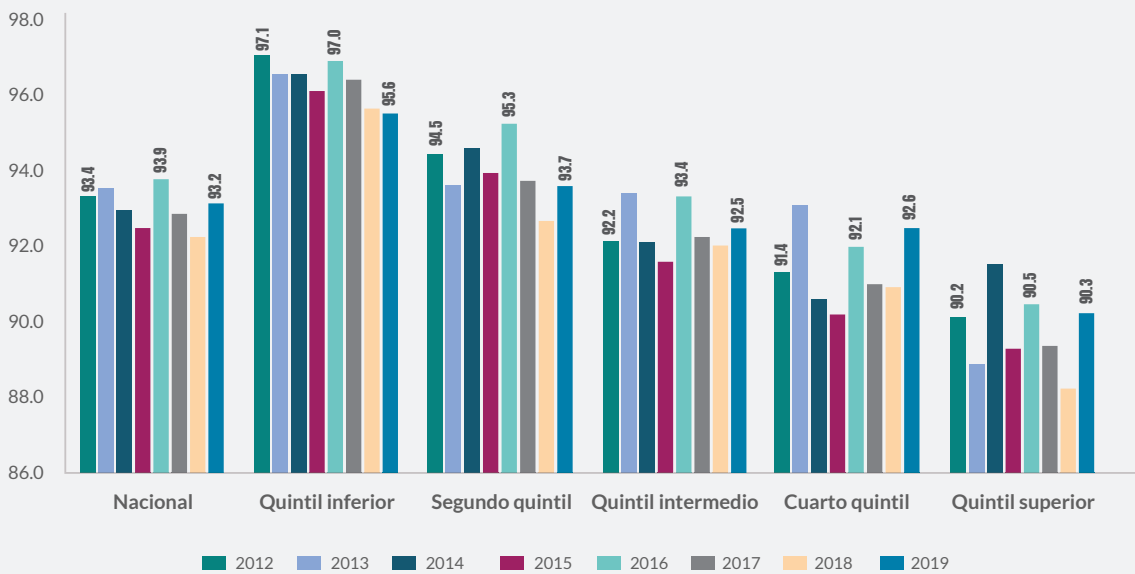
Según niveles de riqueza

A medida que los segmentos poblacionales ostentan mayor riqueza, menor es la proporción de neonatos con lactancia materna dentro del primer día de nacidos. Entre quienes pertenecen al quintil más pobre (quintil inferior), el indicador, aunque sigue estando por encima del promedio nacional, se ha reducido ligeramente.

Los dos quintiles más pobres tienen niveles de lactancia materna por encima del promedio nacional, por lo que es posible que se encuentren espacialmente ubicados predominantemente en las zonas rurales del país, dado que este espacio territorial presenta magnitudes del indicador por encima del promedio nacional. Por su parte, los quintiles medios y relativamente menos pobres, presentan al indicador en similar o por debajo del promedio nacional, de manera que la mayor parte de ellos podrían estar localizados en las zonas urbanas del país.

Gráfico n° 19

Perú: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos según quintiles de riqueza



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 10. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

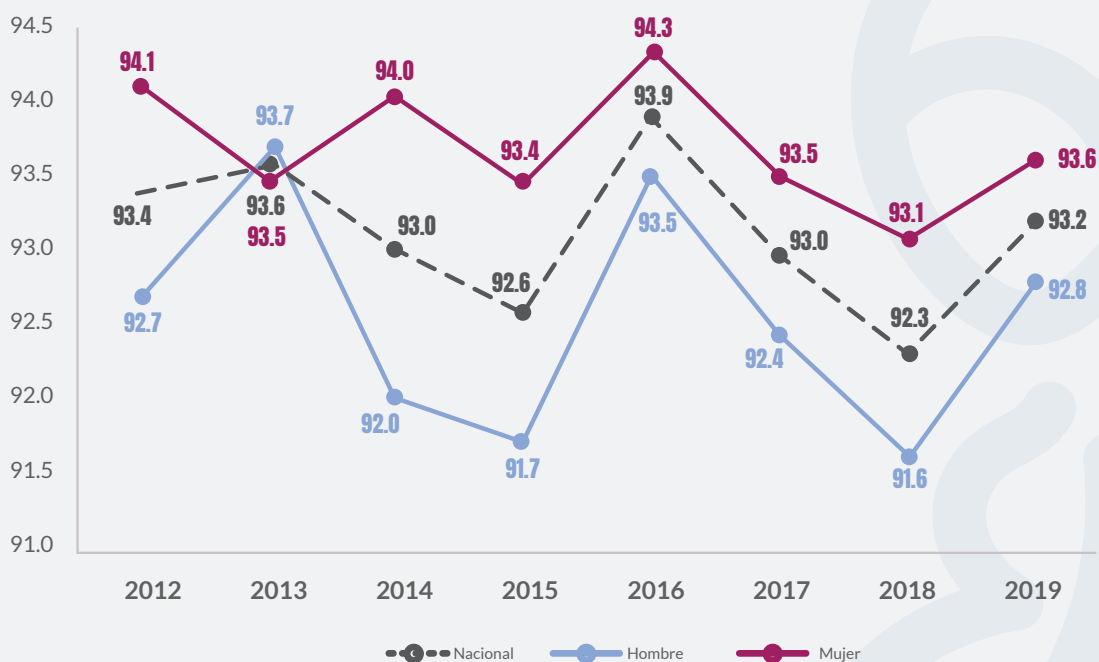
Según sexo

No existe mucha diferencia en el hecho que el neonato sea hombre o mujer, aunque ellas tienen el indicador ligeramente superior al de sus pares y con respecto al promedio nacional. Es posible señalar que la mayor parte

de neonatos hombres estén en las zonas urbanas del país y la mayor parte de neonatas mujeres, en las zonas rurales a nivel nacional; esto debido a la magnitud del indicador con respecto al promedio nacional, tan similar al comportamiento urbano – rural del indicador.

Gráfico n° 20

Perú: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos según sexo



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 10. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.



6. Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación.

El embarazo tiene una duración aproximada de 40 semanas, de modo que se considera prematuro a todo infante cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación. A nivel nacional, en el periodo 2012-2019 se ha incrementado la proporción de recién nacidos prematuramente, de 17.5% a 22.3%.

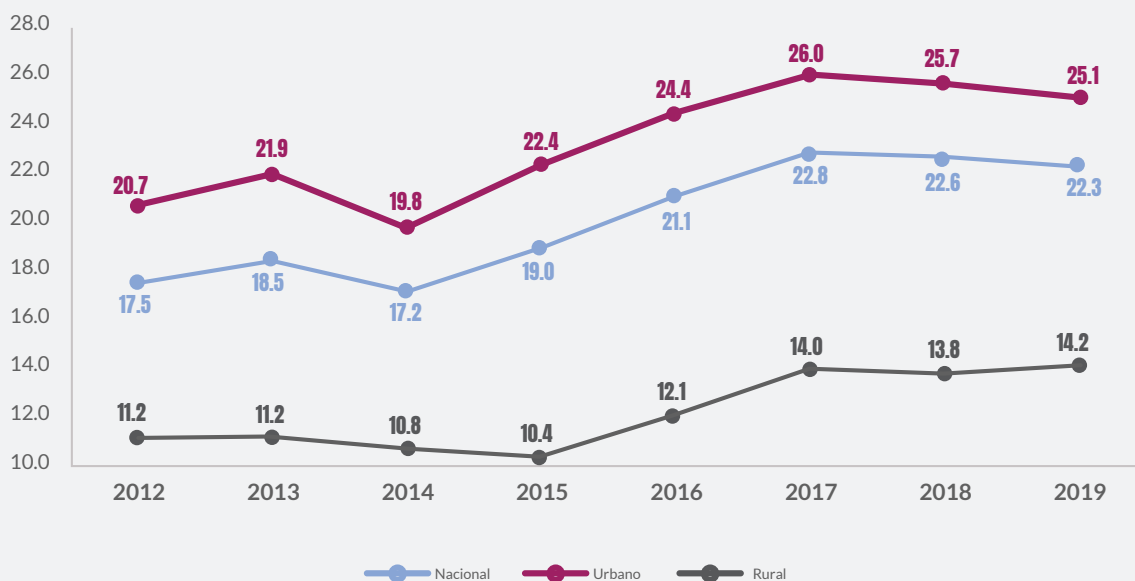
Según área de residencia

De manera específica, en el tramo temporal 2012-2014 los cambios en el indicador no fueron significativos: a nivel nacional estuvo alrededor del 17%; a nivel urbano, de 21%; a nivel rural, de 11%. El indicador empieza a deteriorarse desde el año 2014 a nivel nacional, con magnitudes por encima en zonas urbanas y muy por debajo en zonas rurales.

En la evolución del indicador, en el periodo 2012-2019, al parecer lo que sucede con los nacimientos prematuros en las zonas urbanas del país mueve el indicador a nivel nacional. Tienen mayor relación directa, que solo parecen compartir débilmente con la evolución del indicador a nivel rural. En el tramo temporal 2014-2017 incrementa el indicador tanto a nivel nacional (de 17.2% a 22.8%) como urbano (de 19.8% a 26%). En el ámbito rural, el indicador empieza su deterioro en 2015, con 10.4%, para escalar a 14% en 2017. Desde entonces, el indicador en las zonas urbanas (y en el promedio nacional) expresan una ligera mejora al 2019 al pasar de 26% a 25.1% (de 22.8% a 22.3%), en tanto que las zonas rurales del país ven prácticamente empeorar ligeramente al indicador, al pasar de 14% a 14.2% (técnicamente, un estancamiento).

Gráfico n° 21

Perú: Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación según área de residencia



Fuente: Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019. Pág. 94. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

Existe mayor probabilidad de tener una edad gestacional prematura del recién nacido en las zonas urbanas del país. La cuarta parte de recién nacidos vivos en el ámbito urbano del país tienen menos de 37 semanas de gestación. Este es un rasgo de heterogeneidad territorial en el desarrollo del país, en particular en cuanto a la evolución de la proporción de nacidos vivos con menos a 37 semanas de gestación.

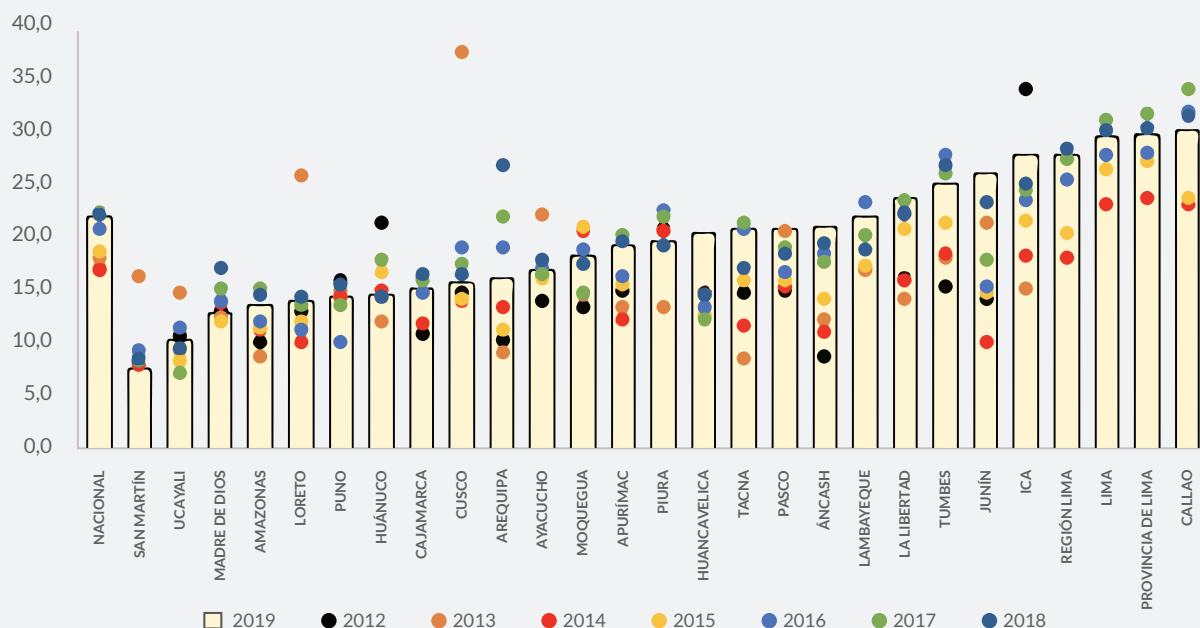
Según regiones

Las regiones donde el indicador se ha incrementado, en términos netos, en el periodo 2012-2019 son Amazonas,

Loreto, Cajamarca, Cusco, Arequipa, Ayacucho, Moquegua, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Pasco, Áncash, Lambayeque, La Libertad, Tumbes, Junín, Lima, Lima Metropolitana y Callao. Por su parte, al 2019 las regiones con magnitudes del indicador por encima del promedio nacional (22.3%) son La Libertad (24.1%), Tumbes (25.3%), Junín (26.3%), Ica (28.1%), Región Lima (28.1%), Lima (29.9%), Lima Metropolitana (30.1%) y Callao (30.6%).

Gráfico n° 22

Perú: Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación según regiones



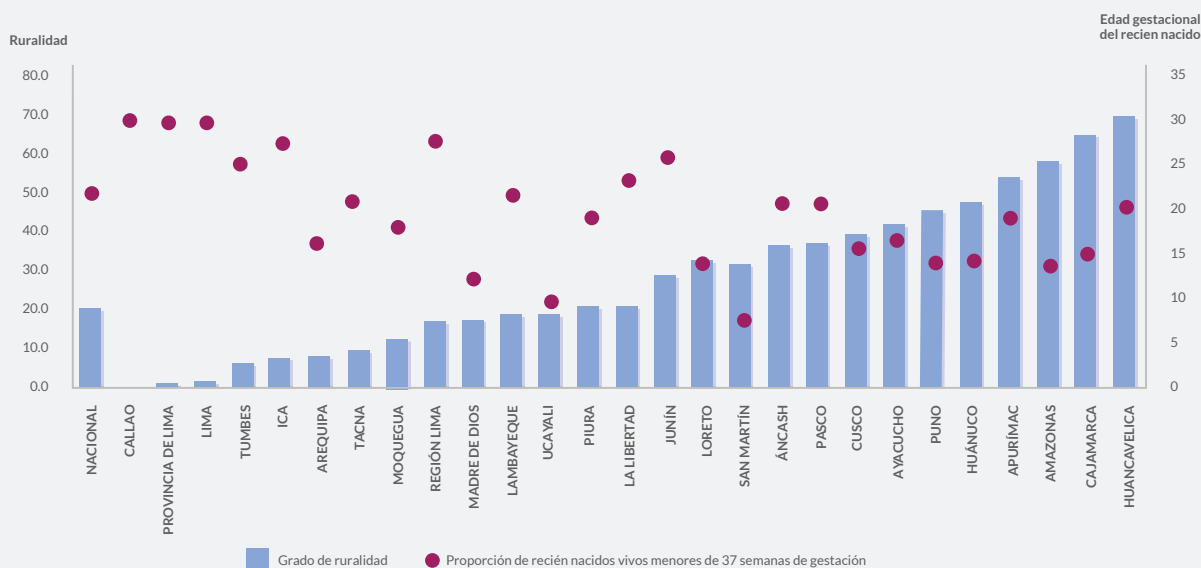
Fuente: Informe Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019. Pág. 94 - INEI (2020)
Elaboración: Propia.

Una mayor ruralidad regional se asocia en apreciable medida con una menor proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación. Aunque puedan notarse disparidades o casos discrepantes con

esta tendencia, lo que se remarca es la tendencia a que la presencia extendida de ruralidad regional condiciona los resultados regionales en términos de edad gestacional prematura.

Gráfico n° 23

Perú: grado de ruralidad territorial y proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* La proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

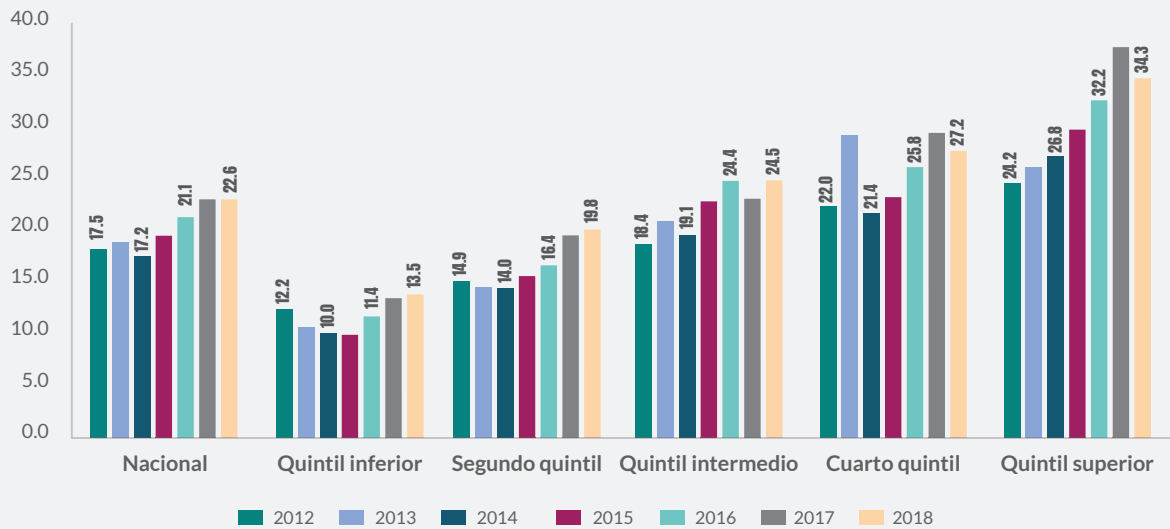
Según niveles de riqueza

Si bien en todos los quintiles de riqueza se ha incrementado la proporción de recién nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, en términos netos este incremento no se ha dado en similar magnitud. En el periodo 2012-2018 en el quintil inferior (el más pobre) el indicador pasa de

12.2% a 13.5% (+1.3 puntos porcentuales); en el segundo quintil, de 14.9% a 19.8% (+5.1 puntos porcentuales); en el quintil intermedio, de 18.4% a 24.5% (+6.1 puntos porcentuales); en el cuarto quintil, de 22% a 27.2% (+5.2 puntos porcentuales); y en el quintil superior, de 24.2% a 34.3% (+10.1 puntos porcentuales).

Gráfico n° 24

Perú: Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación según niveles de riqueza



Fuente: VII Informe Anual de avances de las metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (2018) – MIMP.
Elaboración: Propia.

El indicador ha evolucionado en incrementos relativamente mayores en los segmentos de riqueza no pobres. Y a medida que los niveles de riqueza van en aumento, se asocian con una magnitud ya mayor del indicador, sea en 2012 o en 2018. Desde el quintil intermedio hacia arriba en cuanto a riqueza, las proporciones de recién nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación han estado por encima del promedio nacional.

Es posible que la mayor parte del quintil más pobre se encuentre predominantemente en regiones con altos grados de ruralidad, en razón al incremento ligero del indicador. Por su parte, el segundo quintil podría estar distribuido en espacios territoriales más urbanos que rurales, y a medida que los quintiles presentan una evolución más pronunciada del indicador, subyace el menor grado de ruralidad de la región donde se encuentren distribuidos. Desde el quintil intermedio hacia arriba, dado que el indicador siempre se encuentra por encima del promedio nacional en cada año, conduce a señalar que prácticamente se encuentra en espacios territoriales del país con bajísimos grados de ruralidad.

Entre la característica de los recién nacidos vivos de 37 semanas de gestación destaca el que las complicaciones en el nacimiento prematuro es una de las primeras causas de mortalidad neonatal. Por cada 100 muertes neonatales, 28 se debieron a tales complicaciones en 2018; 25, en 2011 (MINSa, 2019c; Pág. 1169)

Posibles factores explicativos

Entre las posibles razones subyacentes a la evolución de los indicadores en el periodo 2012-2018/19 del resultado 1 del PNAIA 2021, asociados principalmente a la meta 1, se pueden indicar las siguientes:

— Las intervenciones para reducir la mortalidad neonatal del Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) han incrementado sus recursos presupuestales, con un retroceso parcial en los últimos años. La atención del parto normal, del recién nacido normal, del recién nacido con complicaciones sin requerir Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y del recién nacido con complicaciones que requieren Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) conforman las intervenciones del PSMN a nivel de

servicios ofrecidos para reducir la mortalidad neonatal (MINSA, 2019a; págs.45-46).

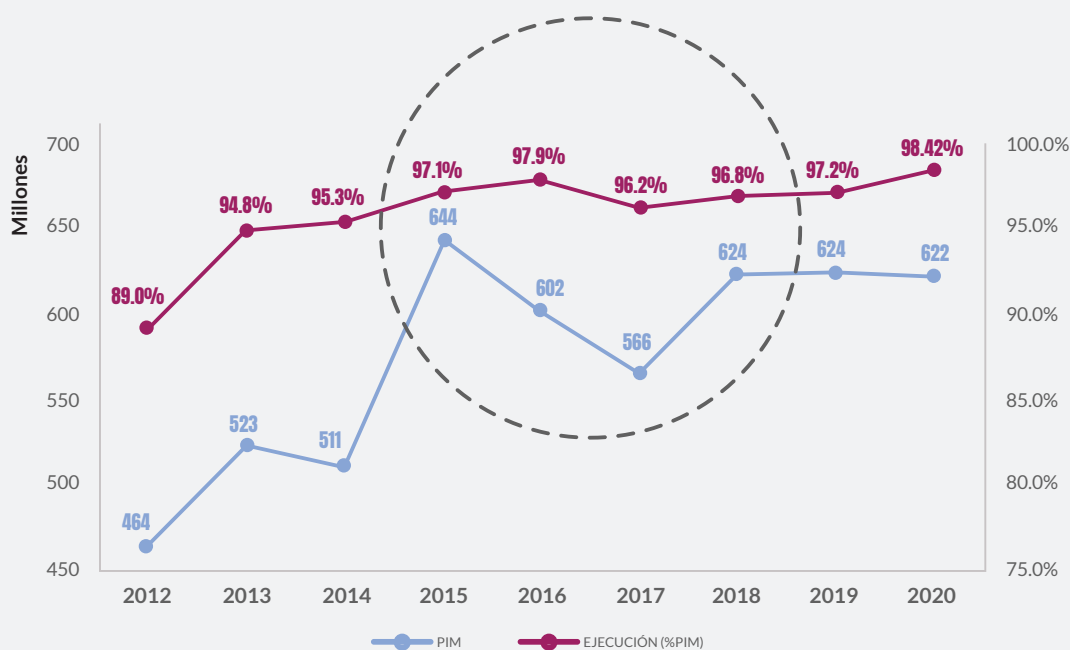
En el PSMN, el presupuesto finalmente asignado para prestar servicios dirigidos a reducir la mortalidad neonatal se fue incrementando, alcanzando su pico en 2015 con 644 millones de soles. Los años 2016 y 2017 fueron de disminución del Presupuesto Institucional Modificado (PIM), hasta alcanzar 566 millones de soles.

Posiblemente en esta disminución se priorizaron los servicios prestados en el área urbana, a juzgar por el fuerte deterioro del indicador en las zonas rurales en tales años (+1.3 puntos porcentuales). Cuando el PIM se recupera parcialmente en 2018 a 624 millones de soles, el deterioro del indicador en las áreas urbana y rurales fueron ligeras

para ese año (urbano: +0.5 puntos porcentuales; rural: +0.3 puntos porcentuales; nacional: +0.3 puntos porcentuales). Desde entonces, el PIM se mantiene en ese orden de magnitud con ligera tendencia a la baja (de 624 millones de soles en 2018 a 622 millones de soles en 2020).

Esto puede significar que los recursos presupuestales parcialmente recuperados son insuficientes para respaldar las intervenciones de reducción de la mortalidad neonatal y que debieran ubicarse al menos en monto similar al que se asignó en 2015, año hasta donde el indicador en zonas urbanas y rurales evolucionó favorablemente, al igual que para un grupo importante de regiones, principalmente entre las neonatas mujeres (el indicador para los neonatos hombres permaneció en 13 hasta ese año).

Gráfico n° 25
Perú: Presupuesto asignado y ejecutado por el PSMN a nivel de servicios para reducir la mortalidad neonatal



* PIM: Presupuesto Institucional Modificado

* Ejecución (% PIM): devengado como porcentaje del PIM

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas - MEF (Consulta Amigable, al 30 de diciembre 2020)

Elaboración: Propia

A todo esto, hay que mencionar que la ejecución presupuestal en los años 2017 y 2018 disminuyó un poco con respecto a 2016 (96.2% y 96.8%, respectivamente, frente a 97.9%). En la operatividad habitual de estas intervenciones para reducir la mortalidad neonatal, la disminución presupuestal puede comprometer a los recursos humanos asistenciales y no asistenciales, dificultando la gestión de estos servicios a pesar de las condiciones donde se desenvuelven (instalaciones, equipamiento, insumos, entre otros).

→ Las intervenciones en mortalidad neonatal deben revisarse para lograr cerrar brechas urbano-rurales y entre pobres-no pobres. Por cada 100 notificaciones de defunciones neonatales, 70 fueron neonatos prematuros en 2018; 60, en 2011. La mortalidad neonatal tiene perfil predominante de nacimiento prematuro. Esta mortalidad de neonatos prematuros se mantiene inalterable pese a que las intervenciones frente a ella despliegan acciones que se consideran poco onerosas para lograr resultados importantes. Al respecto, se dice que *“a pesar de la difusión*

y el conocimiento de intervenciones sencillas y costo-efectivas para reducir la mortalidad de prematuros como la administración prenatal de corticoides, aplicación del <<Método Canguro>> o contacto piel a piel y lactancia precoz, administración de antibióticos para tratar las infecciones, entre otras, no se ha conseguido aún reducir la mortalidad de este grupo (...)" (MINSa, 2019f; pág. 1168)

Los esfuerzos realizados son insuficientes para prevenir el parto prematuro. Tal vez deban incluir más esfuerzo en medidas como, por ejemplo, progesterona suplementaria, diagnóstico y tratamiento oportuno de la bacteriuria asintomática, cesar el tabaquismo, tomar en cuenta antecedentes de parto prematuro previo y necesidad de utilizar técnicas de cerclaje cervical y uso de pesarios. Esto será importante porque una de las primeras causas de la muerte neonatal se relaciona con las complicaciones en el nacimiento prematuro (MINSa, 2019f; pág. 1169)

— El equipamiento para atención de gestantes y neonatos tiene problemas de capacidad resolutive. Frente al recién nacido prematuro, para que prevalezca su vida, se requieren unidades para cuidados críticos neonatales con espacios y equipamientos adecuados y con la disponibilidad de recursos humanos capacitados. También se puede insistir en el uso del método canguro como alternativa a las incubadoras (que comportan la separación madre-recién nacido prematuro). Pero a todo esto se debe añadir un enfoque comunitario donde participe la familia del recién nacido prematuro: *“La integración de la familia en el cuidado del bebé prematuro promoviendo la implementación de servicios críticos a <<puertas abiertas>> donde la familia forma parte del equipo de atención, la planificación del alta hospitalaria del bebé prematuro y la capacitación de los padres para el cuidado de su bebé en el hogar, son intervenciones necesarias para reducir la mortalidad del prematuro”* (MINSa, 2019f; pág. 1169)

La prevención del parto prematuro y la adecuada atención de recién nacidos prematuros conduce a la reducción de mortalidad neonatal e infantil. Se necesita incrementar las inversiones para mejorar atención de mujeres embarazadas y a recién nacidos, además de implementar intervenciones con la evidencia correspondiente (Ídem).

Sobre lo mencionado, cabe señalar que al año 2015 se reportaba que existían 475 establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), de los cuales el 76.7% tenía capacidad resolutive inferior a 50%. La mayoría en el ámbito urbano (438) de las cuales el 75.3% tienen capacidad resolutive inferior a 50%; por

su parte, en el área rural, los pocos establecimientos de salud con FONB (37), todos, tienen capacidad resolutive inferior a 50% (INEI, 2020a; pág. 101). Un déficit de infraestructura que subyace a los resultados diferenciados que desfavorecen a la población de gestantes y neonatos rurales, como se ha podido notar en los diversos indicadores con la desagregación de ruralidad. Los establecimientos de salud con FONB con capacidad resolutive de 50% a 79% llegan a ser 143, de los cuales no más del 23% cumple con esta capacidad de resolución. Todos en el ámbito urbano, ninguno en el área rural (INEI, 2020a; pág. 102)

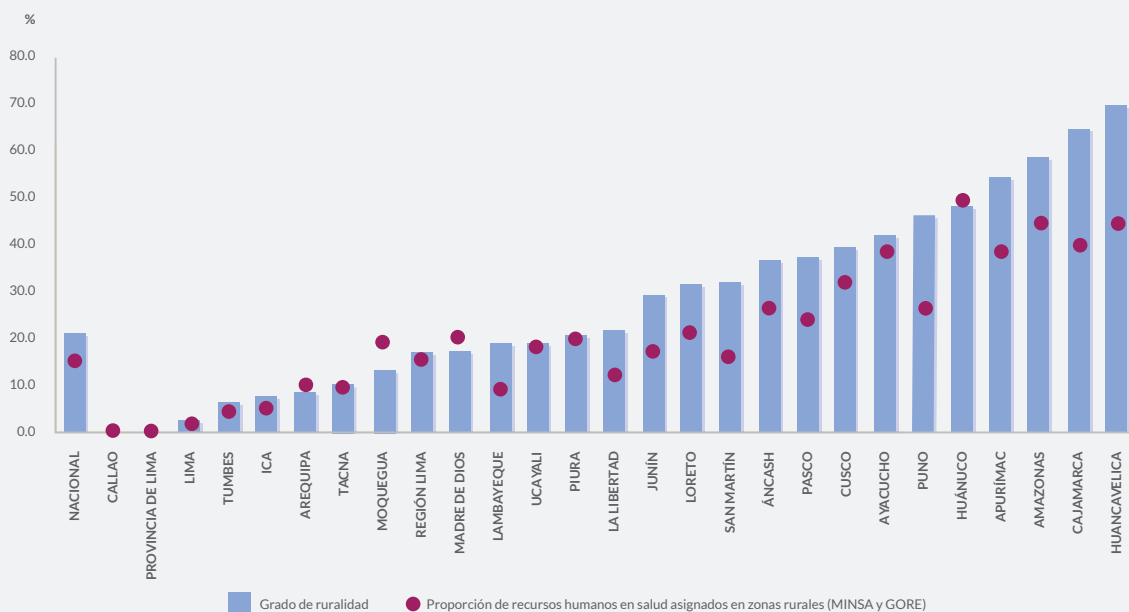
— Los recursos humanos en salud de los servicios de salud pública todavía son insuficientes, a pesar que la asignación regional se condice con el predominio de espacios territoriales urbanos o rurales. En el periodo 2013-2018, por cada 100 recursos humanos en salud del Ministerio de Salud (MINSa) y Gobiernos Regionales (GORE), 84 se encontraba en zonas urbanas y 16 en zonas rurales (MINSa, 2019d; pág. 66). De los 94 574 profesionales de la salud al año 2018, el 63.2% presta servicios en establecimientos de salud ubicados geográficamente entre 1 y 1000 m.s.n.m.; 4.3%; en establecimientos de salud ubicados entre 1001 y 2000 m.s.n.m.; 13.5%, en establecimientos de salud ubicados entre 2001 y 3000 m.s.n.m.; 18.1%, en establecimientos de salud ubicados entre 3001 y 4000 m.s.n.m.; y, 0.9%, en establecimientos de salud ubicado entre 4001 y 5100 m.s.n.m. (MINSa, 2020a; pág. 26). Ruralidad y altura geográfica tienen relación directa.

Puede notarse que regionalmente los recursos humanos en salud están asignados de tal forma que se sigue muy de cerca el grado de ruralidad de la región. Así, Callao tiene 0% de los recursos humanos en salud (MINSa y GORE) asignados en el área rural, en tanto Huancavelica tiene al 44.5% de sus recursos humanos en salud (MINSa y GORE) asignados a sus zonas rurales. Callao no tiene zonas rurales, Huancavelica tiene al 69.5% de sus habitantes residiendo en zonas rurales.



Gráfico n° 26

Perú: Grado de ruralidad territorial y proporción de recursos humanos en salud asignados en zonas rurales regionales, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* La proporción de recursos humanos en salud asignados en zonas rurales regionales corresponde al año 2018.

Fuente: INEI - MINSa

Elaboración: Propia

Dado que los indicadores analizados, en la mayor parte de sus casos, tienen como rasgo notable que evolucionan no precisamente de forma favorable en las zonas rurales con respecto a las zonas urbanas o al conjunto nacional; el problema no es de asignación de recursos humanos en salud al interior de las regiones, sino el déficit cuantitativo y cualitativo de estos a nivel nacional. Cuantitativamente, se requerirían más recursos humanos en salud; cualitativamente, se necesitaría una adecuación cultural en la prestación personal de servicios en salud, para favorecer la interculturalidad. A este respecto cabe la siguiente cita:

“El acceso equitativo a la atención médica de calidad depende de la disponibilidad de un número suficiente de trabajadores de la salud adecuadamente capacitados donde se los necesite. Sin embargo, la escasez de personal sanitario y los desequilibrios en su distribución persisten generando desafíos al reclutar, desplegar y retener a un número suficiente de trabajadores de salud bien capacitados y motivados donde se los necesita. Una de las razones clave de esta situación es la inseguridad laboral. La preocupación por este problema se expresa en la misma proporción por los trabajadores sin diferencia del nivel de habilidad”. (MINSa; 2019e; pág. 441)

Subyace al problema de insuficiencia cuantitativa y cualitativa de recursos humanos en salud la inseguridad laboral, es decir, la preocupación por la continuidad en el puesto de trabajo. Al 2018, del total de profesionales de la salud (MINSa y GORE), solo el 55% estaba nombrado, quedando el resto bajo alguna forma de contratación temporal o condicionada (20% contratado modalidad CAS, 19% régimen carrera pública, 1% contrato sujeto a modalidad en el marco del régimen laboral de la actividad privada y 5% otras modalidades diferentes al nombramiento) (MINSa, 2020a; pág. 19)

Proyecciones nacionales 2020 -2021

Al menos en los últimos 9 meses del año 2020 nuestro país se vio afectado por la pandemia mundial del nuevo coronavirus, colocando a las personas en una situación en que deben guardar distanciamiento social unos a otros para evitar que los contagios se propaguen y conduzcan a eventuales y dolorosas muertes. Dado que no se contaba con una vacuna o tratamiento que permita controlar al virus, el instrumento de política pública frente a este ha sido el confinamiento. El aislamiento social. Las personas se repliegan en sus viviendas y de ahí no debieran salir más que por cuestiones estrictamente necesarias, cumpliendo protocolos como el uso de mascarillas y adoptar la

costumbre de lavarse las manos por al menos 20 segundos con agua y jabón. El año 2021, al parecer, no será diferente, porque aún no están disponibles las vacunas antídoto que se supone están en la capacidad de controlar al virus y porque, aunque fuese así, diversas previsiones anuncian que nuestro país habrá vacunado a su población total recién en 2022.

Esta excepcional situación ha conllevado a que los servicios presenciales de los programas sociales se suspendan, y por tanto, muchas familias se priven de los servicios que ofrecen, que además por su naturaleza no encuentran en la modalidad virtual su expresión equivalente porque los partos institucionales son presenciales y las complicaciones que surjan en ese momento, antes (edad gestacional prematura) o inmediatamente después (mortalidad materna), requieren de la presencia de especialistas en espacios de atención adecuada. Ya en 2020 los recursos del PSMN se mantuvo similar a la del año 2019, con lo que la operatividad no ampliará el alcance que hasta ahora ha logrado.

Es posible que al cierre de 2021 los indicadores analizados en este apartado experimenten retrocesos o empeoren su situación, en razón a lo siguiente:

- La mortalidad neonatal inició su retroceso a partir de 2016-2017, luego de evolucionar favorablemente desde el año 2012. Aquel retroceso se condice con lo sucedido entre los años 2011 y 2019: una disminución progresiva de la proporción de Mortalidad Neonatal Evitable (MNE) (es decir, aquellas situaciones que pueden tratarse y reducirse con intervenciones durante el embarazo, parto o atención del recién nacido). Desde marzo 2020, aunque los casos notificados se redujeron, la proporción de MNE se incrementó, siendo expresión del deterioro en la calidad de atención del parto y resolución de emergencias obstétricas, de la reducción en la calidad de atención inmediata al recién nacido e inadecuados cuidados básicos en el hogar. En el país, desde que inició la pandemia por la Covid-19, se redujo la cobertura de servicios de salud preventiva (atención prenatal, postnatal, vacunaciones) básicamente por las restricciones al movimiento, el miedo a la infección, la menor disponibilidad de personal por reasignaciones hacia actividades de lucha contra la Covid-19 o por enfermedad sufrida por ellas/os. De hecho, en los países de ingresos bajos y medios (como el Perú), los servicios de salud materna y neonatal se redujeron

en contexto de pandemia por la Covid-19, con el deterioro de la calidad de atención, riesgo de muerte y reversiones en los logros alcanzados en las últimas dos décadas (Vargas-Machuca y otros, 2020).

- Las y los nacidos vivos con bajo peso al nacer y/o con edad gestacional prematura, en contexto de pandemia por la Covid-19, suelen ser separados sistemáticamente de sus madres si se sospecha o se confirma presencia de Covid-19, con lo cual se incrementa el riesgo de muerte o de complicaciones para toda la vida²⁶.

- La mortalidad materna está fuertemente relacionada con la mortalidad neonatal. En América Latina y el Caribe, por cada muerte materna se producen 12.2 muertes neonatales en promedio (UNICEF, 2020; pág. 12). En el país se estima que la pandemia por la Covid-19 implicará al menos 5 años de retroceso en la mortalidad materna dado el fuerte impacto que viene teniendo en la provisión de servicios de salud, donde no se ha priorizado la salud materna (Gianella, Camilla y otros; 2021).

De este modo, al cierre de 2021 puede esperarse que la meta “reducir un tercio la tasa de mortalidad neonatal” no se cumpla. Ya sin pandemia estaba todavía lejos de ser cumplida.

²⁶ Consultar <https://www.who.int/es/news/item/16-03-2021-new-research-highlights-risks-of-separating-newborns-from-mothers-during-covid-19-pandemic>

Objetivo Estratégico 1 (OE1)

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



5.2

Resultado Esperado 2 (RE2)

Niñas y niños menores de 5 años de edad alcanzan un estado adecuado de nutrición y salud.

Meta 2 (M2)

Disminuir al 5% la desnutrición crónica en niños, niñas menores de cinco años (concordado con Plan Bicentenario).

Indicadores priorizados

1. Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.

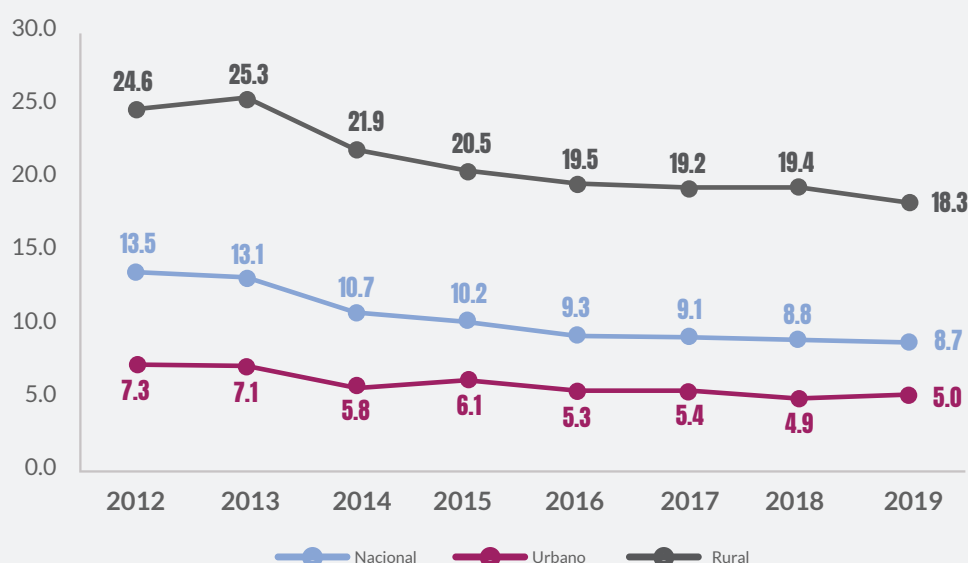
Las niñas y niños se clasifican como desnutridos si están por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) con respecto a la media de la población de referencia.

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019 la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad a nivel nacional (patrón de referencia NCHS) ha disminuido de 13.5% a 8.7%. Prácticamente, en el ámbito urbano el indicador es bastante menor que el promedio nacional en cada año. En cambio, en las zonas rurales del país, aunque se ha reducido sostenidamente la tasa de desnutrición crónica en la población de menores de 5 años de edad, de 24.6% a 18.3%, sigue siendo bastante elevada: más que duplica al promedio nacional y más que triplica lo mostrado en el ámbito urbano.

Gráfico n° 27

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) según área de residencia



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Anexo capítulo 10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

Según regiones

Las regiones que al 2019 tienen magnitudes del indicador por encima del promedio nacional (8.7%) son Puno (8.9%), Cusco (9%), La Libertad (9.3%), Piura (10%), Pasco (10.1%), Ayacucho (10.7%), Apurímac (11.2%), Áncash (12.8%), Ucayali (13%), Huánuco (13.1%), Junín (13.8%), Loreto (17.7%), Cajamarca (20.1%) y Huancavelica (22.4%).

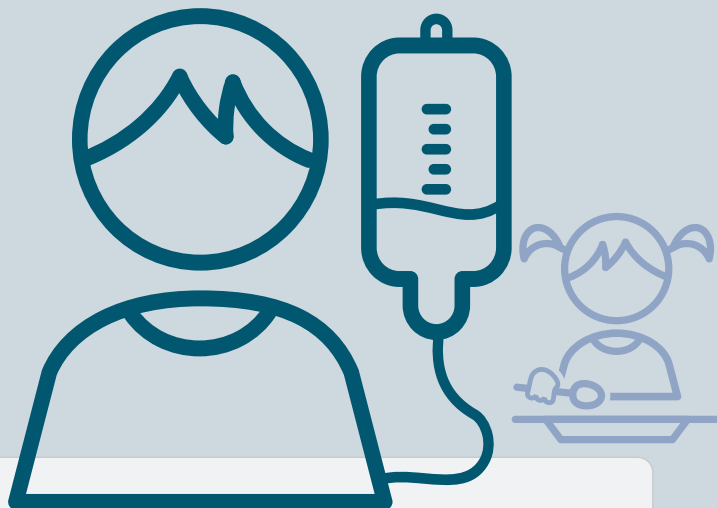
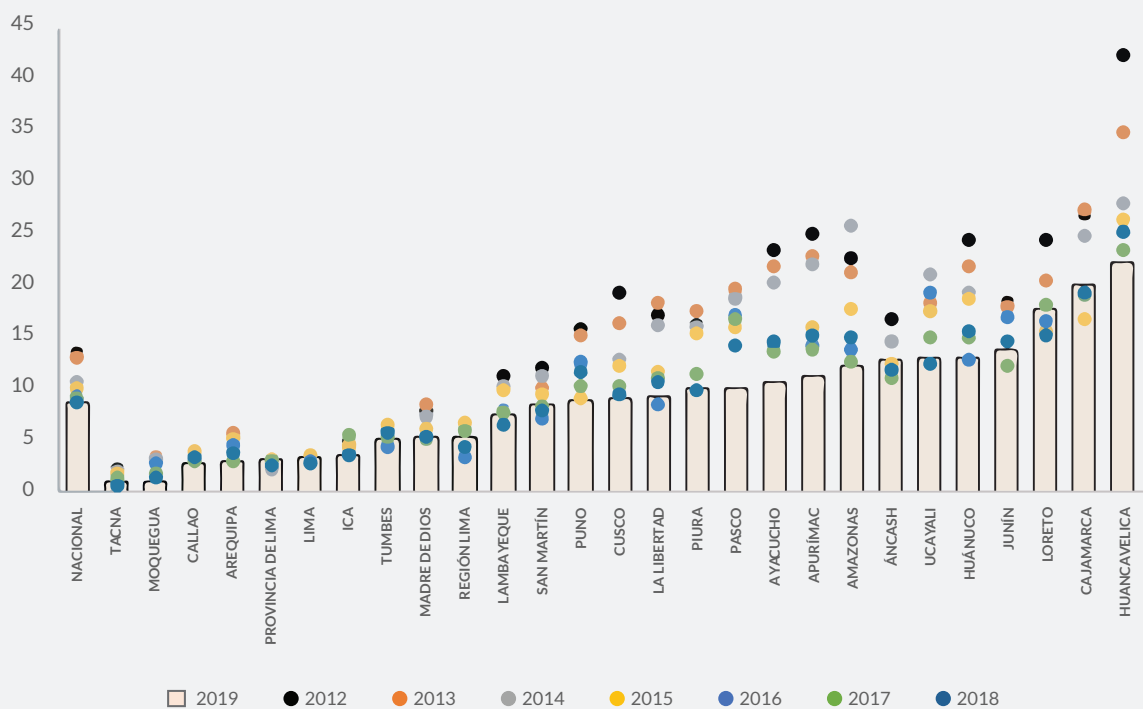


Gráfico n° 28

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) según regiones



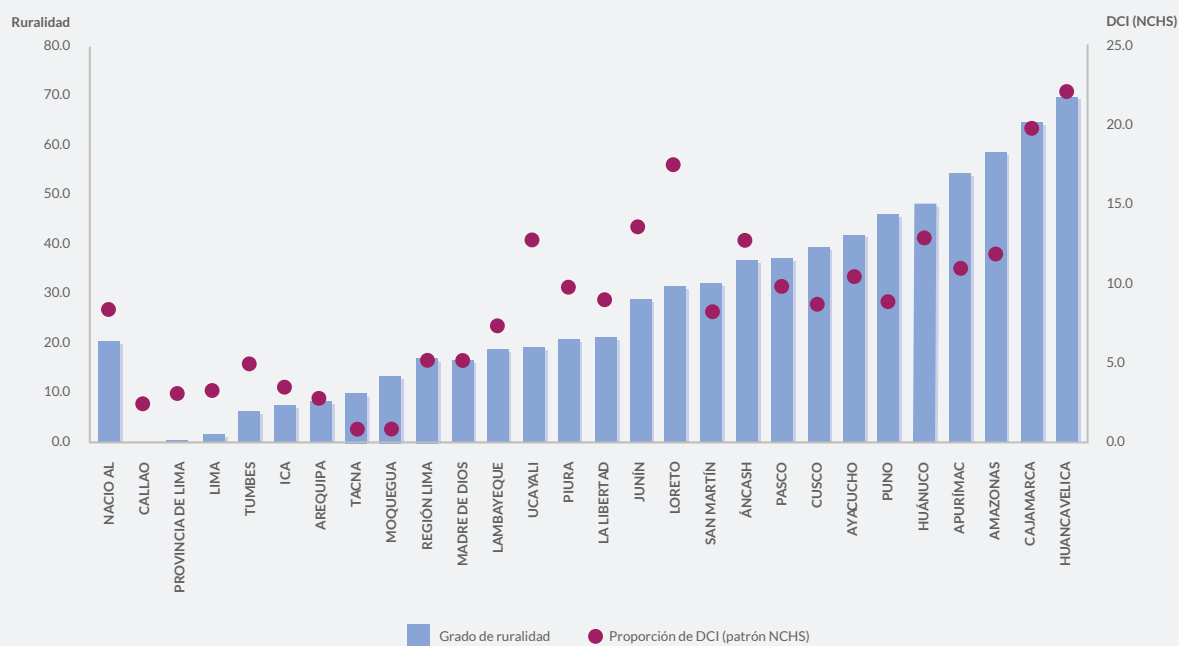
Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

La tendencia estructural que persiste y aún no se ha superado pese a la evolución favorable del indicador de desnutrición crónica infantil (patrón NCHS), es que todavía mayor grado de ruralidad regional se asocia a mayores niveles de desnutrición crónica infantil regional. En tanto

Callao tiene 2 de cada 100 niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (y su grado de ruralidad es cero), Huancavelica tiene 22 de cada 100 niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (y su grado de ruralidad es el más alto del país, 69.5%).

Gráfico n° 29

Perú: grado de ruralidad territorial y porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS), 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia



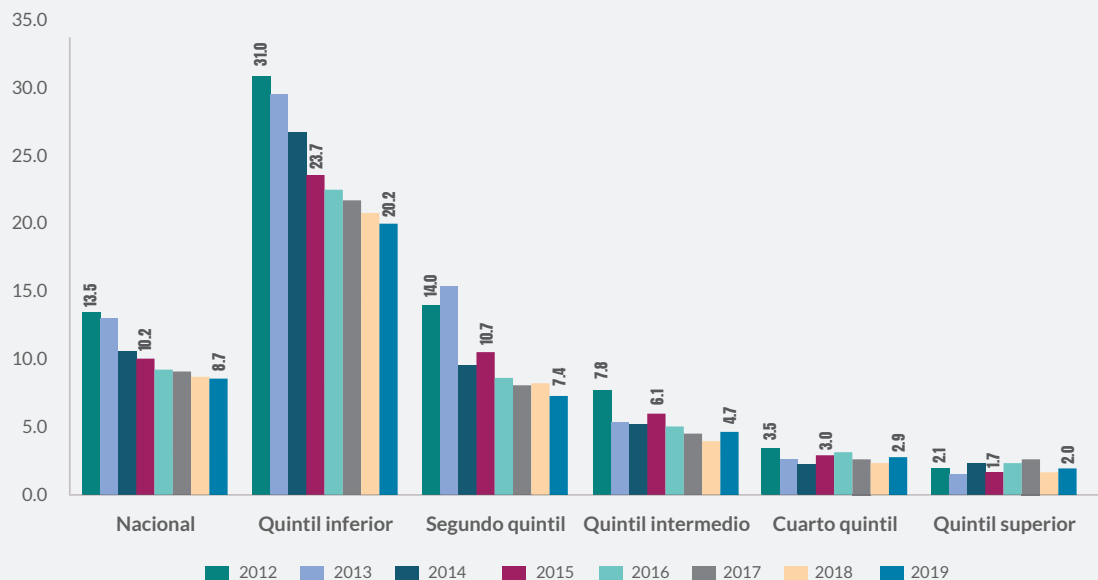
Según niveles de riqueza

Pese a que los 5 quintiles han experimentado mejoras en el periodo 2012-2019, no han sido avances en la misma magnitud. Así, en términos netos, el indicador se redujo de 31% a 20.2% en el quintil inferior (-10.8

puntos porcentuales); de 14% a 7.4% en el segundo quintil (-6.6 puntos porcentuales); de 7.8% a 4.7% en el quintil intermedio (-3.1 puntos porcentuales); de 3.5% a 2.9% en el cuarto quintil (-0.6 puntos porcentuales); y, de 2.1% a 2% (-0.1 puntos porcentuales).

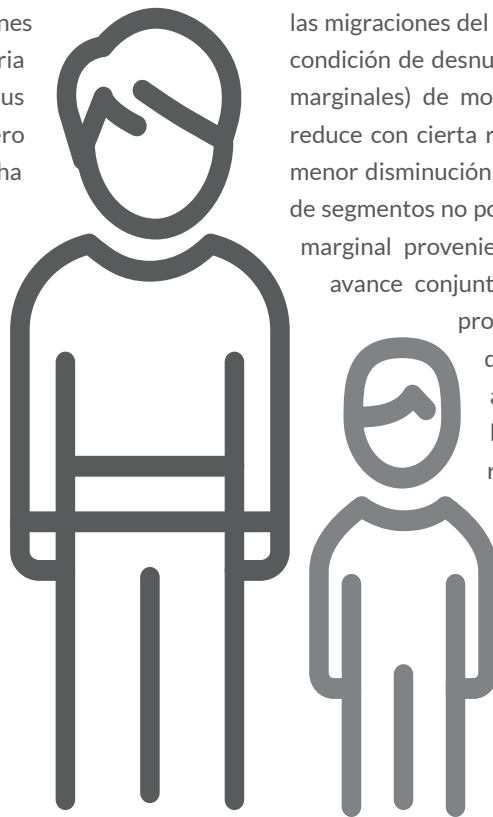
Gráfico n° 30

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) según quintiles de riqueza



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

Pese a que los avances en la disminución de la desnutrición crónica han sido más acelerados entre los más pobres, el resto de no pobres ha experimentado una disminución neta relativamente menor en la medida que ya ostentaban relativamente bajos niveles de desnutrición crónica. Es posible que las intervenciones de lucha contra la pobreza en materia nutricional hayan focalizado sus esfuerzos en el quintil más pobre, pero todavía no logran romper la brecha estructural por la cual siguen teniendo el mayor porcentaje de desnutrición crónica infantil.



Al 2019, 20.2% de niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica en los grupos más pobres, es una magnitud más que duplica la del promedio nacional y puede tratarse de poblaciones que habitan principalmente las zonas rurales del país. También cabe la posibilidad que las migraciones del campo a la ciudad hayan trasladado la condición de desnutrición crónica a las ciudades (urbano marginales) de modo que a la par que así también se reduce con cierta rapidez el indicador en la ruralidad, la menor disminución de la desnutrición crónica en el resto de segmentos no pobres esconde aquella pobreza urbano marginal proveniente desde la ruralidad que frena el avance conjunto en las ciudades. Si esto es así, el problema es dinámico en el contexto de migraciones campo-ciudad, y las acciones frente a ella, privilegiando la ruralidad, deberían extender con renovación sus intervenciones en las ciudades.

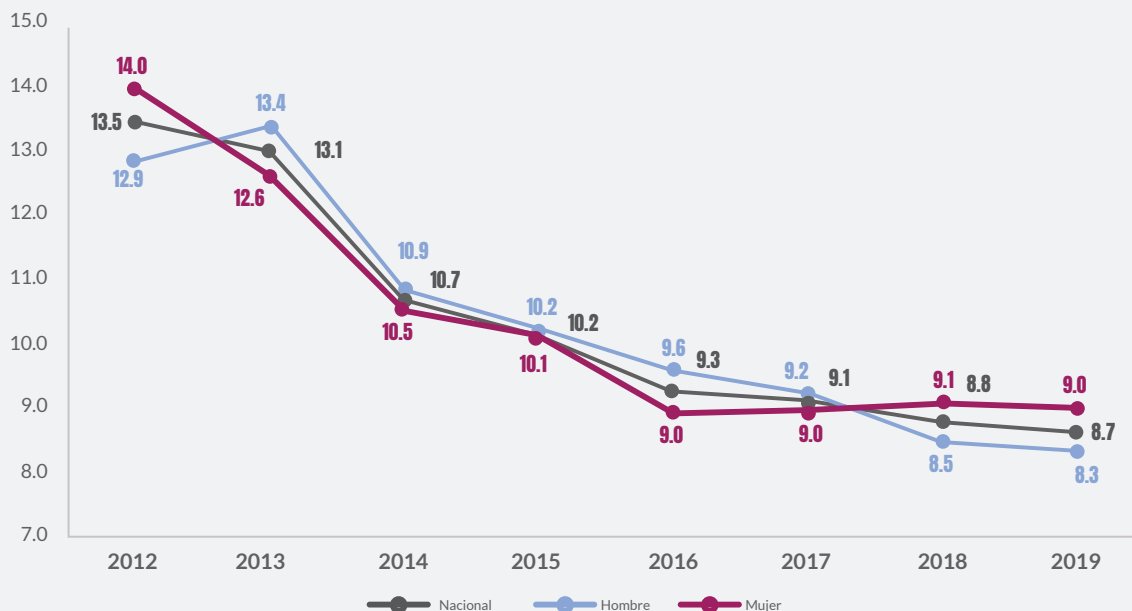
Según sexo

En los años 2018 y 2019, la incidencia de la desnutrición crónica en niñas menores de 5 años de edad se incrementó por encima del promedio nacional y frente a sus pares hombres. Aun así, la disparidad no es muy marcada como

cuando se compara entre quintiles de riqueza o según área de residencia. La desnutrición crónica infantil afecta a menores de 5 años por igual, sin distinguir sexo; aunque sí lo hace de manera diferenciada cuando estos son parte de grupos pobres o residentes de zonas rurales.

Gráfico n° 31

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón de referencia NCHS) según sexo



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

2. Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón de referencia OMS), por área de residencia, departamento y quintil de riqueza.



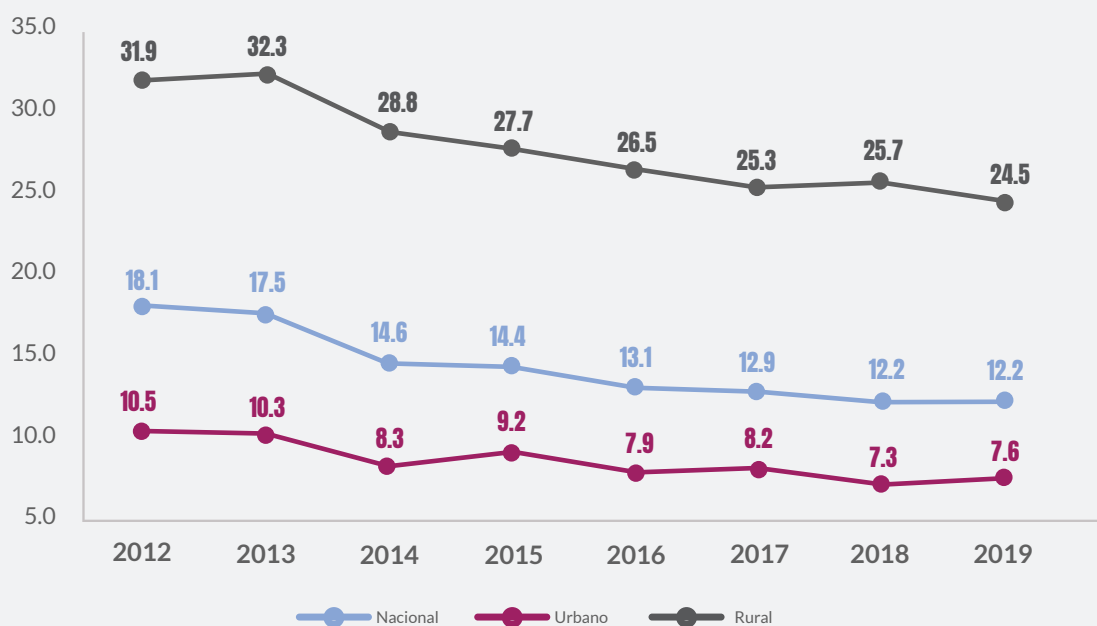
Es el porcentaje de infantes menores de cinco años de edad cuya talla para la edad está a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS). La desnutrición crónica se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo. Se entiende como el estado en el cual los infantes tienen baja estatura con relación a una población de referencia, y refleja los efectos acumulados de la inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias) y de la interacción entre ambas.

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019 la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad a nivel nacional (patrón de referencia OMS) ha disminuido de 18.1% a 12.2%. Prácticamente, en el ámbito urbano el indicador es bastante menor que el promedio nacional en cada año.

En cambio, en las zonas rurales del país, aunque se ha reducido sostenidamente la tasa de desnutrición crónica en la población de menores de 5 años de edad, de 31.9% a 24.5%, sigue siendo bastante elevada con respecto al promedio nacional (12.2%): es el doble del promedio nacional y más del triple que el ámbito urbano.

Cuadro n° 32
Perú: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón OMS) según área de residencia



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Anexo capítulo 10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.



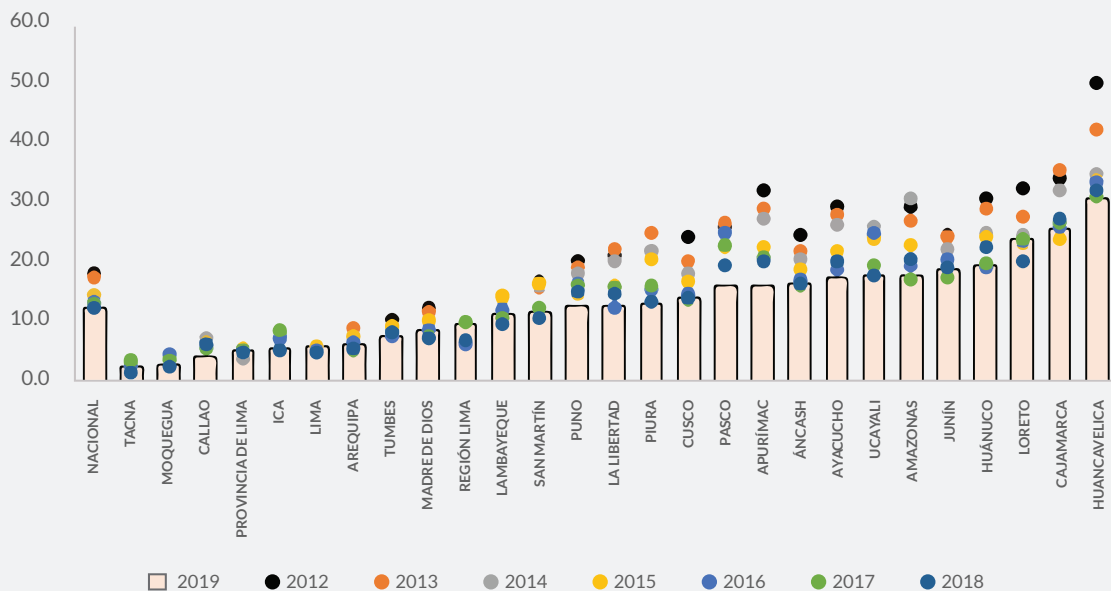
Según regiones

Las regiones que al 2019 tienen magnitudes del indicador por encima del promedio nacional (12.2%) son Puno (12.6%), La Libertad (12.7%), Piura (13%), Cusco (14%),

Pasco (16%), Apurímac (16.1%), Áncash (16.2%), Ayacucho (17.3%), Ucayali (17.7%), Amazonas (17.9%), Junín (18.7%), Huánuco (19.4%), Loreto (23.7%), Cajamarca (25.6%) y Huancavelica (30.7%).

Gráfico n° 33

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón OMS) según regiones



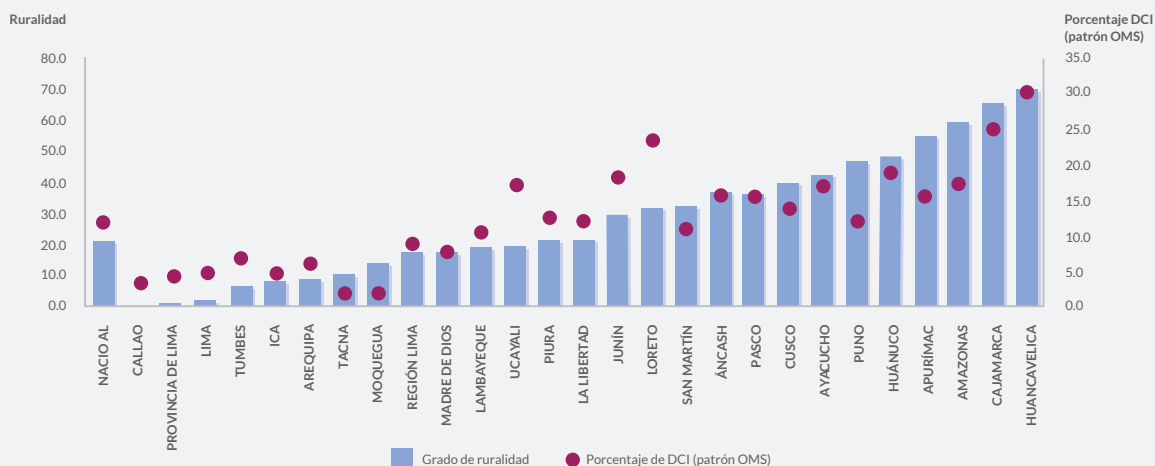
Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

La tendencia estructural que persiste y aún no se ha superado pese a la evolución favorable del indicador de desnutrición crónica infantil (patrón OMS), es que todavía mayor grado de ruralidad regional se asocia a mayores niveles de desnutrición crónica infantil regional. En tanto

Callao tiene cerca de 4 de cada 100 niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (y su grado de ruralidad es cero), Huancavelica tiene cerca de 31 de cada 100 niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica (y su grado de ruralidad es la más alta del país, 69.5%).

Gráfico n° 34

Perú: grado de ruralidad territorial y porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad (patrón OMS), 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de desnutrición crónica de la población de menores de 5 años de edad corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

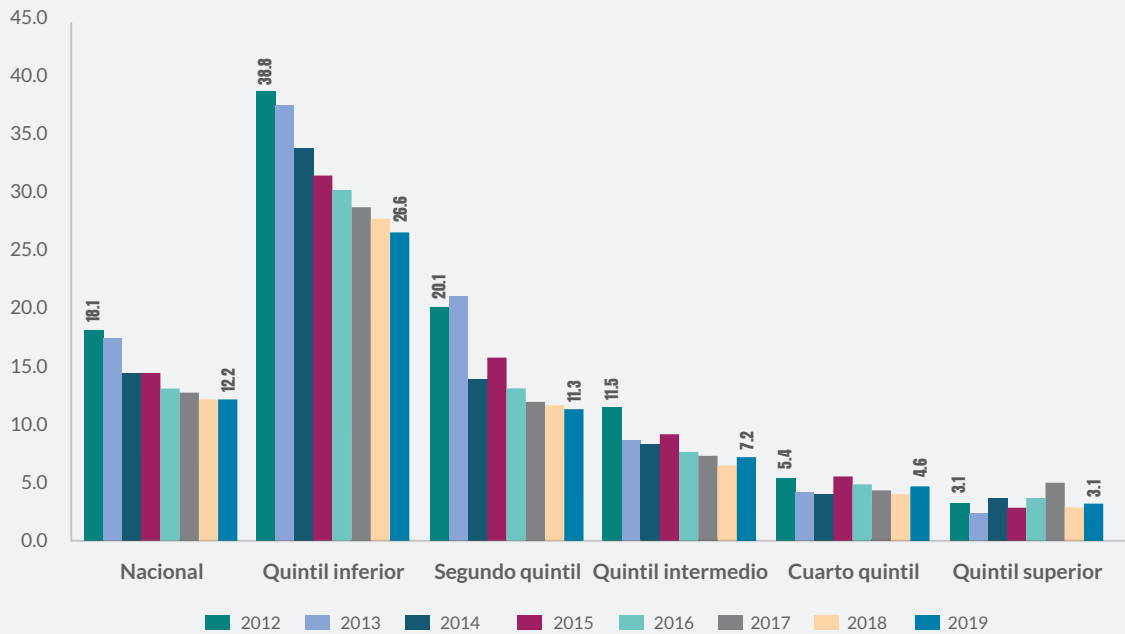
Según niveles de riqueza

Pese a que los 5 quintiles han experimentado mejoras en el periodo 2012-2019, no han sido avances en la misma magnitud. Así, en términos netos, el indicador se redujo de 38.8% a 26.6% en el quintil inferior (-12.2 puntos

porcentuales); de 20.1% a 11.3% en el segundo quintil (-8.9 puntos porcentuales); de 11.5% a 7.2% en el quintil intermedio (-4.3 puntos porcentuales); de 5.4% a 4.6% en el cuarto quintil (-0.8 puntos porcentuales); y, de 3.1% a 3.1% (0 puntos porcentuales).

Gráfico n° 35

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón OMS) según quintiles de riqueza



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia

Pese a que los avances en la disminución de la desnutrición crónica han sido más acelerados entre los más pobres, el resto de no pobres ha experimentado una disminución neta relativamente menor en la medida que ya ostentaban relativamente bajos niveles de desnutrición crónica. Es posible que las intervenciones de lucha contra la pobreza en materia nutricional hayan focalizado sus esfuerzos en el quintil más pobre, pero todavía no logran romper la brecha estructural por la cual siguen teniendo el mayor porcentaje de desnutrición crónica infantil.

Al 2019, 26.6% de niños menores de 5 años de edad con desnutrición crónica en los grupos más pobres, es una magnitud más que duplica la del promedio nacional y

puede tratarse de poblaciones que habitan principalmente las zonas rurales del país. También cabe la posibilidad que las migraciones del campo a la ciudad hayan trasladado la condición de desnutrición crónica a las ciudades (urbano marginales) de modo que a la par que así también se reduce con cierta rapidez el indicador en la ruralidad, la menor disminución de la desnutrición crónica en el resto de segmentos no pobres esconde aquella pobreza urbano marginal proveniente desde la ruralidad que frena el avance conjunto en las ciudades. Si esto es así, el problema es dinámico en el contexto de migraciones campo-ciudad, y las acciones frente a ella, privilegiando la ruralidad, deberían extender con renovación sus intervenciones en las ciudades.



Según sexo

Si bien la disparidad en la incidencia de la desnutrición crónica entre niñas y niños es relativamente corta, se mantiene el hecho que esta condición negativa está más presente entre los infantes hombres que entre sus pares mujeres. Es posible que la desnutrición crónica bajo el patrón OMS permita notar que los menores de 5 años de edad hombres con desnutrición crónica se encuentran en buena medida en las zonas rurales del país, en tanto sus pares mujeres habitan principalmente las zonas urbanas.

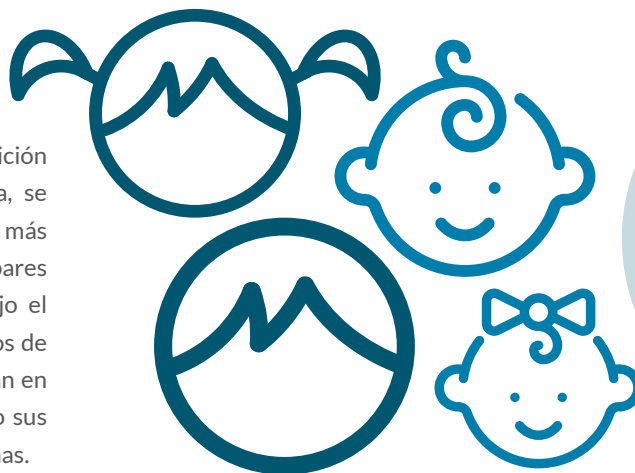
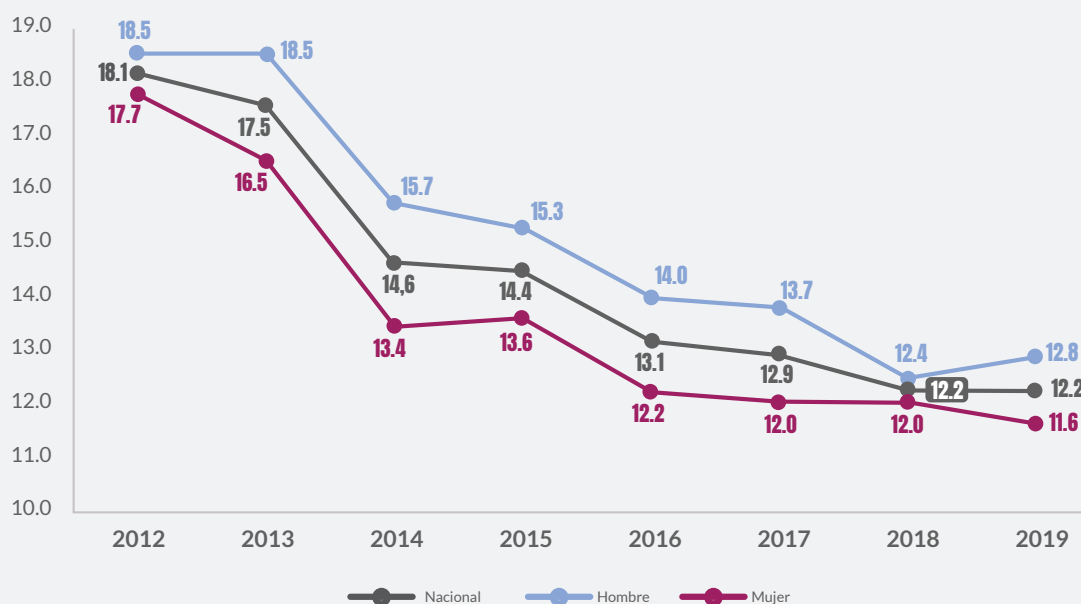


Gráfico n° 36

Perú: Porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años de edad (patrón OMS) según sexo



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia

3. Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta por cada mil nacidos vivos, por área de residencia, región natural y departamento.

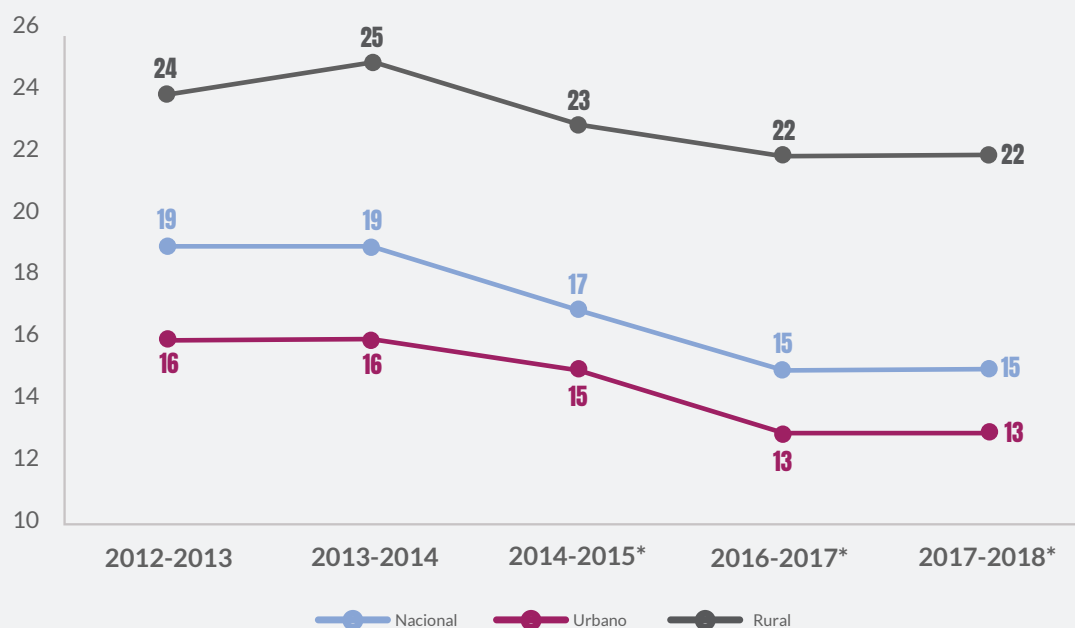
La mortalidad infantil es la probabilidad de morir durante el primer año de vida. De este modo, se mide en términos de muertes por cada 1 000 nacidos vivos en los últimos años.

Según área de residencia

En el periodo 2012-2018 la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 19 a 15. Las zonas urbanas del país tienen menores tasas de mortalidad infantil con respecto a las zonas rurales. Estas últimas están muy cerca de duplicar la magnitud del indicador alcanzado en las urbes. En las zonas rurales existe prácticamente el doble de probabilidad de mortalidad infantil con respecto a las zonas urbanas del país.

Gráfico n° 37

Perú: Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta, por cada mil nacidos vivos según área de residencia*



*Corresponde a los 10 años anteriores a la encuesta.

Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Anexo capítulo 7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

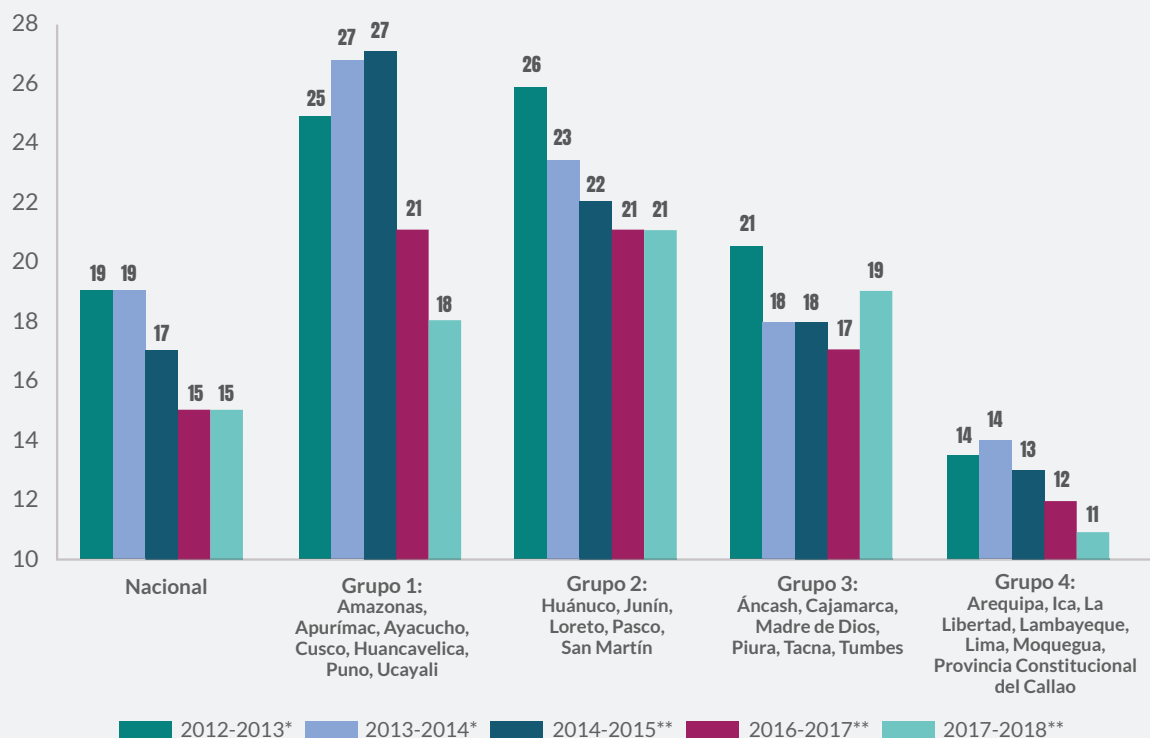
Según regiones

En todas las regiones agrupadas según homogeneidad territorial se puede notar una disminución en la magnitud de la mortalidad infantil, particularmente en los grupos 2

(Huánuco, Junín, Loreto, Pasco y San Martín) y 4 (Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua y Callao), donde la reducción ha sido sostenida (de 26 a 21 y de 14 a 11, respectivamente).

Gráfico n° 38

Perú: Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta, por cada mil nacidos vivos según grupo de regiones



*Promedio de las estimaciones regionales.

**Promedio de los rangos superior e inferior para cada grupo de regiones.

Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI

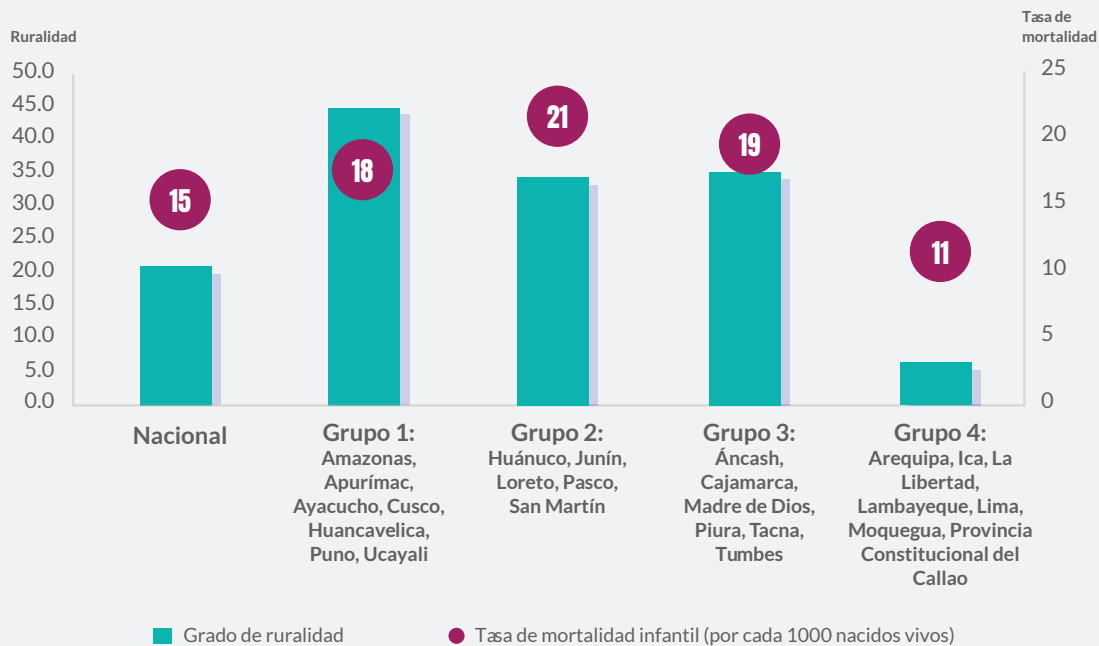
Elaboración: Propia.

El caso del grupo 1 (Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Puno y Ucayali) fue de un incremento de 25 a 27 entre los años 2012 y 2015, para luego caer hasta 18 en los años 2017 y 2018. Y el caso del grupo 4 es de una notable y consolidada disminución (de 14 a 11). Se trata del conjunto de regiones que ostentan amplios espacios territoriales de urbanización.

Efectivamente. El grupo 4 tiene agrupa la menor ruralidad territorial, y con ella asociada una tasa de mortalidad infantil más baja del país. Los demás grupos de regiones, prácticamente están en cierto nivel de cercanía y, por tanto, sus tasas de mortalidad infantil también (fluctúan en valores cercanos entre sí). Se diferencian del grupo 4 porque agrupan zonas rurales más amplias. Lo que parece indicar este ángulo de la situación es que la mortalidad infantil tiene mayor frecuencia en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas del país.

Gráfico n° 39

Perú: grado de ruralidad territorial y tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta, por cada mil nacidos vivos, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* La tasa de mortalidad infantil corresponde al periodo 2017-2018.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

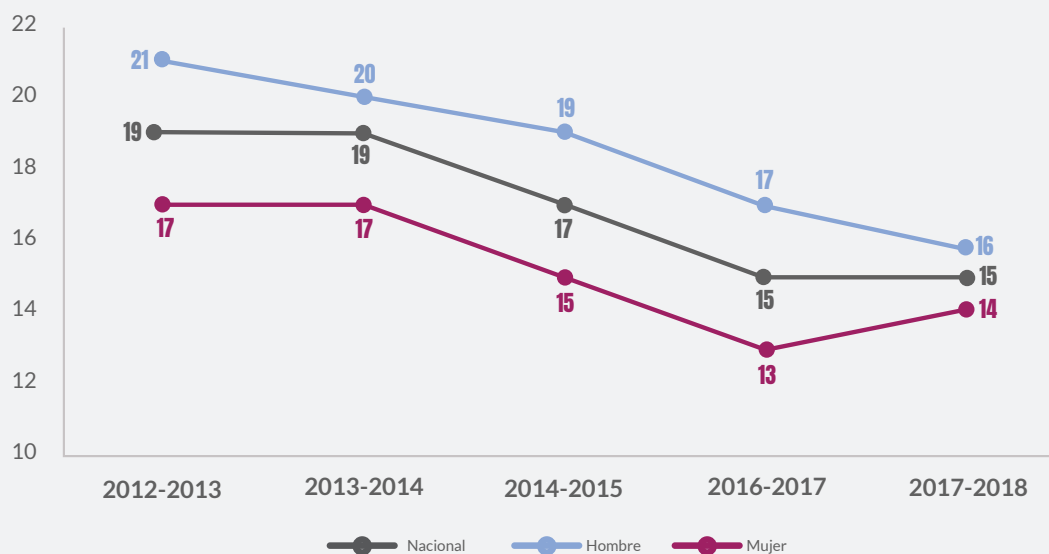
Según sexo

La mortalidad infantil es ligeramente mayor en niños que en niñas, pese a que para ambos segmentos el indicador haya disminuido siguiendo la tendencia nacional. Esto puede conducirnos a considerar la posibilidad que las

niñas se encuentren ubicadas principalmente en las zonas urbanas; los niños, en gran medida, en las zonas rurales. Esta afirmación es atendiendo al comportamiento del indicador en las zonas correspondientes con respecto al promedio nacional.

Gráfico n° 40

Perú: Tasa de mortalidad infantil, a los 5 años anteriores a la encuesta, por cada mil nacidos vivos según sexo



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI

Elaboración: Propia

4. Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, por área de residencia, región natural y departamento.

Es el porcentaje de infantes de 6 a menos de 36 meses con prevalencia de anemia, es decir, con menos de 11 gramos de hemoglobina por decilitro de sangre (g/dl). La anemia puede ser severa, moderada o leve conforme a los siguientes puntos de corte para mujeres e infantes: menor a 7.0 g/dl; de 7.0 a 9.9 g/dl; y, 10.0 a 11.9 g/dl, respectivamente.

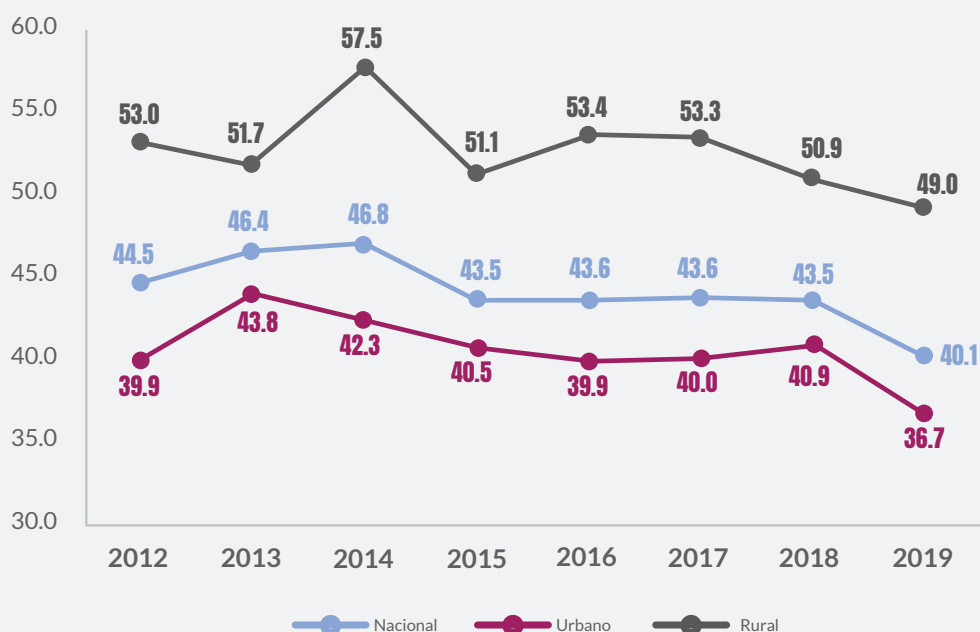
Según área de residencia

En el periodo 2012-2019 la incidencia de la anemia en infantes de 6 a menos de 36 meses de edad ha disminuido de 44.5% a 40.1%. La situación de las zonas urbanas es bastante menor que la del promedio nacional y las zonas rurales. En 2019 todavía 49% es la incidencia de la anemia en el área rural, apreciablemente por encima del promedio nacional (40.1%) y del área urbana (36.7%).

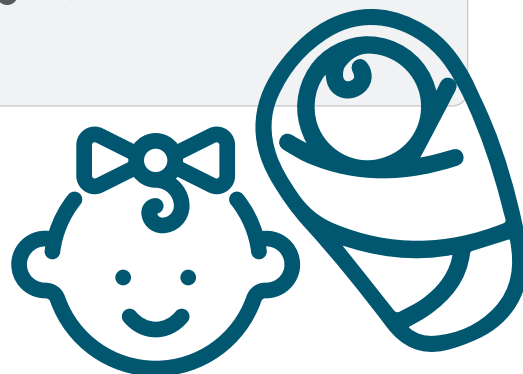
En la evolución del indicador puede notarse que cuando empeora el perfil de la anemia rural en magnitud relevante, como sucede el año 2014, solo afecta levemente a la trayectoria del indicador a nivel nacional, en tanto el de las zonas urbanas sigue su curso de disminución. Cuando el indicador vuelve a empeorar en la ruralidad en los años 2016 y 2017, pero en menor magnitud que en 2014, la magnitud del indicador en el promedio nacional y en las zonas urbanas prácticamente se mantuvo. El tránsito del año 2018 a 2019 es muy relevante: disminuye la anemia a nivel país de 43.5% a 40.1% (-3.4 puntos porcentuales), y en esa misma medida se reduce el problema en el ámbito urbano, de 40.9% a 36.7% (-4.2 puntos porcentuales). Esto puede ser una señal de que los esfuerzos de lucha contra la anemia están dirigidas a las zonas urbanas, ya que en el área rural la disminución fue solo de 50.9% a 49% (-1.9 puntos porcentuales).

Gráfico n° 41

Perú: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad según área de residencia



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.



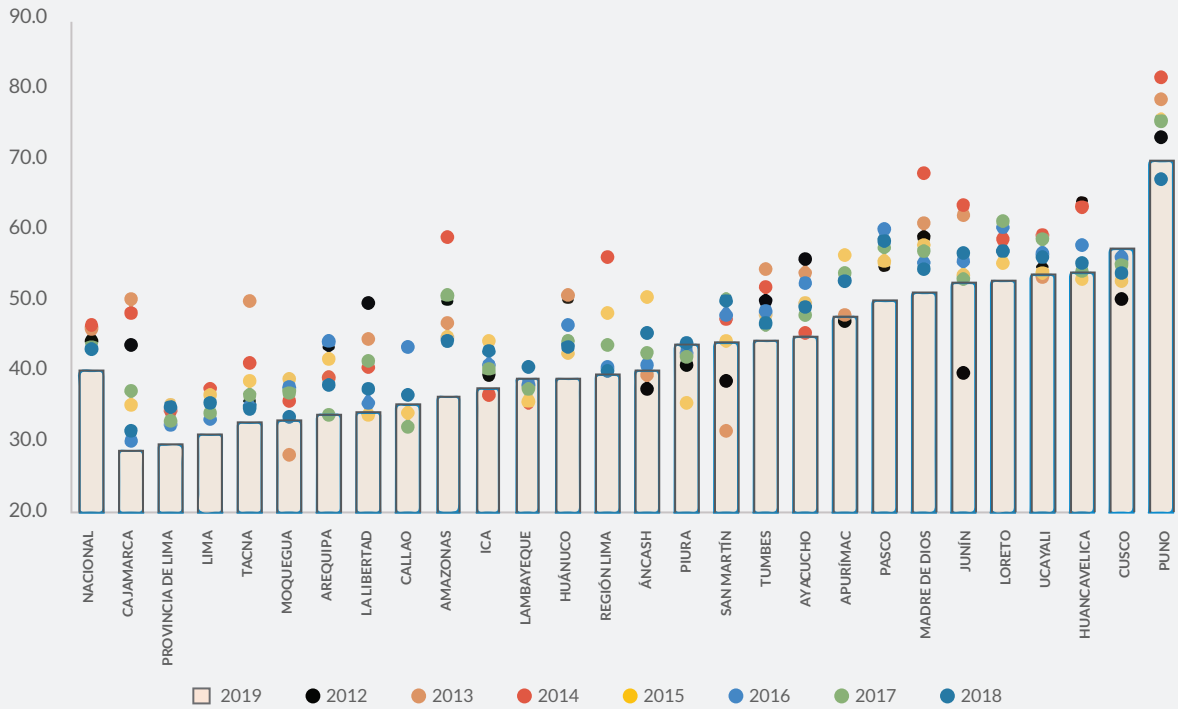
Según área de residencia

Han sido pocas las regiones donde, en términos netos, este indicador ha empeorado. Es el caso de Áncash, Piura, Junín y Cusco. Pero al 2019, son varias las regiones que tienen niveles de anemia por encima del promedio nacional

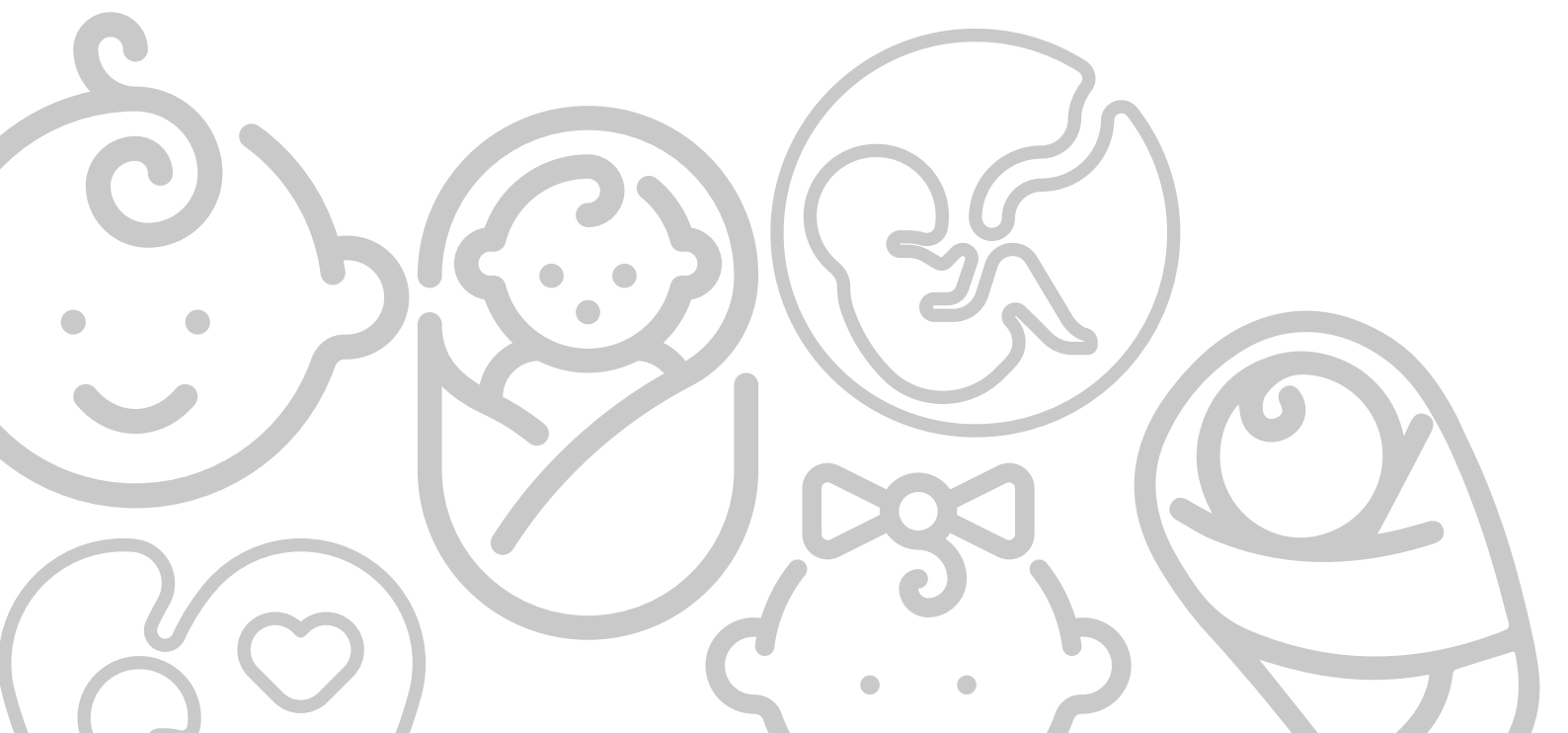
(40.1%): Áncash (40.2%), Piura (43.8%), San Martín (44.3%), Tumbes (44.4%), Ayacucho (45%), Apurímac (47.9%), Pasco (50.2%), Madre de Dios (51.4%), Junín (52.6%), Loreto (53%), Ucayali (53.7%), Huancavelica (54.2%), Cusco (57.4%) y Puno (69.9%).

Gráfico n° 42

Perú: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad según regiones



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

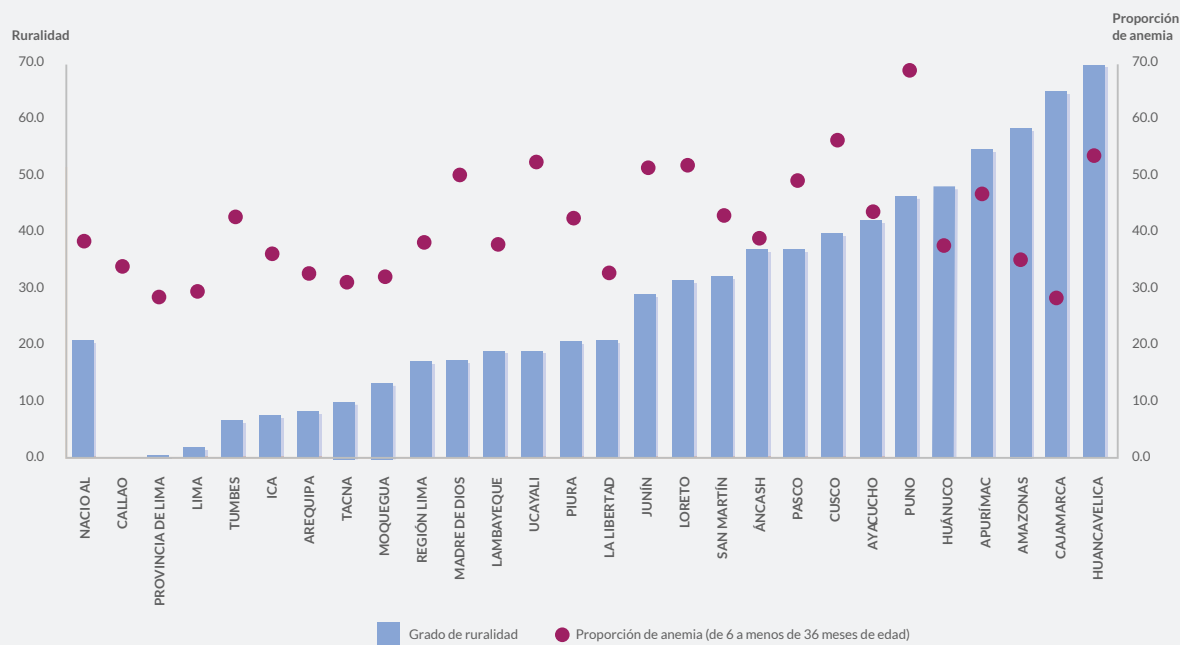


No es tan clara la relación entre ruralidad y anemia regionales. Tanto regiones con bajo como con elevado grado de ruralidad tienen proporciones de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses no tan dispersas.

Lo cual sugiere que la anemia está más determinada por costumbres y posibilidades de acceso a servicios de salud con calidad, antes que por el contexto diferencial de ruralidad en sí mismo.

Gráfico n° 43

Perú: grado de ruralidad territorial y proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* La proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad corresponde al año 2019.

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

Según niveles de riqueza

En términos netos, en los últimos años (2017-2019) la proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad ha disminuido, sobre todo entre 2018 y 2019 a nivel nacional, lo cual se ha notado en la evolución del indicador en los quintiles primero, segundo y tercero principalmente, y en menor medida en los quintiles cuarto y quinto.

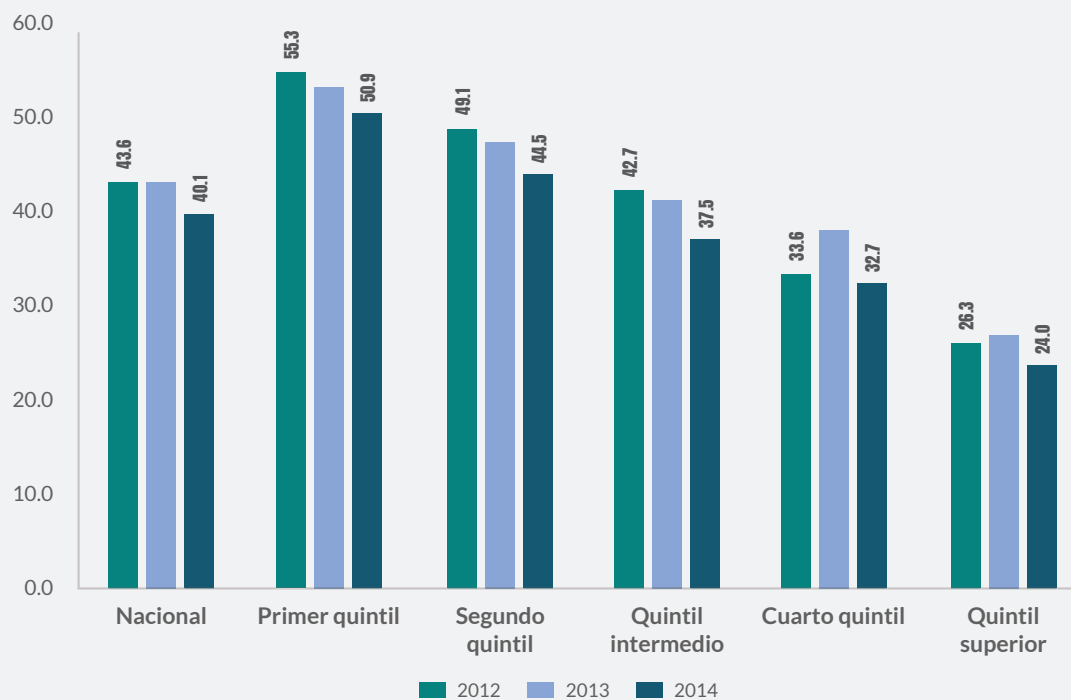
Los quintiles primero y segundo (los más pobres), a pesar de haber experimentado disminuciones apreciables del indicador (-4.3 y -4.6 puntos porcentuales, respectivamente), aún se encuentran por encima del

promedio nacional, lo cual no sucede con los demás quintiles, que están siempre por debajo del mencionado promedio y se aleja más a medida que se trata de quintiles con relativamente mayor riqueza (o menor pobreza).

Los primeros dos quintiles más pobres podrían estar ubicados predominantemente en la ruralidad del país, dados sus niveles de anemia siempre por encima del promedio nacional; en tanto que el resto de quintiles de menor pobreza, en gran medida, en las zonas rurales del país, en razón a que sus niveles de anemia están habitualmente por debajo del promedio nacional.

Gráfico n° 44

Perú: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad según quintiles de riqueza



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

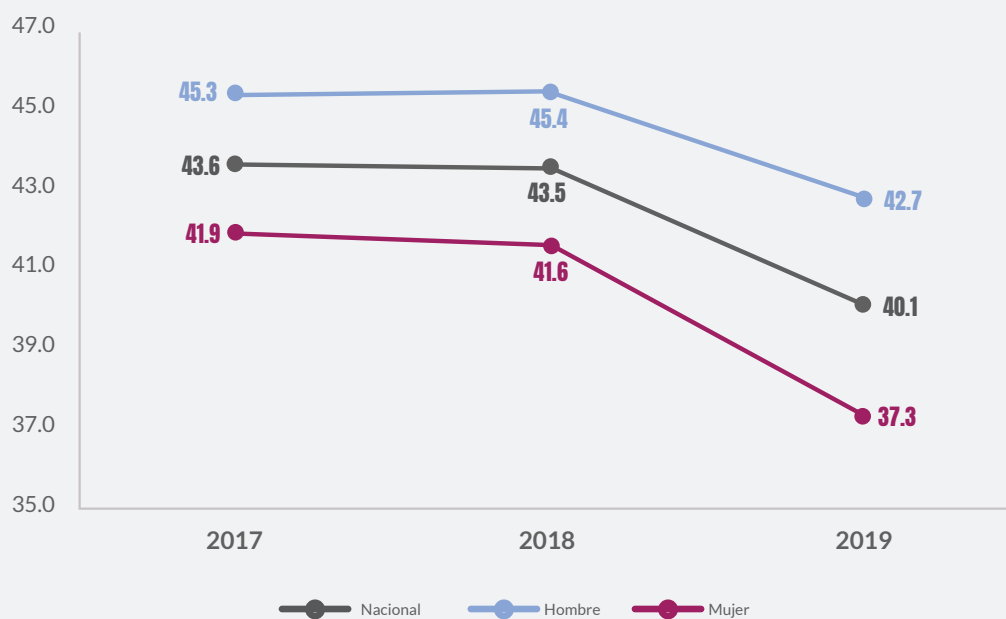
Según sexo

Entre los años 2017 y 2019 los niños tienen más incidencia de anemia con respecto a las niñas. Las distancias son apreciables. La anemia se supera en los últimos 2 años, pero mantiene el rasgo estructural en que su incidencia en

niños está por encima del promedio nacional, sugiriendo que muchos de ellos habitan zonas rurales del país, en tanto las niñas estarían habitando principalmente zonas urbanas, dado que la incidencia de anemia que padecen está por debajo del promedio nacional.

Gráfico n° 45

Perú: Proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad según sexo



Fuente: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años) - INEI
Elaboración: Propia.

5. Número de departamentos con menos de 30% de prevalencia de anemia en niñas y niños entre los 6 y 36 meses de edad.

En el periodo 2012-2019, solamente se registra una región en 2013 con prevalencia de anemia en infantes por debajo del 30% (Moquegua, 28.4%); y 2 regiones en 2019 (Lima Metropolitana, 29.8%; y Cajamarca, 28.7%).

6. Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, por área de residencia local, región natural, quintil de riqueza y departamento.

Se refiere a la proporción de infantes menores de 36 meses de edad con vacunas básicas completas para su edad, es decir, que tenga las siguientes vacunas: BCG (1 dosis), DPT (3 dosis), polio (3 dosis) y sarampión (1 dosis). Este

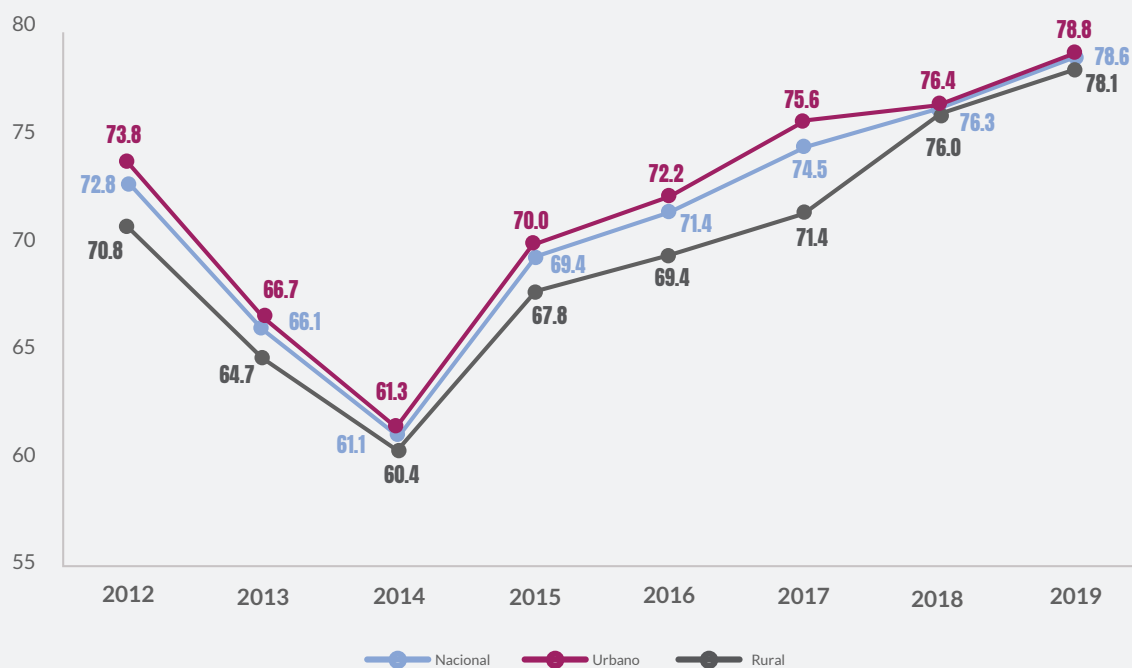
indicador se obtiene de la Historia de Vacunación de los menores de 36 meses al indagar sobre las vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, tales como la tuberculosis (BCG), difteria, pertussis o tosferina y tétano (DPT), poliomielitis y sarampión (INEI, 2020a; pág. 760).

Según área de residencia

En el periodo 2012-2019 se ha pasado, en términos netos, de 72.8% a 78.6% de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas completas básicas para su edad a nivel nacional. Cabe notar que, en la evolución del indicador, recién a partir de 2017 es que se recupera y superan los porcentajes del año 2012, luego de la caída experimentada en 2014. Las diferencias de cobertura entre niñas y niños menores de 36 meses en zonas urbanas y rurales son mínimas, casi imperceptible en los años 2018 y 2019.

Gráfico n° 46

Perú: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad según área de residencia



** Corresponde al Informe Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019 (pág. 74). Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Fuente: MIMP - INEI
Elaboración: Propia.

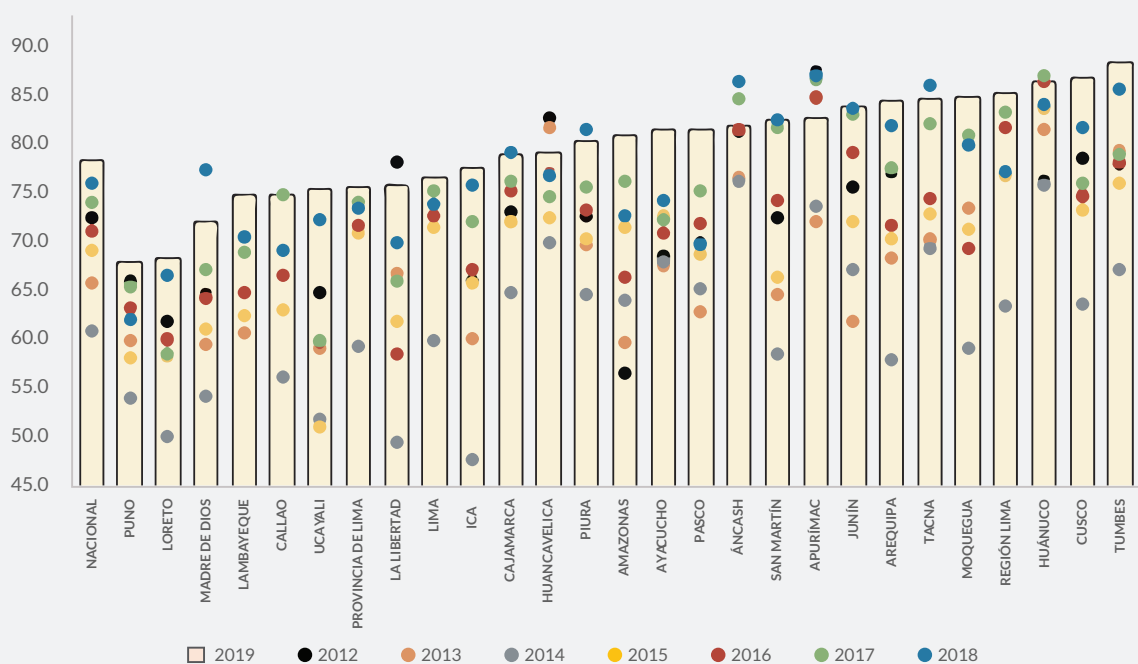
Según regiones

En el periodo 2012-2019 las regiones que han experimentado el deterioro del indicador son La Libertad, Huancavelica y Apurímac. Peor aún, las regiones en que al 2019 el indicador está por debajo del promedio nacional

(78.6%) son Puno (68.1%), Loreto (68.6%), Madre de Dios (72.4%), Lambayeque (75%), Callao (75.1%), Ucayali (75.7%), Provincia de Lima (Lima Metropolitana: 75.8%), La Libertad (76%), Lima (76.9%) e Ica (77.9%).

Gráfico n° 47

Perú: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad en el ámbito rural



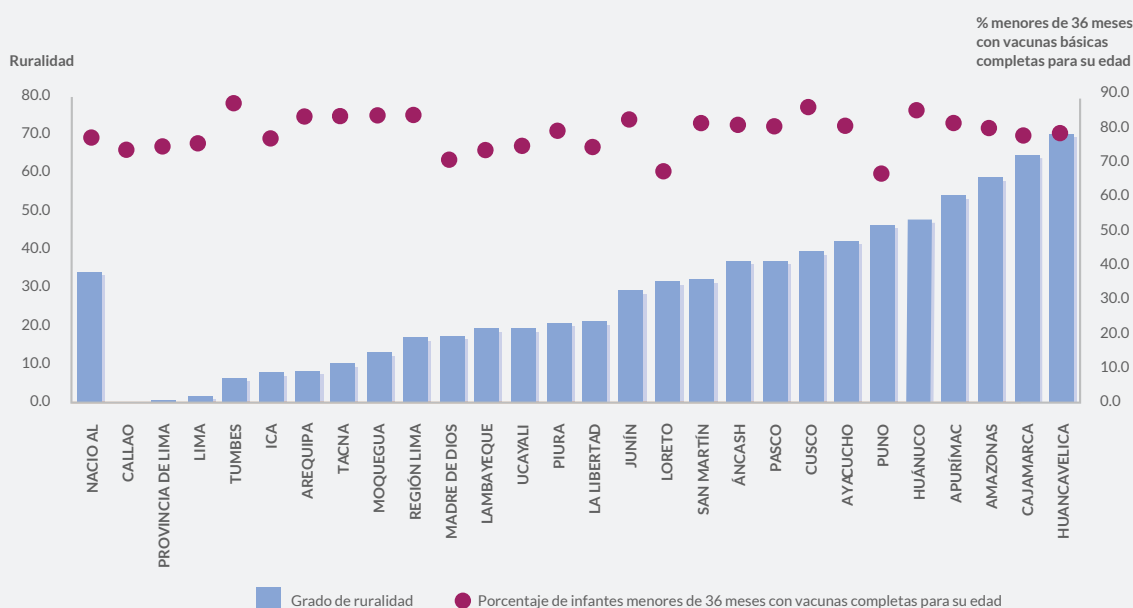
Fuente: Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019 (pág. 74) - INEI
Elaboración: Propia



A diferencia de otros indicadores, en este puede notarse que el grado de ruralidad regional (o urbanidad) no tiene asociación con el indicador. Esto puede significar que una variable de contexto (como la ruralidad) tiene mediaciones para influir o no en asuntos más operativos y concretos (como realizar vacunas a una población determinada). En este caso, la ruralidad no parece condicionar regionalmente

la cobertura de menores de 36 meses con sus vacunas básicas completas para su edad, por lo que dependerá más bien de factores subyacentes a la realización de las vacunas, tales como la disposición de estas y los insumos necesarios, junto al personal de salud requerido, establecimientos de salud o capacidad para realizarlos a domicilio, entre otros.

Gráfico n° 48
Perú: grado de ruralidad territorial y porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas básicas completas para su edad corresponde al año 2019

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

Posibles factores explicativos

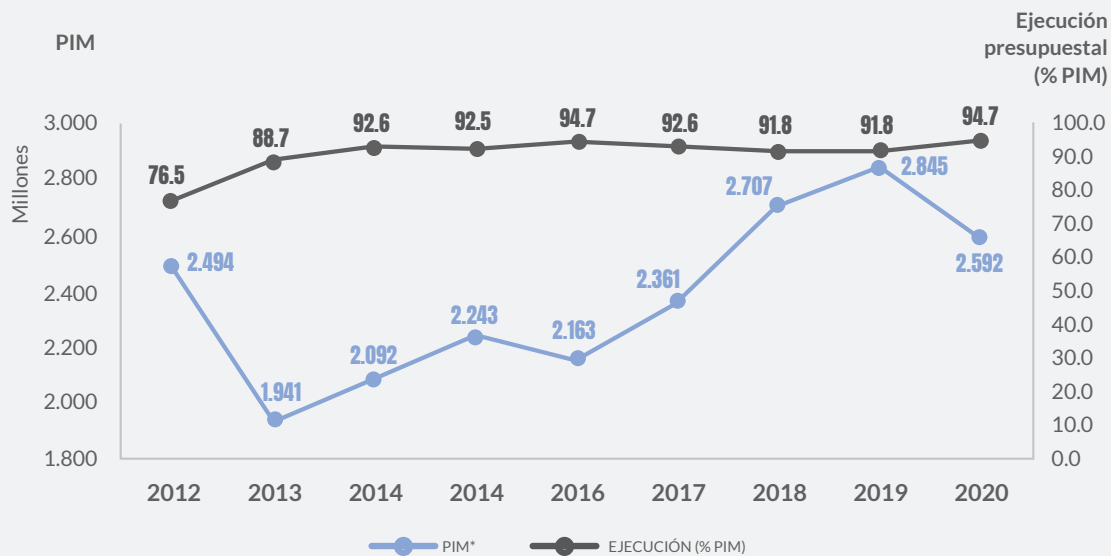
Entre las posibles razones subyacentes a la evolución de los indicadores en el periodo 2012-2018/19 del resultado 2 del PNAIA 2021, asociados principalmente a la meta 2, se pueden indicar las siguientes:

— La mayor asignación presupuestal asignada al Programa Articulado Nutricional (PAN) con ejecuciones por encima del 90%. Siendo el resultado final del PAN reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en menores de 5 años de edad, sea que se mida con el estándar NCHS o el patrón OMS, puede notarse una evolución del indicador en relación directa con el nivel de asignación presupuestal al programa. Cuando en 2013 el monto asignado se reduce, la DCI se incrementa en las zonas rurales del país ese año. A medida que el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) ha ido en aumento, la tasa de DCI nacional, urbana y rural ha ido disminuyendo sostenidamente.

Una cuestión a señalar es que la distribución del presupuesto del programa entre regiones privilegia las zonas urbanas del país, de modo que las regiones con mayor grado de ruralidad territorial tienen menor asignación relativa. Lima concentra cerca del 20% del presupuesto y solo tiene 0.1% de la población en la ruralidad. El 80% restante se distribuye entre las demás regiones casi sin considerar el grado de ruralidad, de modo que el programa está más articulado a la urbanidad que a la ruralidad en materia de Desnutrición Crónica Infantil. Una razón para ello es que las zonas urbanas tienen relativamente más facilidades para la implementación del programa, con lo cual se sacrifica el acercamiento de sus servicios en entornos rurales.

Gráfico n° 49

Perú: Presupuesto asignado y ejecutado por el PAN



* PIM: Presupuesto Institucional Modificado

* Ejecución (% PIM): devengado como porcentaje del PIM

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas – MEF (Consulta Amigable, al 31 de diciembre 2020)

Elaboración: Propia

Proyecciones nacionales 2020 - 2021

Al menos en los últimos 9 meses del año 2020 nuestro país se vio afectado por la pandemia mundial del nuevo coronavirus, colocando a las personas en una situación en la que deben guardar distanciamiento social unos a otros para evitar que los contagios se propaguen y conduzcan a eventuales y dolorosas muertes. Dado que no se contaba con una vacuna o tratamiento que permita controlar al virus, el instrumento de política pública frente a este ha sido el confinamiento. El aislamiento social. Las personas se repliegan en sus viviendas y de ahí no debieran salir más que por cuestiones estrictamente necesarias, cumpliendo protocolos como el uso de mascarillas y adoptar la costumbre de lavarse las manos por al menos 20 segundos con agua y jabón. El año 2021, al parecer, no será diferente, porque aún no están disponibles las vacunas antídoto que se supone están en la capacidad de controlar al virus y porque, aunque fuese así, diversas previsiones anuncian que nuestro país tendrá a su población total vacunada recién en 2022.

Esta excepcional situación ha conllevado a que los servicios presenciales de los programas sociales se suspendan o reduzcan su cobertura y, por tanto, muchas familias se priven de los servicios que ofrecen, que además por su naturaleza no encuentran en la modalidad virtual su

expresión equivalente a la presencia de especialistas en espacios de atención adecuada. Ya en 2020 los recursos del PAN disminuyeron acercándose a niveles del año 2018, con lo que la operatividad no tendrá el alcance que hasta ahora había logrado, peor aún, retrocederá y con ella los resultados alcanzados se estancarán o se deteriorarán.

Es posible que al cierre de 2021 los indicadores analizados en este apartado presenten retrocesos en razón a los siguiente:

- La desnutrición crónica infantil y la anemia fueron objeto de atención de las políticas públicas en salud y nutrición. Al 2021 se proyectó que terminen en 5% y 19%, respectivamente. Sin embargo, al parecer se alcanzará la mitad de lo previsto, debido a los niveles de pobreza a que conducirá la pandemia por la Covid-19, dado su impacto en la actividad económica en 2020. La elevación que experimentaría la desnutrición será focalizada en algunas zonas del país por la persistente disminución en la capacidad para comprar alimentos, el debilitamiento del monitoreo en la alimentación de niñas/os y los hábitos de alimentación inadecuados adoptados en el confinamiento. Asimismo, la pandemia ha conducido a que se desatienda a la anemia desde los servicios de salud²⁷.

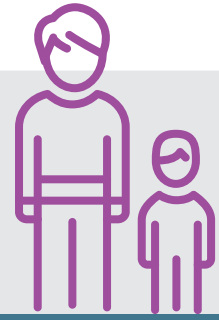
²⁷ Consultar <https://gestion.pe/peru/pandemia-del-covid-19-aleja-a-peru-de-su-meta-de-reducir-la-desnutricion-infantil-noticia/?ref=gesr>

→ La mortalidad infantil podría incrementarse sustancialmente por el retroceso en la desnutrición aguda y la carencia de acceso a servicios básicos de salud. La pandemia por la Covid-19 se espera que incremente el riesgo de todas las formas de malnutrición, por sus impactos en los sistemas de alimentación, salud y protección social. Que los servicios de salud se interrumpan y la debilidad económica se extienda implicarán el aumento de otras formas de desnutrición, tales como el retraso del crecimiento infantil, la desnutrición por falta de micronutrientes y la desnutrición materna (Headey y otros; 2020).

De este modo, al cierre de 2021 puede esperarse que la meta “disminuir al 5% la desnutrición crónica en niños, niñas menores de cinco años” no se cumpla. Ya sin pandemia estaba todavía lejos de ser cumplida.

Objetivo Estratégico 3 (OE3)

Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad.



5.3

Resultado Esperado 9 (RE9)

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

Meta 3 (M3)

Reducir en un 20% el embarazo adolescente.

Indicador priorizado

1. Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por área de residencia, región natural, educación, quintil de riqueza y departamento.

Según área de residencia

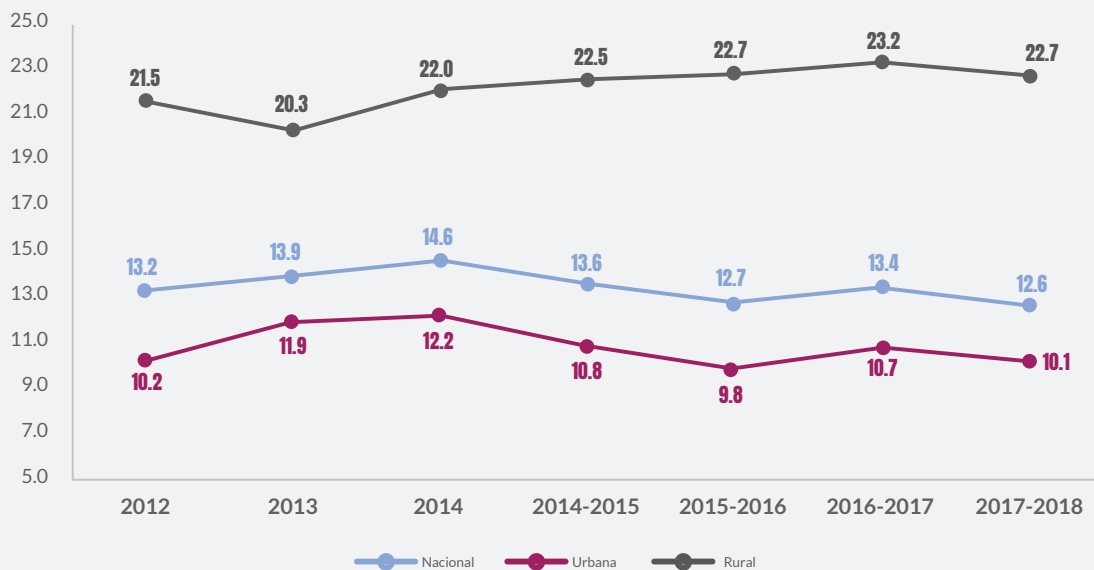
En el periodo 2012-2018 la proporción de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que fueron madres o estuvieron embarazadas por primera vez disminuyó ligeramente de 13.2% a 12.6% en términos netos a nivel nacional. En las zonas urbanas, prácticamente por cada 100 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad alrededor de

10 fueron madres o estuvieron embarazadas por primera vez. Esta situación se agrava en las zonas rurales del país, donde más de la quinta parte de adolescentes mujeres de 15 a 19 años de edad fueron madres o estuvieron embarazadas por primera vez.

En la evolución del indicador es notoria la correlación entre el promedio nacional y el referido al ámbito urbano, desligada de lo que sucede en el ámbito rural. Así, el promedio nacional muestra una disminución en términos netos del embarazo adolescente, pero esconde que en las zonas rurales se ha incrementado en los últimos 5 años.

Gráfico n° 50

Perú: Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez a nivel nacional



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (varios años). Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Elaboración: Propia.

Según regiones

Las regiones donde el indicador se ha deteriorado (en este caso, se ha incrementado) en el tiempo son Arequipa, Tacna, Junín y Huancavelica. Asimismo, aquellas que tienen magnitudes del indicador por encima del promedio nacional (12.6% en 2019) son Apurímac (12.7%), Junín (13%), región Lima (13.3%), Huancavelica (14%), Piura (14.1%), La Libertad (14.6%), Ayacucho (15.2%), Madre de Dios (16.3%), Tumbes (17.1%), Huánuco (18.4%), Cajamarca (19.9%), Ucayali (20.2%), Amazonas (21.2%), San Martín (23.5) y Loreto (32%).

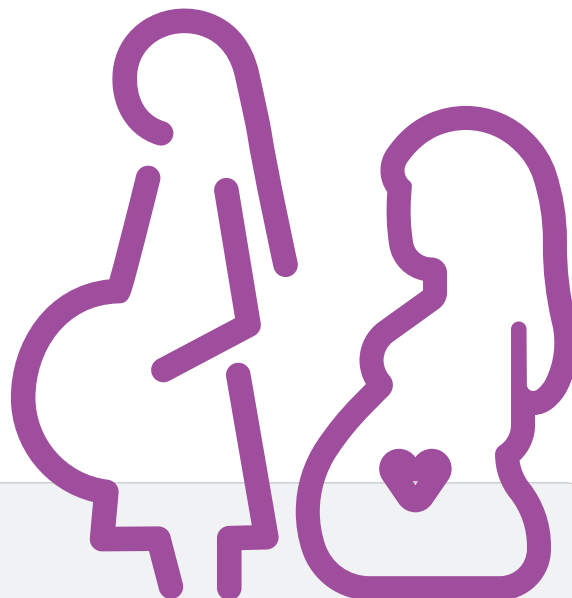
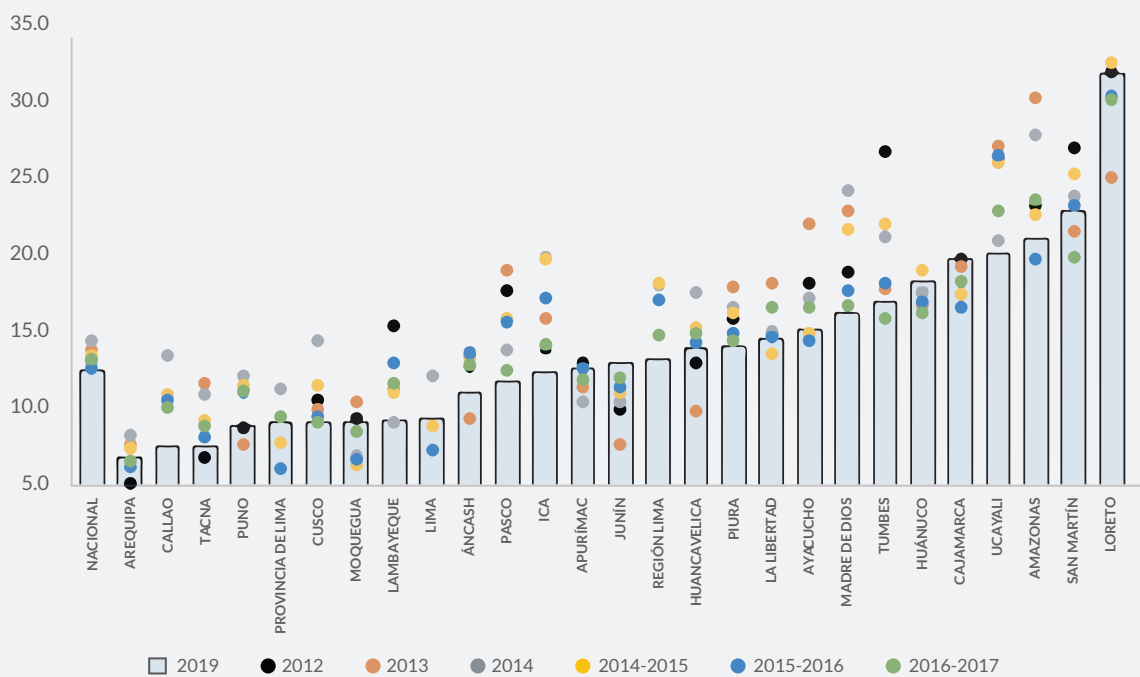


Gráfico n° 51

Perú: Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez según regiones

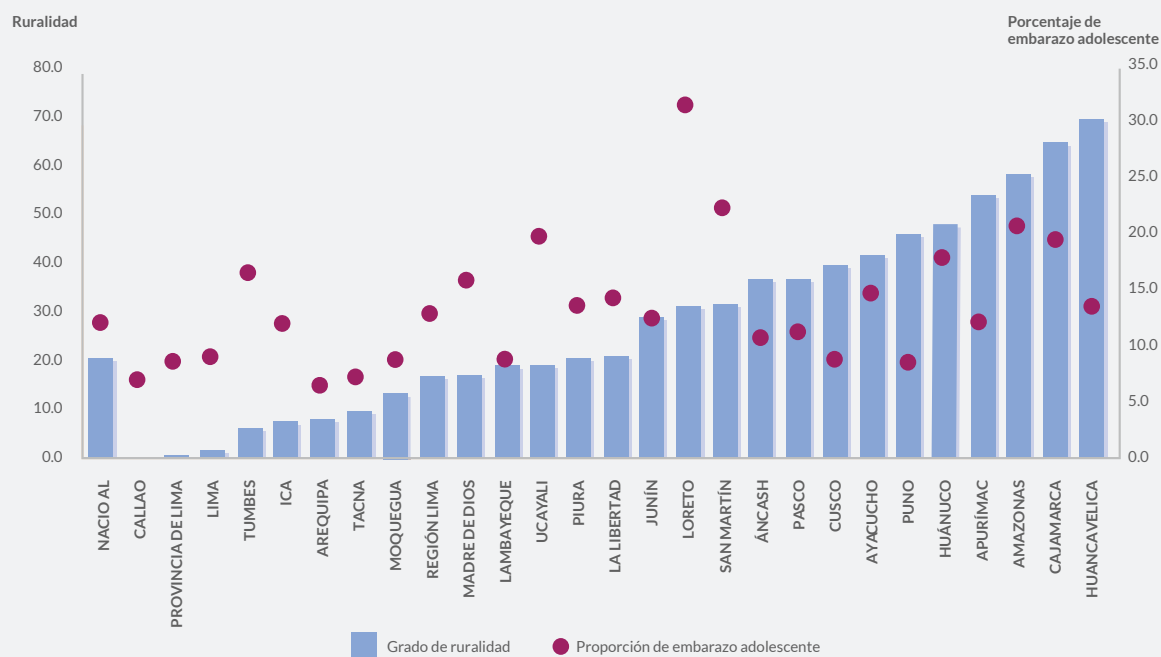


Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 3. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

Aunque algunas regiones parecen romper la tendencia, se observa que mayor ruralidad regional se asocia a mayores porcentajes de embarazo adolescente en cada región. Esto se condice con el hecho que en los últimos años este indicador se haya incrementado en las zonas rurales del país a la par que lo contrario sucedía en las zonas urbanas.

La ruralidad no es la causante del embarazo adolescente. Reúne y convoca a un conjunto de factores que interactúan y conducen al resultado preocupante, entre los cuales caben los de naturaleza cultural, gestión pública, género. Es una situación estructural que aún sigue pendiente de revertir.

Gráfico n° 52
Perú: grado de ruralidad territorial y porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez, 2017*



* Grado de ruralidad es el porcentaje de población rural en las regiones con respecto a la totalidad de la población que concentran cada una. Corresponde al censo de población 2017.

* El porcentaje de mujeres (15 - 19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez corresponde al año 2019

Fuente: INEI

Elaboración: Propia

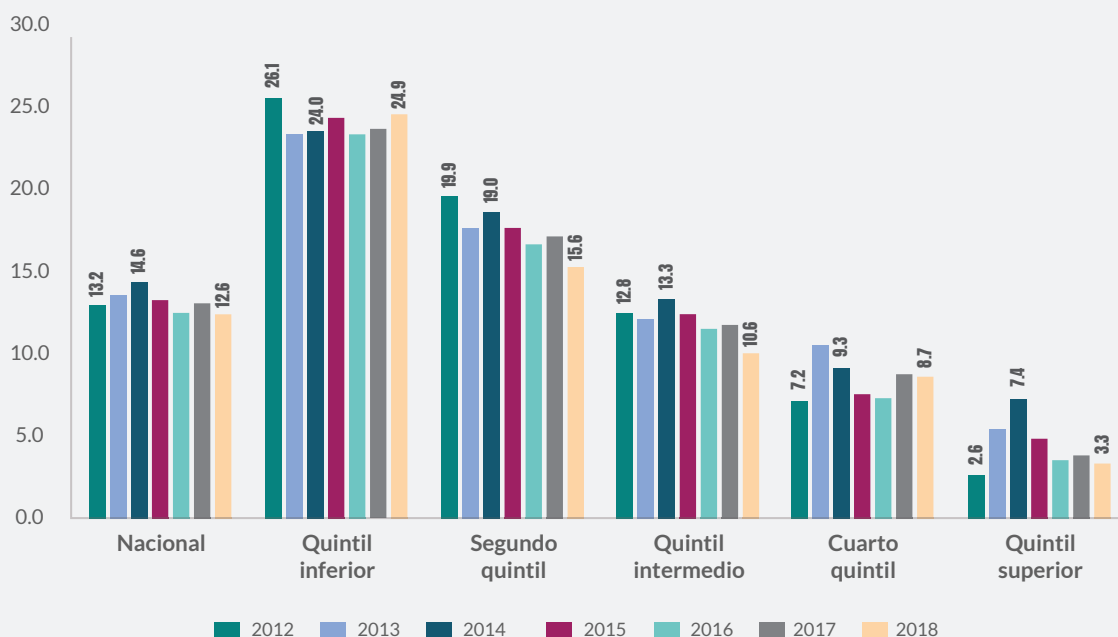
Según niveles de riqueza

La proporción de mujeres adolescentes madres o embarazadas por primera vez a nivel nacional tiene tras de sí una heterogeneidad con respecto a la condición de pobreza. El quintil inferior (segmento más pobre) es aquel donde se concentra el mayor porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad: 24.9% en 2019, muy por encima del promedio nacional (12.6% en 2019) y mucho más con respecto al resto de quintiles, que han tenido evolución favorable del indicador (quintiles segundo e intermedio) o más estables, pero que ya tenían magnitudes relativamente menores (cuarto quintil y quintil superior).

El indicador ha evolucionado sin cambios significativos en el quintil más pobre, donde prácticamente la cuarta parte de mujeres adolescentes es madre o ha estado embarazada por primera vez. En el segundo quintil es donde la evolución del indicador ha sido sostenida en cuanto a su caída. Son los dos quintiles más pobres que tienen magnitudes del indicador por encima del promedio nacional, con lo que posiblemente se encuentren en las zonas rurales en gran medida. Dado que el resto de quintiles tienen en común magnitudes del indicador por debajo del promedio nacional, gran parte de ellos habitan preferentemente las zonas urbanas del país.

Gráfico n° 53

Perú: Porcentaje de mujeres (15-19 años de edad) que ya son madres o están embarazadas por primera vez según quintiles de riqueza



Fuente: Informe Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Anexo Capítulo 3. INEI (varios años)
Elaboración: Propia.

Posibles factores explicativos

Entre los factores que explican la situación del embarazo adolescente en nuestro país, se mencionan los siguientes: (i) determinantes próximos (pareja estable y actividad sexual, edad de primera relación sexual y el uso de anticonceptivos) y (ii) determinantes intermedios (socioculturales y ambientales, familiares e individuales) (Mendoza, W. y Subiria, G.; 2013; pág. 472).

En el periodo 2012-2019 aproximadamente 75 de cada 100 mujeres unidas utilizaban algún método anticonceptivo. La cuarta parte de mujeres no utilizaba ningún método. En este aspecto no hay diferencia entre ámbito urbano y rural (INEI, 2020d; pág. 39). En el caso particular de mujeres adolescentes, a menor educación alcanzada mayor es la proporción de embarazos: entre las que tienen primaria, 42 de cada 100 estuvieron embarazadas en 2017-2018; entre las que tiene secundaria, 12 de cada 100; y entre las que tienen educación superior, 6 de cada 100 (INEI, 2020b; pág. 101). El nivel educativo alcanzado parece ser un factor que modula los niveles de riesgo del embarazo adolescente, por la capacidad de adoptar medidas preventivas o buscarlas; aunque también podría suceder que las complicaciones propias del embarazo a temprana edad terminen clausurando el proceso educativo o deteriorando la calidad del aprendizaje.

También se encuentra la edad de la primera unión. En las zonas rurales y en la selva se registran las edades más bajas de la primera unión (convivencia o matrimonio), de modo que es probable que el inicio de la vida sexual y reproductiva comience a temprana edad o su exposición al embarazo sea mayor. A esto abona el hecho que las mujeres de 12 a 24 años de edad que menos usan condón en su primera relación sexual se encuentran en zonas rurales y en la selva. Además, el 64% de ellas a nivel nacional han tenido su primera relación sexual con personas menores de 19 años de edad, principalmente novio o enamorado (INEI, 2020b; pág. 122, 125-126 y 129). De modo que se conjuga cierta inmadurez (pocas precauciones) con altas probabilidades de embarazo adolescente, a pesar que más adolescentes prefieren esperar antes de tener otro hijo: el 76.3% de adolescentes de 15 a 19 años de edad en 2019 deseaba tener otro hijo/a pero posteriormente (después de esperar dos o más años), cuando en 2012 fueron 57.8% (INEI, 2020b).

La violencia de género es otro de los factores detrás del embarazo adolescente, particularmente cuando la mujer carece de poder para rechazar el acto sexual ante su pareja, participar en la elección del método de planificación familiar o acceso a servicios de salud, lo que incrementa las posibilidades de embarazo a temprana edad. Cuando esta

violencia se extiende al entorno escolar, lo que ocurre ya es violencia sexual cometida tanto por docentes como por estudiantes, incluyendo el acoso y la burla (UNESCO, 2017; pág. 3). En 2019, el 56.4% de adolescentes de 15 a 19 años de edad fue alguna vez objeto de violencia psicológica y/o verbal por su esposo o compañero, y el 21% de ellas fue alguna vez objeto de violencia física y/o sexual (INEI, 2020b). En el extremo, se encuentra la violencia sexual por el hecho de sostener relaciones sexuales con menores de 14 años de edad. En 2015 se registraron ante el Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC) 1538 recién nacidos cuyas madres eran niñas de 11 a 14 años de edad, 71% bajo sospecha de haber sido madres por delito de violencia sexual dado que los padres de los recién nacidos eran mayores de 18 años de edad (MCLCP, 2018; pág. 11).

En cuanto al rol de las instituciones públicas, cabe mencionar los problemas que presentan (MCLCP, 2018; pág. 8):

- Los profesionales de la salud no brindan información y métodos anticonceptivos a las adolescentes indígenas.
- Existe desigualdad en el acceso a estos métodos entre hombres y mujeres.
- Las instituciones educativas y los servicios de salud tienen dificultades para asegurar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva.
- Los servicios no están adecuados culturalmente.
- Existe alta deserción escolar de las mujeres a causa de embarazos tempranos y débil cumplimiento de la ley 29600 que fomenta la reinserción escolar de las adolescentes.
- Existe violencia sexual ejercida por docentes y autoridades escolares hacia las niñas y adolescentes indígenas en zonas amazónicas, quedando impunes por falta de capacidad institucional para implementar sanciones efectivas; además, existe una actitud permisiva de la comunidad y de las autoridades educativas frente a los hechos denunciados.

Proyecciones nacionales 2020-2021

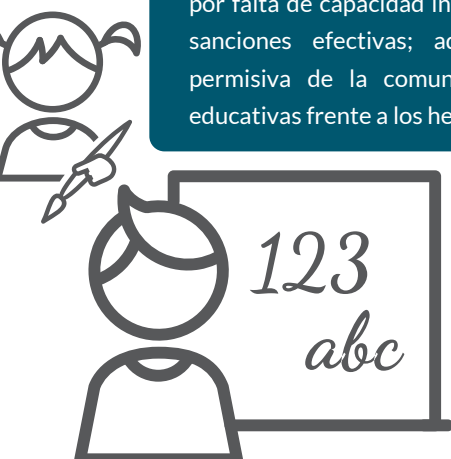
El confinamiento social impuesto por necesidad ante la pandemia por el nuevo coronavirus tal vez esté reconfigurando la intensidad de los factores subyacentes al embarazo adolescente. Prácticamente el año 2020 fue de pandemia. Este año 2021 al parecer será similar, por el acceso tardío que se tendría a las eventuales vacunas, cuya efectividad aún no ha sido confirmada en poblaciones a través del tiempo, peor aún, en medio de la aparición de variantes del virus.

La pandemia por la Covid-19 ha generado un acceso limitado de cuidados de salud materna, planificación familiar, VIH/ITS y servicios de VBG (atención y referencia) debido a lo siguiente (UNFPA; 2020):

- Restricciones al movimiento, limitando el acceso a, o propiciando la atención a destiempo en, los servicios de salud.
- Temor de ir a servicios de salud para salud sexual y reproductiva y otras condiciones médicas.
- Niñas y mujeres viven con perpetradores.
- Efectos psicosociales como ansiedad y depresión.
- Desvío de equipos y personal de salud sexual y reproductiva a cumplir otras necesidades.
- Interrupciones en la cadena de suministro (escasez de anticonceptivos y otros productos de salud sexual y reproductiva).
- Cierre o restricciones al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

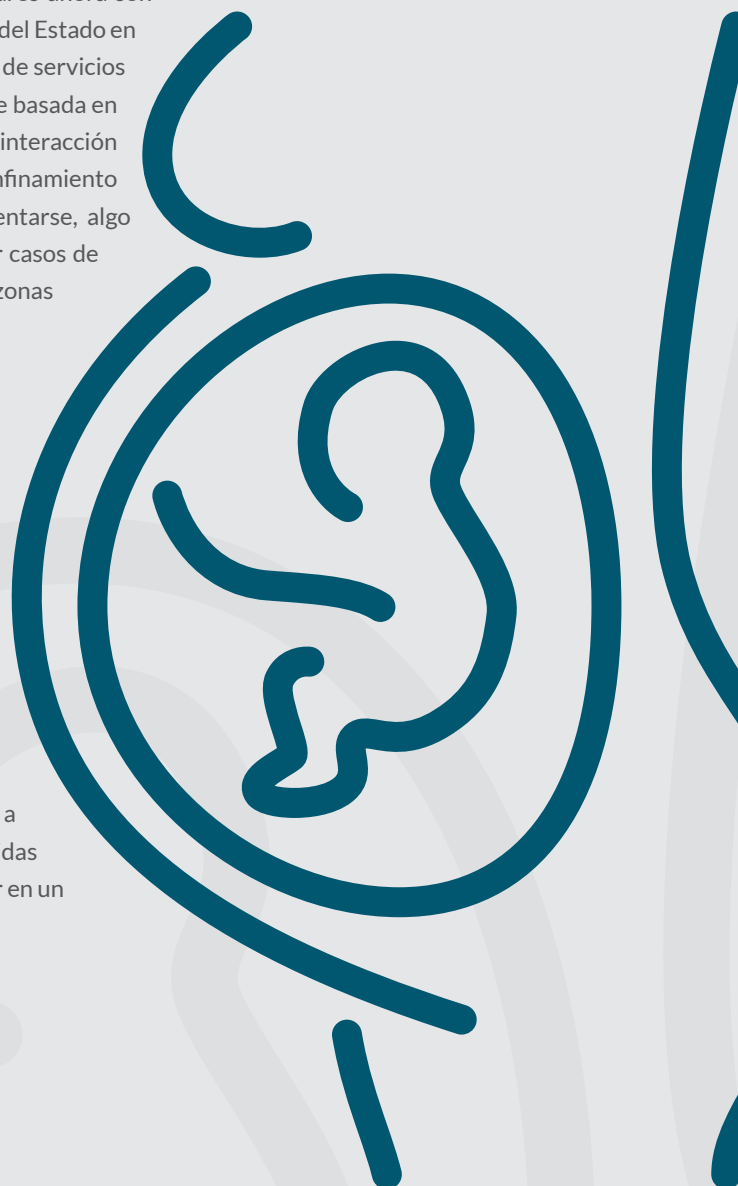
Entre los efectos generados se encuentran los embarazos no intencionales, abortos inseguros, incremento de la incidencia de ITS o VIH, aumento de GBV y SEA, complicaciones del embarazo, muertes maternas y neonatales. Entre los más afectados se encuentran las niñas, adolescentes, mujeres, LGTBIQ, PVVIH, personas con discapacidades, quintiles de riqueza más bajo, áreas rurales, indígenas y afrodescendientes (UNFPA; 2020).

El núcleo duro de la situación de embarazo adolescente se encuentra en el ámbito rural poblado en medio de la mayor pobreza nacional. La actual emergencia sanitaria ha replegado a la población a sus viviendas, con todas las tensiones que esto genera entre sus miembros. En este punto, el entorno familiar puede desbordarse más que



antes de la pandemia, porque la pobreza y las necesidades familiares ahora son más difíciles de superar y satisfacer, respectivamente. Si la ausencia del Estado en estas zonas era evidente, ahora esto se agrava porque la prestación de servicios en salud estaba vinculada a la prevención del embarazo adolescente basada en un esquema presencial, algo que la pandemia impide porque en la interacción entre personas se propaga el contagio viral. La violencia sexual en confinamiento y hacinamiento tiene mayores posibilidades de ocurrir e incrementarse, algo que no es ajeno al ámbito urbano, donde la incidencia del virus por casos de contagio y decesos acumulados es relativamente mayor que en las zonas rurales.

Por este motivo, puede señalarse que al cierre del 2021 el porcentaje de embarazo adolescente a nivel nacional se incrementa porque en las zonas urbanas podría empezar a notarse los efectos del confinamiento en la convivencia cercana y continua entre los miembros de la familia, con el incremento de la probabilidad de violencia sexual hacia las adolescentes, sostenida ahora por los estragos socioeconómicos de la pandemia. También por el agravamiento de la situación rural. En todo el país, de alguna manera, los servicios presenciales del Estado sobre salud sexual y reproductiva han desaparecido o se encuentran en tránsito hacia un esquema de virtualidad, que es posible hasta cierto punto, principalmente en zonas con acceso a internet y dotada de infraestructura tecnológica, quedando excluidas alrededor de 7 por cada 10 familias. No se cumplirá la meta “reducir en un 20% el embarazo adolescente”.



Objetivo Estratégico 4 (OE4)

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

5.4

Resultado Esperado 18 (RE18)

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas que les involucran o interesan.

Meta 4.1 (M 4.1)

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 75% de los Gobiernos Locales, el año 2021.

Meta 4.2 (M 4.2)

Niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan en el 100% de los gobiernos regionales.



Indicadores priorizados

1. Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan.

El Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA) es un espacio de participación de carácter consultivo conformado por niñas, niños y adolescente de 9 a 17 años de edad. El objetivo de este espacio es participar en la formulación de políticas públicas en materia de niñez y adolescencia. Para ello emite opiniones, observaciones y eleva propuestas, sobre la base de sus intereses y necesidades, además de otorgar legitimidad a las políticas públicas sobre infancia y adolescencia, a partir de las propuestas de las niñas, niños y adolescentes. Entre sus funciones se encuentran las siguientes²⁸:

- ➔ Elaborar y presentar propuestas de políticas en materia de niñez y adolescencia ante la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes.
- ➔ Emitir opiniones sobre las consultas que se realicen en políticas sobre niñez y adolescencia.
- ➔ Vigilar y exigir el cumplimiento de derechos y políticas aplicadas por las instituciones u organismos que trabajen la temática de niñez y adolescencia.

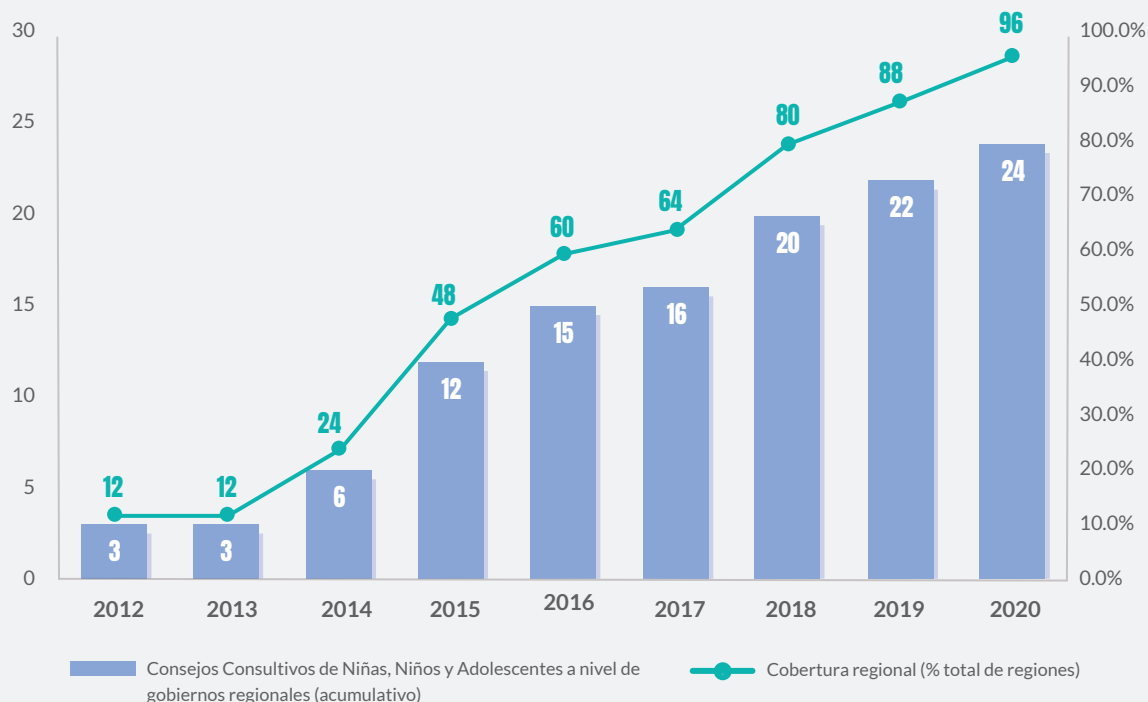
- ➔ Vigilar toda propuesta de política pública que los afecten.
- ➔ Elevar propuestas en materia de niñez y adolescencia.
- ➔ Promover los derechos de las niñas, niños y adolescentes en coordinación con los gobiernos regionales y locales.



²⁸ Ver Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes. En <https://www.mimp.gob.pe/direcciones/dgna/contenidos/articulos.php?codigo=30>

Gráfico n° 54

Perú: Porcentaje de gobiernos regionales donde participan niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran o interesan



Fuente: Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes (DGNNNA) – Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP)
Elaboración: Propia

Al 2020, existen 24 Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes a nivel de gobiernos regionales, uno por cada región. La región que no cuenta con este Consejo Consultivo es Cusco; lo propio sucede con Lima Región.

Posibles factores explicativos

Los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes a nivel de gobiernos regionales se han ido incrementado hasta alcanzar uno por región, con excepción de Cusco. Estos espacios institucionales se han incrementado. Sin embargo, no parece que signifiquen verdaderos espacios de participación. En 2017, una encuesta no gubernamental llevada a cabo por Save the Children reportó que solamente 20% de niñas, niños y adolescentes consideraba que había muchas oportunidades para presentar sus puntos de vista y opiniones a los responsables de la toma de decisiones en el ámbito municipal. A la par, el 75% indicaba que era importante que los políticos y los responsables de la toma de decisiones escuchen lo que ellas y ellos piensan sobre diferentes temas (Save The Children, 2018; pág. 19). Lo cual pone en duda el funcionamiento y alcance de estos Consejos Consultivos, creados por voluntad política aparentemente sin mayor proyección ni perspectiva acerca de la madurez participativa que podrían adquirir las niñas, niños y adolescentes en estos espacios institucionales.

Además del desinterés que puede haber entre las autoridades políticas regionales en cuanto al funcionamiento de estos Consejos, se encuentran las siguientes formas de razonar: (i) los adultos creen que la adolescencia y la niñez debe dedicarse al estudio y preparación, quedando los asuntos públicos bajo el interés de los adultos. Los adolescentes que piensan así manifiestan desinterés por encontrar espacios de participación; (ii) el desinterés de los adolescentes por estos espacios se debe también a las distracciones propias de la etapa de vida que transitan (Save The Children, 2018; Págs. 20-22)

Para ser integrantes de algún CCONNA se requiere, entre otros, pertenecer a una organización social, es decir, debe existir cierta capacidad de participación formada. Sin embargo, no es precisamente esta capacidad la que se promueve en los distintos espacios que ocupan niñas, niños y adolescentes. En sus familias muchas veces experimentan ausencia de comunicación, falta de participación, falta de información sobre la violencia o desconocimiento de sus derechos; en la escuela, desconocimiento de sus derechos y falta de espacios de participación; en la comunidad, las autoridades no los escuchan y no tienen participación en espacios de toma de decisiones (MCLCP, 2019; págs. 17-19).

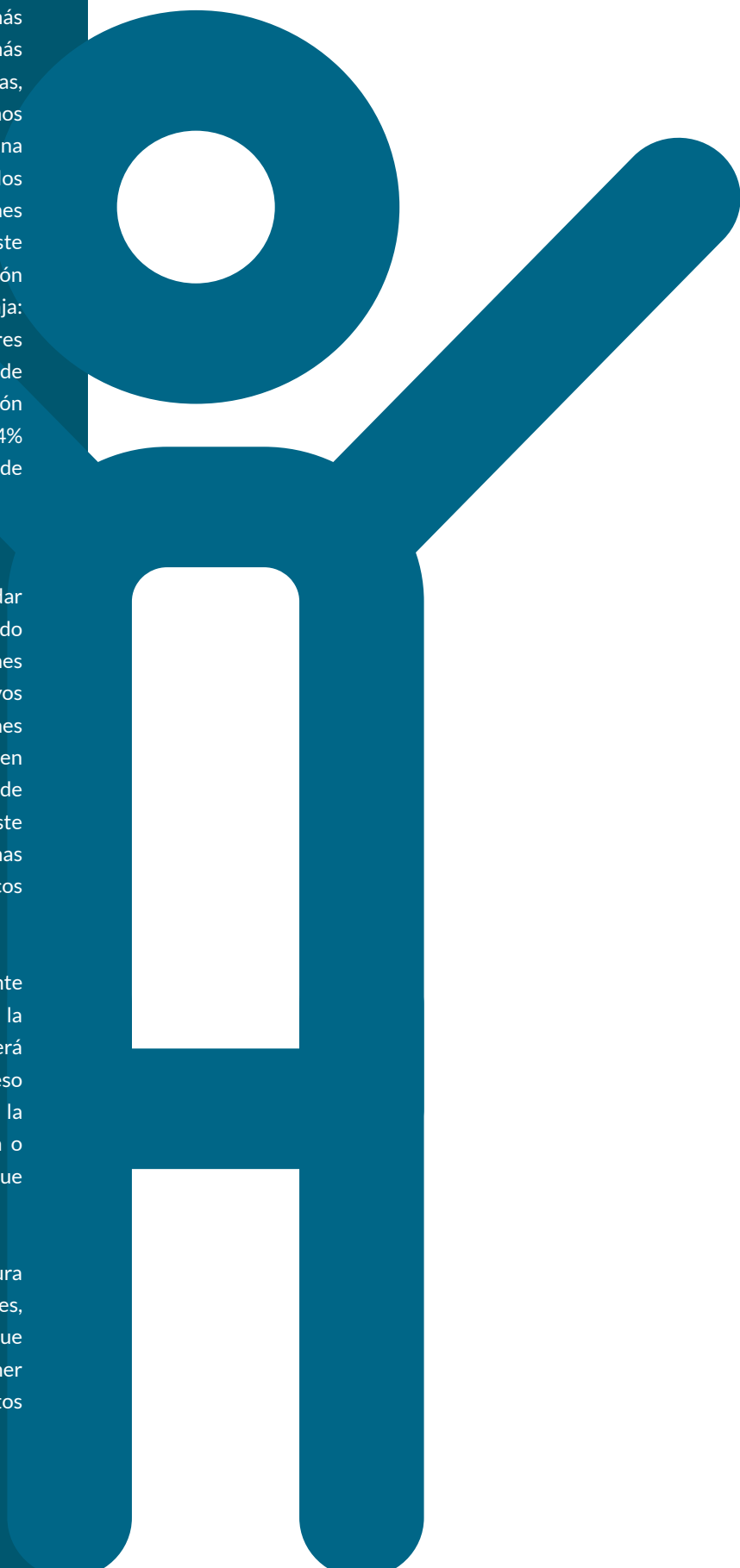
Se indica que es importante considerar diferentes formas de promover y garantizar la participación en función de la edad del niño y, en cada grupo de edad, mantener concordancia con la capacidad, confianza y experiencia de cada niño para evaluar su propia situación, tomar en cuenta cuáles son las posibles opciones, manifestar su opinión respecto a las mismas e influir en los procesos de toma de decisiones. La idea es que los mayores y más favorecidos alienten la participación de los menores y más desaventajados, incluyendo especialmente a las niñas, niños pertenecientes a minorías y grupos indígenas o niños migrantes. Pero, por otro lado, también se requiere una evolución favorable de las facultades y de la voluntad de los adultos de escuchar, comprender y ponderar las opiniones expresadas por el niño (UNICEF, 1998; pág. 10). Pero este impulso no podrá desarrollarse si es que la participación social de los integrantes de hogares en el país es aún baja: en el periodo 2012-2018 la no participación de hogares en alguna organización y/o asociación se incrementó de 52.8% a 58%. En contraste, por ejemplo, la participación en agrupaciones y/o partidos políticos disminuyó de 1.4% a 0.9%, y en asociaciones vecinales, también disminuyó de 9.8% a 8.2% (INEI, 2019c; pág. 106)

Proyecciones nacionales 2020-2021

El indicador como tal prácticamente no parece dar signos siquiera del sentido de participación alcanzado entre niñas, niños y adolescentes en las regiones correspondientes. Que existan los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes casi en todas las regiones del país no necesariamente significa que estos participen en las políticas públicas donde ellos son el centro de atención. Esto se refuerza al identificar que un 80% de este grupo poblacional manifiesta que no encuentra muchas oportunidades de participación y le parece que los políticos y autoridades debieran escucharlos.

La participación es más que un espacio normativamente creado. Y si no se hizo de manera presencial, en la virtualidad con la pandemia por coronavirus en curso, será más difícil porque muchas regiones no cuentan con acceso a internet y habría una fragmentación o deserción en la participación que ha existido, aunque haya sido poca o aislada. Por ello, al cierre de 2021 puede considerarse que habrá un estancamiento o decaimiento del indicador.

Que este año 2021 y el siguiente tengan una coyuntura política de elecciones generales y subnacionales, respectivamente, en nada cambia la situación, porque la participación en temas de interés público debe tener vocación permanente y no solo activarse en momentos específicos.



Objetivo Estratégico 4 (OE4)

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.



5.5

Resultado Esperado 20 (RE20)

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.

Meta 4.3 (M 4.3)

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar.

Indicadores priorizados

1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar.

Según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES), la proporción de niñas y niños de 9 a 11 años de edad que alguna vez en su vida ha sido víctima de violencia familiar se ha reducido de 81.6% en 2013, a 73.3% en 2015 y a 68.9% en 2019. En este último año, la violencia más frecuente ha sido la física y psicológica (38.6%), seguida por la de solamente tipo psicológica (16.3%) y luego solamente la de tipo física (14%).

En los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES, se reportó que la proporción de niñas y niños de 9 a 11 años de edad que sufrieron violencia familiar (psicológica y/o física) se redujo, de 49.8% en 2013, a 41.5% en 2015, hasta alcanzar 38.7% en 2019.

La proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad que alguna vez en su vida ha sido víctima de violencia familiar se ha reducido de 87.1% en 2013, a 81.3% en 2015 y a 78% en 2019. En este último año, la violencia más frecuente ha sido la física y psicológica (47.2%), seguida por la de solamente tipo psicológica (16%) y luego solamente la de tipo física (14.7%).

En los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES se reportó que la proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad que sufrieron violencia familiar (psicológica y/o física) se redujo, por un lado, de 44.6% en 2013 a 38.9% en 2015, pero por otro lado aumentó levemente hasta alcanzar 40.5% en 2019.

2. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia escolar.

Según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES), la proporción de niñas y niños de 9 a 11 años de edad que alguna vez en su vida ha sido víctima de violencia escolar se ha reducido de 81.5% en 2013, a 75.3% en 2015 y a 66.2% en 2019. En este último año, la violencia más frecuente ha sido la de tipo exclusivamente psicológica (37.2%), seguido por la psicológica y física (26.7%) y residualmente la de tipo exclusivamente física (2.3%).

En los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES, se reportó que la proporción de niñas y niños de 9 a 11 años de edad que sufrieron violencia escolar (psicológica y/o física) se redujo, de 59.4% en 2013, a 50.1% en 2015, hasta alcanzar 47.4% en 2019.

La proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad que alguna vez en su vida ha sido víctima de violencia escolar se ha reducido de 83.7% en 2013, 73.8% en 2015 y 68.5% en 2019. En este último año, la violencia más frecuente ha sido de tipo exclusivamente psicológico (41.0%), seguido por la psicológica y física simultáneamente (24.6%) y luego exclusivamente física (2.9%).

En los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES, se reportó que la proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad que sufrieron violencia escolar (psicológica y/o física) se redujo, de 56.2% en 2013, a 47.4% en 2015, hasta alcanzar 44.7% en 2019.

Posibles factores explicativos

Entre las posibles razones subyacentes a la evolución de estos indicadores en el periodo 2012-2019, cabe mencionar las siguientes:

- a. La violencia como trato todavía se considera un método válido para la crianza y la educación. Incluso las potenciales víctimas la justifican. El 48% de niñas y niños justifican la violencia hacia ellos en el hogar, y 40% de jóvenes hacen lo propio: señalan que los padres tienen derecho a golpear a sus hijos por su mala conducta. En menor medida sucede en el ámbito educativo: 13 de cada 100 niñas y niños está de acuerdo que los maestros tienen derecho a maltratar a los estudiantes, y 8 de cada 100 adolescentes opinan de la misma manera (MIMP y otros; 2019).
- b. La violencia de tipo físico y/o psicológico en el hogar forma parte de las prácticas de crianza extendida y socialmente aceptada basadas en el uso de la violencia, que se han transmitido de generación en generación. Quienes castigan con mayor frecuencia son las madres o cuidadoras, por el hecho que en ellas ha recaído socialmente el rol de cuidado. Cuando el padre o algún coparente ejerce alguna de estas formas de violencia, es relativamente menos frecuente (por estar más ausentes), pero más agresiva. Sin embargo, en términos intergeneracionales, madres o padres que en la infancia experimentaron violencia tienden a utilizarla como método de control de sus hijos (MIMP y otros; 2019).
- c. Entre las circunstancias que pueden propiciar violencia familiar hacia niñas, niños y adolescentes se encuentran las obligaciones domésticas y escolares desproporcionadas, en que asumir uno u otro implica una reacción específicamente de violencia por parte de los padres. Además, el propio estrés de los padres por el hecho de tratarse de familias monoparentales o en situación de divorcio. El estrés de ellos cuando cuidan a sus hijos es mayor bajo la confluencia del exceso de trabajo, el poco tiempo para la crianza y la poca comunicación asertiva padres-hijos (MIMP y otros; 2019).
- d. La violencia utilizada en el ámbito educativo se valida por el silencio de las víctimas. Los infantes asocian directamente aprender y uso de la violencia hacia ellos. En el caso particular de las agresiones físicas que sufren en la escuela, no se dan a conocer a los padres suponiendo que de esa manera no empeoran la situación (MIMP y otros; 2019).

Según la percepción de un grupo de adultos de diversas regiones en el país, las formas de violencia más recurrentes suceden en la familia y la escuela. En las familias, las formas de violencia más frecuentes son las de tipo psicológica, física, sexual, desprotección con abandono y descuido, el castigo, la explotación laboral y mendicidad. A su turno, las formas de violencia en las escuelas son el bullying, violencia sexual, discriminación, violencia psicológica y física, así como el castigo físico o humillante (MCLCP, 2019; pág.8).

También se identifica a las Defensorías Municipales de Niños y Adolescentes (DEMUNA) como actor central en la prevención de la violencia familiar. En el caso de las escuelas, el personal de la institución educativa. Pero tanto la DEMUNA como los CEM tienen limitaciones tales como falta de recursos humanos y económicos, y personal no capacitado; desconocimiento de la lengua y cultura local, y no articula esfuerzos con otras instituciones. En el caso de las escuelas, sus limitaciones se expresan en el poco interés de las familias en asistir a reuniones y actividades formativas, en la débil articulación de escuelas con instituciones que pueden ayudar a la capacitación y prevención, el poco interés de docentes incluyendo el desconocimiento de normas y procedimientos establecidos, y la débil supervisión de la UGEL sobre el funcionamiento de las escuelas (MCLCP, 2019; pág.9).

Además, pareciera que tanto las familias como las escuelas han degenerado, porque las personas más cercanas a las niñas, niños y adolescentes, en lugar de actuar como sus cuidadores y figuras de protección, en muchas ocasiones son sus agresores más frecuentes. Subyace a esta situación un conjunto de factores tales como los siguientes (MIMP y UNICEF, 2019):

Factores estructurales

- Aunque las niñas, niños y adolescentes de hoy sean más valorados que la generación a la que pertenecen sus padres, existe una brecha comunicacional entre ambos debido a las tecnologías de la comunicación.
- Los sistemas de cuidado infantil basados en la familia no se han extendido en las zonas urbanas, de modo que niñas, niños y adolescentes están expuestos a nuevas formas de violencia tanto en la escuela como en las calles, y no siempre reciben el apoyo que el Estado no alcanza a otorgar.
- Las nuevas formas de familia vienen con una dinámica propia entre sus miembros, coexistiendo con patrones tradicionales de distanciamiento por motivos de trabajo por el que se expone a las niñas y niños a

diversos riesgos de violencia. Además, también está generándose violencia familiar por el choque entre patriarcalismo y empoderamiento femenino.

- Las inequidades en la sociedad con formas equivocadas de incentivar el buen comportamiento de niñas, niños y adolescentes terminan generando tensiones en la familia.

Factores institucionales

- Se está pasando de un enfoque centrado en la familia y sistemas comunitarios a uno de corte urbano y basado en el individualismo.

- Algunos programas abordan directamente situaciones como el abuso de sustancias o las actitudes machistas. Sin embargo, la gran mayoría se muestran renuentes a abordar directamente la dinámica de la violencia en las familias. La idealización de la familia, la exagerada deferencia a los jefes de familia masculinos y la ausencia de un cuadro más amplio de trabajadores sociales y otros profesionales especializados para trabajar en prevención de la violencia, constituyen un obstáculo para una intervención que garantice buenos resultados.

Factores interpersonales

- La tendencia a descubrir implica muchas veces que las niñas, niños o adolescentes se expongan a riesgos sin el adecuado acompañamiento de sus cuidadores, que muchas veces suelen actuar agresivamente.

- A medida que van creciendo, las niñas, niños y adolescentes se hacen más conscientes de sus derechos, lo que implica cierta confrontación frente a todo tipo de agresiones. Pero aún no alcanzan el momento crítico por el cual denuncian hechos acudiendo a los servicios públicos competentes como los CEM, DEMUNA o policía.

Factores individuales

- En ocasiones la violencia sirve para reafirmar identidades sociales, relaciones de poder, jerarquías de prestigio, acceso a los recursos, los símbolos y sirve como demostración de identidades de género y generacionales. Cuando las niñas, niños y adolescentes son amenazados, humillados o golpeado por su padres, maestros o cuidadores, los niños experimentan la violencia utilizada para reafirmar el poder y autoridad de los adultos.

Proyecciones nacionales 2020-2021

Prácticamente el año 2020 ha sido de pandemia a causa de la Covid-19, para el mundo y nuestro país. Esto ha implicado un estado de situación donde se ha impuesto la permanencia de las personas en sus viviendas o algún espacio habitacional que los mantenga distanciados de sus pares y/o conocidos. Este año 2021, el escenario más optimista al respecto es que las vacunas lleguen al país en cantidad insuficiente y sin una corroboración mundial que las distintas versiones de dosis tenga el efecto esperado, más aún con las noticias oficiales que nos informan de la aparición de variantes del virus que aún no se han enfrentado con fármacos específicos.

En el caso de la violencia familiar hacia niñas, niños y adolescentes en contexto de pandemia, es posible que se haya incrementado el riesgo de violencia digital, principalmente en las zonas con acceso a internet donde se cumple el confinamiento social, frente a la cual se encuentran muy poco preparados los cuidadores y los mismos servicios públicos correspondientes (como el de delitos informáticos desde la Policía Nacional del Perú). Además, una de las cuestiones que ha empezado a generar o intensificar la pandemia es el deterioro de la salud mental de los miembros en la familia con mayores responsabilidades, particularmente en forma de estrés en madres y padres, así como mayores demandas ante ellos por parte de los hijos.

Las madres, en la medida que antes de la pandemia ya asumían casi solas el rol del cuidado, ahora se encuentran en sobrecarga inducida por el aislamiento social. En cuanto a los padres, si antes de la pandemia proveían ingresos a la familia en situación de informalidad o precariedad laboral, ahora su preocupación es encontrar un nuevo empleo tras haber perdido aquel donde se desempeñaban antes de la pandemia. Y los hijos, que antes de la pandemia tenían espacios de tiempo importantes fuera de casa (por asistir a la escuela, por recreación), ahora se encuentran en casa y sus demandas se hacen más presentes.

En esta confluencia de situaciones a partir de la distribución de roles madre-padre con la mayor presencia de los hijos prácticamente todo el día, la situación familiar se torna más insegura y entre las manifestaciones de esta inseguridad (económica, alimentaria, entre otras) se encuentra la violencia como forma de mantener el orden a pesar de la situación, donde resultan víctimas los menores de edad, más aún cuando son estos los que empiezan a quejarse por necesidades que ya no se satisfacen dada la situación

generada por la pandemia. Más aún, puede llegar a escalar en violencia hacia la mujer en general en la familia, como efectivamente ha sucedido.

Esta situación puede mantenerse este año 2021 por el hecho que la incertidumbre sigue presente, la experiencia del confinamiento aún no se traduce en aprendizajes específicos no solo de cuidado en la salud para evitar el contagio, sino en cuestiones como equidad en la distribución de roles en la familia y cuidado saludable; todo esto agravado por la poca capacidad de adaptación que muestran los servicios públicos en estos asuntos, porque estaban basados en la presencialidad física, pero también porque arrastraban problemas de gestión y de resultados. Así, no será factible que se cumpla la meta “se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar” por el lado de las familias en nuestro país. Por el lado de la escuela el asunto es diferente.

Las escuelas, y en general todos los centros de aprendizaje en el país, se encuentran cerrados. La presencialidad está ausente y su espacio ha sido ocupado por distintas estrategias de acercamiento a quienes eran estudiantes antes de la pandemia: “aprendo en casa” o alguna modalidad virtual. La violencia escolar hacia niñas, niños y adolescentes tal como se conocía, tanto entre pares como de maestros a estudiantes, ha desaparecido. Esto puede parecer un efecto positivo inducido por la Covid-19, y sin embargo, cabe preguntarse si las nuevas formas de enseñanza-aprendizaje forzosamente impuestas por la crisis sanitaria tendrán sus propios escenarios de violencia, sobre todo de tipo simbólica, psicológica, por el distanciamiento que se debe guardar, mas no así de las palabras y sus maneras de expresarse. Si las redes digitales no necesariamente son sociales (porque hay espacios en la virtualidad dedicados a la marginación, al racismo, a la desorientación, entre otras distorsiones), qué puede asegurar que algo así no suceda entre las relaciones alumno-alumno o alumno-docente. El “bullying escolar

digital” y el uso de la “violencia psicológica docente” puede seguir su curso sin mayor obstáculo. Estas cuestiones por ahora están ausentes, probablemente pueden pensarse más no verificarse porque en 2020 muchos dejaron de estudiar y este año aún se sigue enfrentando el mayor problema de la educación a distancia: la cobertura a internet y la ausencia de infraestructura digital en muchas regiones del país, rurales y urbano-marginales.

Por ello, al cierre de 2021, la meta “se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia familiar y escolar” podría no variar si es que los casos de violencia escolar desaparecidos se compensan con los incrementos de violencia familiar; o aumentar, en la medida que la violencia familiar impone más cifras que las pocas que pudieran presentarse como violencia escolar.



Objetivo Estratégico 4 (OE4)

Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad.



5.6

Resultado Esperado 21 (RE21)

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

Meta 4.4 (M 4.4)

Se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

Indicador priorizado

1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual.

Cabe mencionar que para este indicador el PNAIA 2021 señala que "(S)e deberá generar información referencial a través de una encuesta especializada" (MIMP, 2012; pág. 89). Sin embargo, se cuenta con la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES) que solamente ha captado datos de la situación de violencia sexual hacia adolescentes (12 a 17 años de edad), en 3 ediciones: 2013, 2015 y 2019.

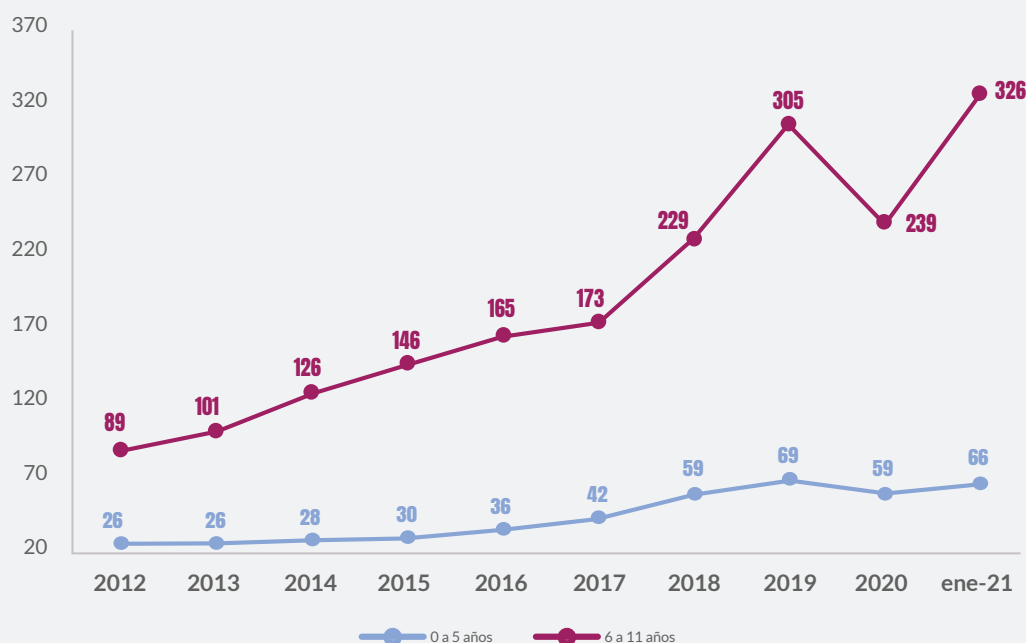
No existe un instrumento de recolección de datos similar para dimensionar el problema en niñas y niños.

Violencia sexual en niñas y niños

En el periodo 2012-2019 el promedio mensual de casos de agresión sexual en niñas y niños de 0 a 11 años de edad ha ido en aumento, con mayor notoriedad en el segmento etario de 6 a 11 años de edad, que en ocho años más que se triplicaron, de 89 en 2012 a 305 en 2019, mensualmente. Por su parte, los casos de violencia sexual en la primera infancia (0 a 5 años de edad), más que se han duplicado, de 26 en 2012 a 69 en 2019, al mes.

Gráfico n° 55

Perú: Casos de violencia sexual en niñas y niños atendidos por los Centros Emergencia Mujer (CEM)
(promedio mensual anual 2012-2020 y enero 2021)



Fuente: Boletín Estadístico – Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (varios años).
Elaboración: Propia.

El año 2020 se ha visto afectado por la pandemia a causa de la Covid-19. Uno de sus efectos es que los servicios presenciales, como el de los Centros Emergencia Mujer (CEM), no han atendido algunos meses (los declarados en Estado de Emergencia con distanciamiento social) y se han suspendido los registros administrativos en dichos meses, lo cual ha dado el aparente retroceso de la violencia sexual en niñas y niños.

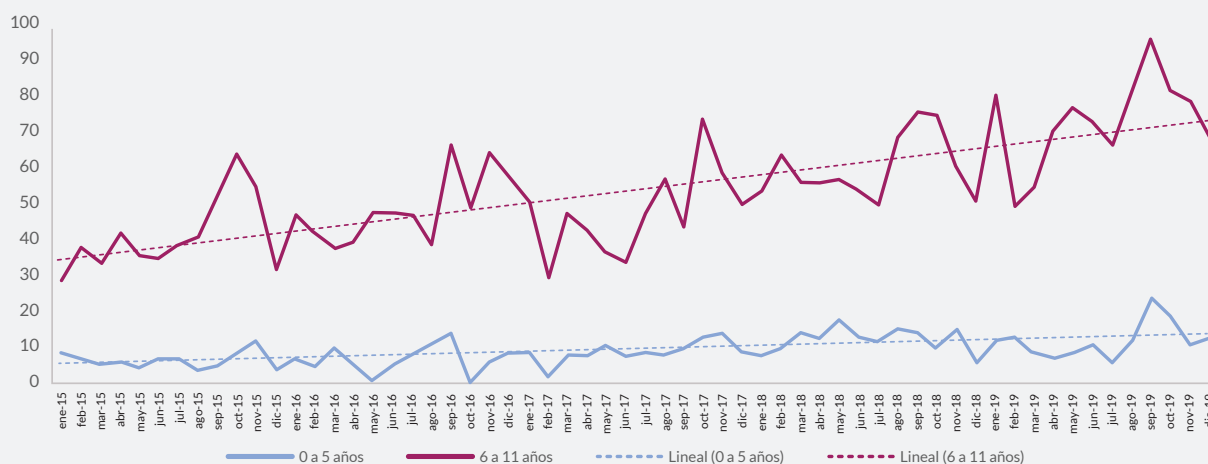
Sin embargo, mirando la tendencia 2012-2019, la cantidad mensual de infantes agredidos sexualmente se venía incrementando y es esperable que esta situación se haya agravado en periodo de pandemia, por lo menos en 2020. De hecho, lo reportado en enero 2021 (comparable con los promedios mensuales de años anteriores) señala que efectivamente ha sido así, porque todavía (al menos hasta primer trimestre 2021) se sigue bajo circunstancias de pandemia todavía sin control.

Las víctimas de violencia sexual han sido principalmente niñas. En el periodo 2018-2021, mensualmente, 7 a 8 de cada 10 niños de 0 a 5 años de edad eran mujeres; y 8 de cada 10 niños de 6 a 11 años de edad eran mujeres.

Podemos señalar que la pandemia ha agudizado la tendencia al incremento de casos de violencia sexual en niñas y niños, porque el confinamiento en la vivienda ha sido una de sus exigencias más acusadas, poniendo en cercanía a las víctimas o potenciales víctimas con sus agresores o posibles agresores. En el periodo 2012-2016 aproximadamente 6 de cada 10 agresiones sexuales en niños y niñas de 0 a 5 años de edad reportadas en los CEM fueron ejercidas principalmente por un familiar, y en el periodo 2017-2019, la quinta parte de estos casos tuvo como principal agresor sexual a la madre o padre. En el caso de niñas y niños de 6 a 11 años de edad, alrededor de la mitad de casos de violencia sexual fueron perpetrados por un familiar (2012-2016), pero otro 19% promedio también lo fueron por el vecino o vecina de la familia (2017-2019).

Gráfico n° 56

Perú: Casos de violación sexual en niñas y niños atendidos por los Centros Emergencia Mujer (CEM)
(enero 2015 – diciembre 2019)



Fuente: Boletín Estadístico – Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (varios años).

Elaboración: Propia.

En el periodo 2015-2019 también se reportaron violaciones sexuales. Los casos que vinieron en incremento involucraban a niñas y niños de 6 a 11 años de edad, pasando de un promedio mensual de 41 en 2015 a 73 en 2019. Igualmente es preocupante que la primera infancia registre casos de violación sexual en este periodo, que en promedio mensual fueron 7 en 2015 y 9 en 2019. No se dispone de cifras oficiales para el año 2020 ni para lo que va de 2021.

Siendo estas cifras referenciales, y posiblemente con problemas de subregistro, ofrecen una idea de la magnitud del problema de la violencia sexual en niñas y niños de 0 a 11 años de edad. Peor aún, se refuerza la idea de un problema no menor en la medida que también se registran casos de esta naturaleza ante los Centros de Acogida Residencial (CAR) del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF), la Policía Nacional del Perú

(PNP), el Ministerio Público, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSDH), el Ministerio de Salud (MINSa) y el Poder Judicial (MIMP, 2019; pág. 140).

Violencia sexual en adolescentes

Según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales (ENARES) la violencia sexual se refiere a toda acción de contenido sexual propiciada por cualquier persona, que implique la intencionalidad, la fuerza o poder para someter con o sin consentimiento a la/al adolescente. Puede incluir o no contacto físico. La situación de las y los adolescentes al respecto es la siguiente (INEI, 2016; págs. 73-75):

- La proporción de adolescentes que fue alguna vez víctima de violencia sexual pasó de 45.9% en 2013 a 34.6% en 2015.
- De 2013 a 2015, la proporción de adolescentes que entre los 15 y 17 años de edad experimentó por primera vez la violencia sexual pasó de 25.4% a 24.4%. Entre los años mencionados, se incrementó la proporción de adolescentes que por primera vez experimentaron violencia sexual entre los 6 y 11 años de edad (de 15.5% a 18.1%), a los 12 años de edad (de 17.9% a 18.3%) y a los 13 años de edad (de 18.8% a 19.7%).
- Las manifestaciones de violencia sexual contra adolescentes se han incrementado en la modalidad de comentarios o bromas de tipo sexual (de 52.7% a 56.5%), tocamientos incómodos en alguna parte de su cuerpo (de 20% a 24%) y obligado(a) a ver pornografía en revistas, fotos, figuras o por internet (de 19.2% a 21.1%). Por su parte, al 2015 el 20.3% de adolescentes fueron víctimas de miradas incómodas a sus partes íntimas; el 8.6%, de masturbación delante de ellos; el 10%, de habersele intentado quitar la ropa; el 10.3%, de mostrarle sus genitales; y 8.3%, de tocamientos o manoseos al cuerpo de otra persona.
- En los últimos 12 meses para los años en que se aplicó la ENARES, la proporción de víctimas que alguna vez sufrió de violencia sexual ha disminuido de 28.2% a 19.9% de 2013 a 2015, respectivamente. No obstante, la proporción de jóvenes que siempre o casi siempre son víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses, entre los años mencionados, aumentó de 8.8% a 12.2%.

Posibles factores explicativos

La violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, aunque registren estancamiento o ciertos retrocesos, sigue siendo un problema grave por cuanto continúa involucrando personas menores de edad. Sobre la base de algunos hechos estilizados o patrones identificados en distintos estudios, quien agrede sexualmente es principalmente hombre, y es más probable que cometa algún acto de violencia de este tipo si se conjuga una o más de los siguientes factores individuales y relacionales: pertenece a una pandilla, consume ilícitamente drogas o alcohol, tiene personalidad antisocial, ha sido testigo de violencia entre sus padres, tiene antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez, registra bajos niveles educativos, es tolerante con la violencia hacia otros, sus relaciones de pareja son de multiplicidad o infidelidad y generalmente su opinión es favorable a la inequidad de género. También añaden una cuota de explicación los factores comunitarios y sociales tales como la vigencia de una tradición que favorece la idea de superioridad masculina, además de penalidades comunitarias y jurídicas débiles contra la violencia (OPS, 2013; págs. 6-7)

Entre los factores de riesgo que pueden incrementar la probabilidad de abuso y explotación sexual infantil cabe mencionar los de tipo personal. En cuanto a la posible víctima (niña o niño), son más vulnerables si tienen alguna discapacidad, pocos años cumplidos, carentes de apego seguro con sus cuidadores, su entorno de crecimiento es de violencia de género, cuentan con poca información sobre sexualidad y el riesgo ante ella, y son principalmente niñas. Con respecto a la posible persona agresora, su propensión a ejercer abuso o explotación sexual en niñas o niños puede verse impulsada por estereotipos machistas adquiridos en sus familias, registra una historia de maltratos, incapacidad de empatía (incluyendo la psicopatía), distorsiones cognitivas y/o consumo de pornografía infantil.

Esto se refuerza con factores familiares, principalmente cuando en ese espacio se ejerce el poder al extremo del abuso y la inequidad, con problemas comunicacionales e incapacidad para responder a las necesidades de niñas y niños, se carece de información sobre Desarrollo Infantil Temprano (DIT) y desarrollo de la sexualidad, además que la caracterizan la violencia de género y/u otros tipos de violencia o desprotección.

Los factores sociales aparecen como refuerzo cuando falta conciencia sobre el niño o niña como sujeto de derecho, cuando estereotipos de género como la belleza y el éxito sobrevaloran el cuerpo, o existen relaciones cercanas donde se valida la violencia y abuso de poder, así

como la tolerancia social a ciertas formas de relaciones sexuales con infantes, masivo desconocimiento de los efectos negativos en el presente y futuro para las víctimas, falsas creencias acerca de la sexualidad infantil y adulta, tolerancia social hacia la utilización de infantes en la pornografía o prostitución, costumbres culturales a favor del matrimonio temprano y/o el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas (Orjuela, López y otros, 2012; Págs. 14-16).

Dicho de otra manera, cabe mencionar los siguientes factores (Viviano, 2012: Págs. 26-31):

a. Factores a nivel personal. Por un lado, las víctimas pueden ser incapaces de identificar el riesgo de violencia sexual, carecer de afecto o sufrir maltrato, tener baja autoestima que le impide denunciar, o sufrir alguna discapacidad física y/o psíquica. Por otro lado, quienes ejercen la violencia sexual es posible que en su infancia hayan experimentado situaciones negativas con respecto a su sexualidad, no hayan desarrollado la capacidad de empatía, sean incapaces de autocontrolar sus impulsos o sean inmaduros en su desarrollo afectivo y sexual, necesiten sentir control afectivo sobre otros, tiendan a sexualizar sus vínculos, o carezcan de habilidades personales de apoyo afectivo y social para resolver conflictos emocionales propios.

b. Factores a nivel familiar. Las madres, padres y/o cuidadores principales no proporcionan el debido cuidado y supervisión a sus hijas/os, se encuentran inmersos en violencia familiar, son autoritarios y consideran a sus hijas/os como propiedad. Asimismo, la familia arrastra problemas de abandono y ruptura, se vive en hacinamiento y colecho (se comparte la cama con otros adultos), está presente el alcoholismo, drogadicción y otras adicciones, la recorre modelos sexuales inapropiados, está aislada de otras familias, tiene funcionamiento abierto caótico, o los cambios de domicilio son tan frecuentes que impiden establecer vínculos sociales protectores frente a la violencia sexual.

c. Factores a nivel comunitario. Cuando los entornos institucionales habituales de niñas y niños (escuelas, iglesias, entre otros) carecen de mecanismos para detectar riesgo de violencia sexual, los servicios de atención contra la violencia sexual son inexistentes o su existencia adolece de recursos y capacidades

necesarias para su buen funcionamiento, o la zona donde se vive es insegura por delincuencia, desorden y sensación de falta de reglas, favorece el consumo de alcohol y uso de drogas, o se estigmatiza a quien ha sido víctima de violencia sexual.

d. Factores a nivel social. Como la socialización de género que promueve diferencias entre varones y mujeres en que los primeros tienen necesidades sexuales irreprimibles, se caracterizan por su agresividad y dominio, en tanto a las segundas se les caracteriza por una supuesta pasividad y sumisión. Del mismo modo, está la sexualización cultural principalmente del cuerpo femenino (comerciales, medios de comunicación, entre otros), el problema de la explotación sexual comercial. También cabe considerar la idea extendida de que los menores se someten a la autoridad adulta, al ritmo y condiciones de vida actuales que conducen a la desintegración familiar y debilitamiento de vínculos afectivos entre los miembros de la familia. Además, está el hecho que el sistema de justicia revictimiza y dificulta el acceso a la justicia.

Proyecciones nacionales 2020-2021

Al menos en los últimos 9 meses del año 2020 nuestro país se vio afectado por la pandemia mundial del nuevo coronavirus, colocando a las personas en una situación en que deben guardar distanciamiento social unos a otros para evitar que los contagios se propaguen y conduzcan a eventuales y dolorosas muertes. Dado que no se contaba con una vacuna o tratamiento que permita controlar al virus, el instrumento de política pública frente a este ha sido el confinamiento. El aislamiento social. Las personas se repliegan en sus viviendas y de ahí no debieran salir más que por cuestiones estrictamente necesarias, cumpliendo protocolos como el uso de mascarillas y adoptar la costumbre de lavarse las manos por al menos 20 segundos con agua y jabón.

Esta situación de repliegue de las personas en sus viviendas ha hecho que se intensifique un conjunto de problemas en su interior como fuera de ella, entre los cuales se encuentra la violencia sexual. Así, en 2020 los casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) por violencia sexual (incluyendo niñas, niños, adolescentes y adultos) sin pandemia (meses de enero y febrero) fueron 1730 promedio mensual, en tanto que en contexto de pandemia con registros administrativos regularizados (meses de noviembre y diciembre) fueron al menos 2176 promedio

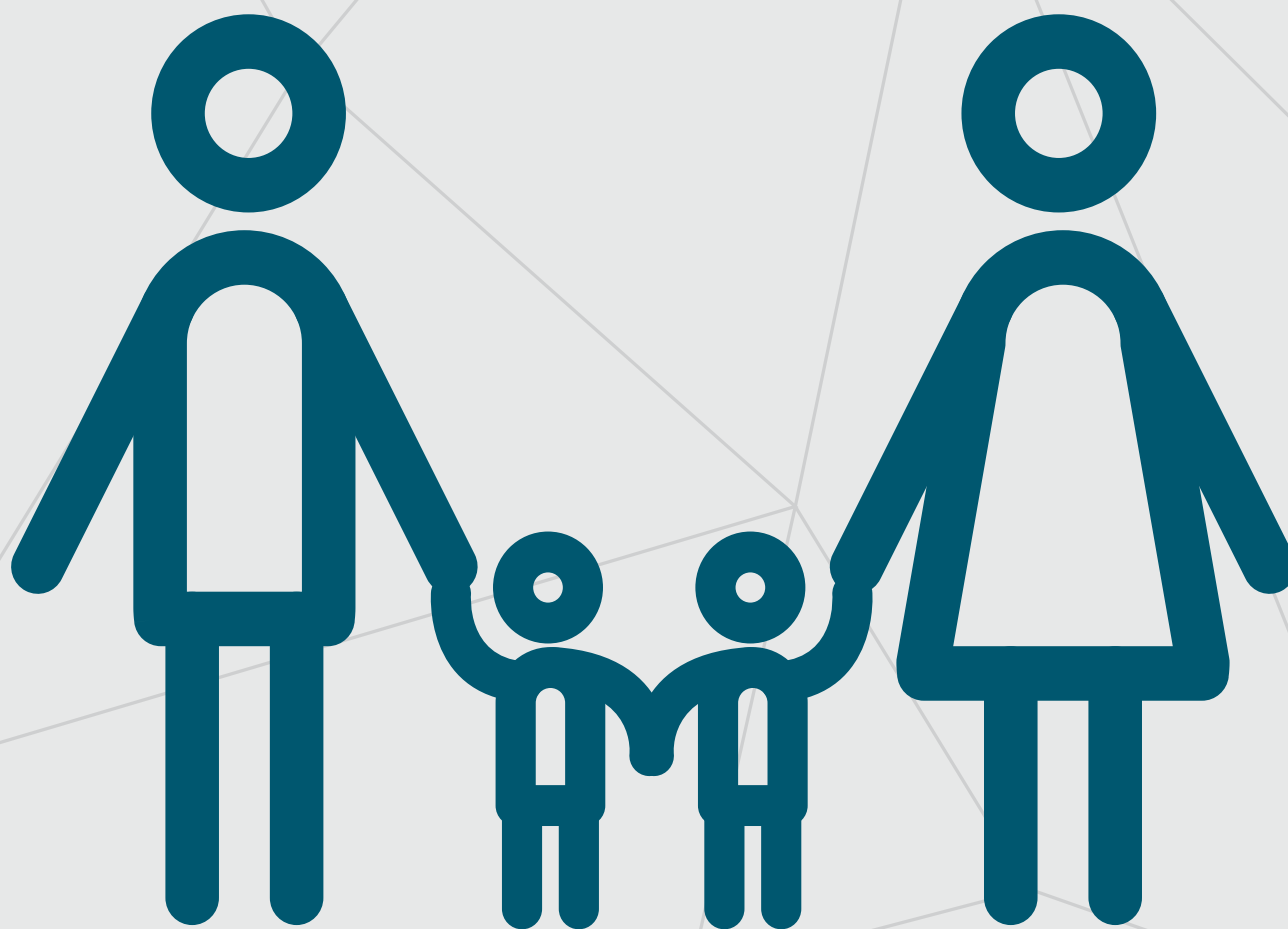
mensual. En lo referido a las personas de 0 a 17 años de edad víctimas de este tipo de violencia cabe indicar lo siguiente²⁹:

- La violación sexual se incrementó luego de iniciada la pandemia, de 463 casos promedio mensual (enero 2020 – febrero 2020) se pasó a 702 casos promedio mensual (noviembre 2020 – diciembre 2020).
- La trata de personas con fines de explotación sexual se incrementó luego de iniciada la pandemia, de 1 a cerca de 5 casos promedio mensual, respectivamente.

Para este año 2021, pese a que se anuncia la dotación de vacunas, hasta el momento no existe confirmación de su efectividad en poblaciones enteras por considerable paso del tiempo. El desarrollo de diversas propuestas ha sido

acelerado ante la desesperante situación mundial impuesta por la pandemia. Además, el Perú no se encuentra entre las prioridades de atención mundial con eventuales vacunas, y tanto fuera como dentro del país ahora se viven “olas” de contagios y muertes a causa del virus. Por este motivo, básicamente, puede esperarse que la situación pandémica y los escenarios que genera en el entorno de las niñas, niños y adolescentes principalmente dentro de casa, aunque también fuera, sea de mayor riesgo para su indemnidad sexual, como ha sucedido el año 2020.

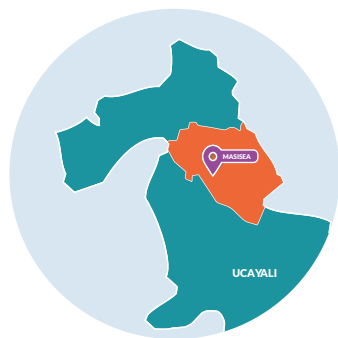
En ese sentido, al 2021 la meta “se reduce el número de niñas, niños y adolescentes que son víctimas de violencia sexual” no será cumplida a cabalidad, porque al descuido que ya venía existiendo en los factores personales, familiares, comunitarios y sociales, se suma el agravante a los mismos ocasionado por la pandemia de la Covid-19.



²⁹ Consultar <https://observatorioviolencia.pe/datos/>

CASOS REGIONALES: UCAYALI, HUANCAMELICA Y JUNÍN

Los indicadores expuestos hasta el momento a nivel nacional y regionales, con las desagregaciones disponibles, proporcionan una lectura panorámica que evidencia la tendencia seguida en los últimos nueve años. Sin embargo, los espacios territoriales más delimitados habitualmente suelen mostrar el grado de mayor o menor intensidad de tales indicadores, por sus condiciones más específicas. Para los fines del presente informe se explora la situación a nivel distrital en tres regiones: Ucayali, Huancavelica y Junín.



6.1 Región Ucayali: El caso del distrito de Masisea

Ucayali ocupa una superficie de 105 097 km² que representa el 8.2% del territorio nacional. Está ubicado en la parte centro oriental del Perú, en la zona de selva. Limita por el norte con la región Loreto, por el oeste con Huánuco, Pasco y Junín; por el sur, con Cusco y Madre de Dios y por el este con la República del Brasil. Ucayali se caracteriza por ser una región con aptitud y vocación forestal en la que más del 70% del territorio regional corresponde a tierras forestales, mientras que el 12% comprende áreas naturales protegidas. Posee una gran riqueza de recursos naturales, así como una elevada disponibilidad de recursos hídricos y de flora y fauna silvestre biodiversas. Morfológicamente, en esta región se distinguen tres pisos: ceja de selva, selva alta y selva baja, la cual cubre el 87% de la superficie regional, por lo que el clima es de bosque húmedo tropical. Ucayali está dividido en 4 provincias y 17 distritos. Su capital es la ciudad de Pucallpa, ubicada a 154 m.s.n.m.³⁰

Se estima que al 2020 tenía una población de 589 110 habitantes, el 1.8% de la población total nacional. La provincia más poblada es Coronel Portillo con 447 733 habitantes. Por cada 100 habitantes, 52 son hombres y 48 son mujeres. Su tasa de crecimiento poblacional anual fue de 2.5%³¹.

El distrito de Masisea se encuentra en la provincia Coronel Portillo. Este distrito tenía 12 758 habitantes en 2015, el 2.57% de la población de la provincia (en 2017 se redujo a 11 147). En 2013 era uno de los distritos en pobreza extrema según necesidades básicas insatisfechas, entre 60% y 100% de la población, si bien entre 21% y 34% de ella lo era en términos monetarios. Entre las características más relevantes cabe mencionar las siguientes (DIRESA-Ucayali, 2016; Municipalidad Distrital de Coronel Portillo, 2019):

- La mayor proporción de casos con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, enfermedades infecciosas intestinales, helmintiasis, síntomas y signos generales, enfermedades de la cavidad bucal y glándulas salivales y de los maxilares, micosis, otras

infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores y trastornos de la conjuntiva; se concentran en niños principalmente, y de lejos en adolescentes.

- La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) fue de 34.4% en 2015.
- La anemia afectó en 2015 al 77.6% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad
- La anemia en gestantes fue de 49.6% en 2015.
- En 2015 el 65% de viviendas cuenta con acceso a desagüe, el 15% de viviendas tiene acceso al agua (12.6% en 2017), la esperanza de vida al nacer 71.6 años de edad, 92.6% de alfabetismo poblacional, el ingreso familiar per cápita es de 174.3 soles, y el índice de vulnerabilidad distrital es alto (0.36).
- La tasa de incidencia acumulada de muerte materna fue 0.08 en 2015.
- Los grupos étnicos en 2015 habitantes fueron Shipibo Konibo (1115) y Asháninka (173).
- Se cuenta con microred de salud con servicios de salud materno neonatal con adecuación cultural (2018). En total, al 2015 existían 20 establecimientos de salud y 21 camas.

En una muestra de adolescentes de 12 a 17 años de edad y de operadores de servicios públicos en el distrito de Masisea, UNICEF realizó un estudio exploratorio en 2019 y encontró lo siguiente (UNICEF, 2019a):

- El gobierno local de Masisea mencionó que realizaba articulación con los municipios escolares para promover liderazgos juveniles y adolescentes.
- Existe una Mesa Técnica por los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes impulsada por la municipalidad distrital de Masisea como espacio de articulación.
- En cuanto a prácticas de aplicación del enfoque intercultural, los funcionarios de Masisea se refirieron a las experiencias interculturales en salud con los agentes comunitarios o el personal de educación

³⁰ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Lqitos/ucayali-caracterizacion.pdf>

³¹ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Lqitos/ucayali-caracterizacion.pdf>

bilingüe. La principal valoración de estas experiencias estaba en el uso de la lengua originaria. Los funcionarios reconocieron que la capacidad lingüística es fundamental para asegurar el acceso a los servicios de salud, justicia y educación. Por su parte, se abordaron los mitos y costumbres que vulneran los derechos sexuales de las adolescentes indígenas.

Se registran casos de violencia en niños de comunidades. Un ejemplo ilustrativo fue el caso de un niño de 6 años de edad encontrado muerto horas después que sus padres reportaran a las autoridades comunales que había desaparecido en la comunidad shipibo-konibo. El hecho ocurrió en junio de 2020 y finalmente se trató de un acto de violencia cometido por un adolescente de 17 años de edad contra el niño, ahogándolo en el río de las inmediaciones. Aquí se evidenció algunos aspectos por corregir en la autoridad policial y fiscal: la demora que tienen para constituirse en el lugar donde yacía la víctima, así como trasladar al presunto victimario a donde corresponde según el proceso de investigación fiscal. Pero el trasfondo es que aún existen casos de violencia que acaban de manera lamentable³².

También suceden hechos de violencia hacia las adolescentes como contexto regional, al menos en lo testimoniado por una adolescente lideresa y activista shipiba de la Comunidad nativa Santa Rosita del distrito de Masisea, cuando dice lo siguiente:

“...Preocupa la situación de violencia en Ucayali. Las adolescentes no tienen a dónde acudir para denunciar violencia, hay ausencia de espacios formales. El seguimiento de los casos también implica un gasto económico. La violencia es producida en una sociedad que no valora a la mujer, hay poca política de protección, esto es un problema en las comunidades. Se debe entregar la AOE en caso de violencia. En una posta no quisieron dar información...” (MCLCP, 2020; pág. 33)



6.2 Huancavelica: El caso del distrito de Paucará



Huancavelica se encuentra ubicado en la sierra sur del país con una superficie de 22 131 km², el 1.7% del territorio nacional.

Limita por el norte con Junín, por el este con Ayacucho, por el sur con Ica y Ayacucho, y por el oeste con Ica y Lima. Se encuentra dividido en 7 provincias y 100 distritos, siendo su capital la ciudad de Huancavelica. Sus territorios se ubican entre los 1139 m.s.n.m. (quebrada Chapa, en el río San Juan, distrito Capillas, provincia de Castrovirreyna) y los 5298 m.s.n.m. (nevado Huamanrazu, distrito de Huancavelica)³³.

Se estima que al 2020 tenía una población de 365 317 habitantes, el 1.1% de la población total nacional. La provincia de Acobamba cuenta con 37 503 habitantes, concentrando el 10.3% de la población regional. En esta provincia, como en la región, la población rural decreció y la población urbana aumentó³⁴.

El distrito de Paucará se encuentra en la provincia de Acobamba. Este distrito tenía 29 603 habitantes en 2019, con 243.46 soles de ingreso familiar per cápita (24% del ingreso familiar per cápita nacional). Entre las características más relevantes cabe mencionar las siguientes (PCM, 2016):

- Cuenta con 11 establecimientos de salud (2015) (2 centros de salud y 9 puestos de salud), con equipamiento considerado bueno.
- Solo la población de la capital tiene mejor prestación del servicio de salud ya que cuenta con varios centros de salud y puestos de salud. Sin embargo, no se logra la calidad de atención requerida por la población.
- La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) asciende a 37.4% y la anemia a 48.3% (2019, INS).

³² Consultar <https://wayka.pe/ucayali-nino-de-seis-anos-fue-violado-y-asesinado-en-comunidad-de-masisea/>

³³ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Huancayo/huancavelica-caracterizacion.pdf>

³⁴ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Huancayo/huancavelica-caracterizacion.pdf>



6.3 Junín: El caso de los distritos de Pangoa, Mazamari y Satipo

Junín se encuentra ubicado en la zona central de los andes peruanos, con una superficie de 44 329 km², que representa el 3.4% del territorio nacional. Abarca dos regiones naturales, la sierra con 20 821 km² (47%) donde se ubican el valle del Mantaro, valle del Canipaco, la cordillera del Huaytapallana, la meseta del Bombón, las lagunas de Paca y Marcapomacocha y el lago Junín o Chinchaycocha; y la zona ceja de selva y selva, con 23 508 km² (53%) en las que se ubican los valles de Chanchamayo, Ene, Perené y Tambo. La altitud oscila entre los 360 m.s.n.m. y 5000 m.s.n.m, siendo el distrito de Río Tambo, en la provincia de Satipo, el de menor altitud (362 m.s.n.m.) y el distrito de Morococha, en la provincia de Yauli, el de mayor altitud (4525 m.s.n.m.)³⁵.



La población en 2020 en Junín llegó a 1 361 467 habitantes. Una de sus provincias es Satipo, que concentra el 17.6% de la población regional³⁶. En cuanto a los distritos de Satipo, Mazamari y Pangoa, se caracterizan por lo siguiente (Municipalidad Provincial de Satipo; 2020):

- En 2017 la Desnutrición Crónica Infantil fue de 15.7% en el distrito de Satipo, 28.1% en el distrito de Mazamari y 30.3% en el distrito de Pangoa.

- En 2017 la anemia fue de 32% en el distrito de Satipo, 28.7% en el distrito de Mazamari y 36.4% en el distrito de Pangoa.

- En 2019 el CEM atendió 368 casos de violencia en el distrito de Satipo; 354 en Mazamari; y 396 en Pangoa. Representa un incremento con respecto a los dos años anteriores.

- El sector Salud ha desplegado un enorme esfuerzo en enfrentar la desnutrición y anemia, pero no ha superado las complicaciones territoriales, principalmente selváticas, motivo por el que no se llega a cubrir a toda la población. Asimismo, la cobertura de los servicios básicos es reducida respecto a la población dispersa en toda la provincia. Además, existe escasez de alimentos nutritivos y las prácticas de alimentación son poco saludables en las zonas rurales (principalmente, entre la población nativa).

- La alta incidencia de violencia familiar se debe a la cultura machista, bajos niveles educativos y a la extensa distancia hacia los servicios de orientación.

³⁵ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Huancayo/junin-caracterizacion.pdf>

³⁶ Consultar <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Huancayo/junin-caracterizacion.pdf>

CONCLUSIONES

Mediante Decreto Supremo 001-2012-MIMP (13 de abril de 2012) se aprueba el **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, conocido como PNAIA 2021**. Se trata del instrumento de política pública del Estado Peruano en materia de infancia y adolescencia que tiene por objeto orientar las acciones del Estado y la sociedad civil hacia el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes del país.

En el periodo 2013-2018, alrededor del 25% del gasto público total correspondió a niñas, niños y adolescentes (GPNNA). Por cada 100 soles de presupuesto institucional modificado asignado para niñas, niños y adolescentes, se ejecutaron 87 en 2013, 89 en 2014, 91 en 2015, 88 en 2016, 88 en 2017 y 87 en 2018. El GPNNA se elevó de 23 584 millones de soles en 2013 a 33 689 millones de soles en 2018.

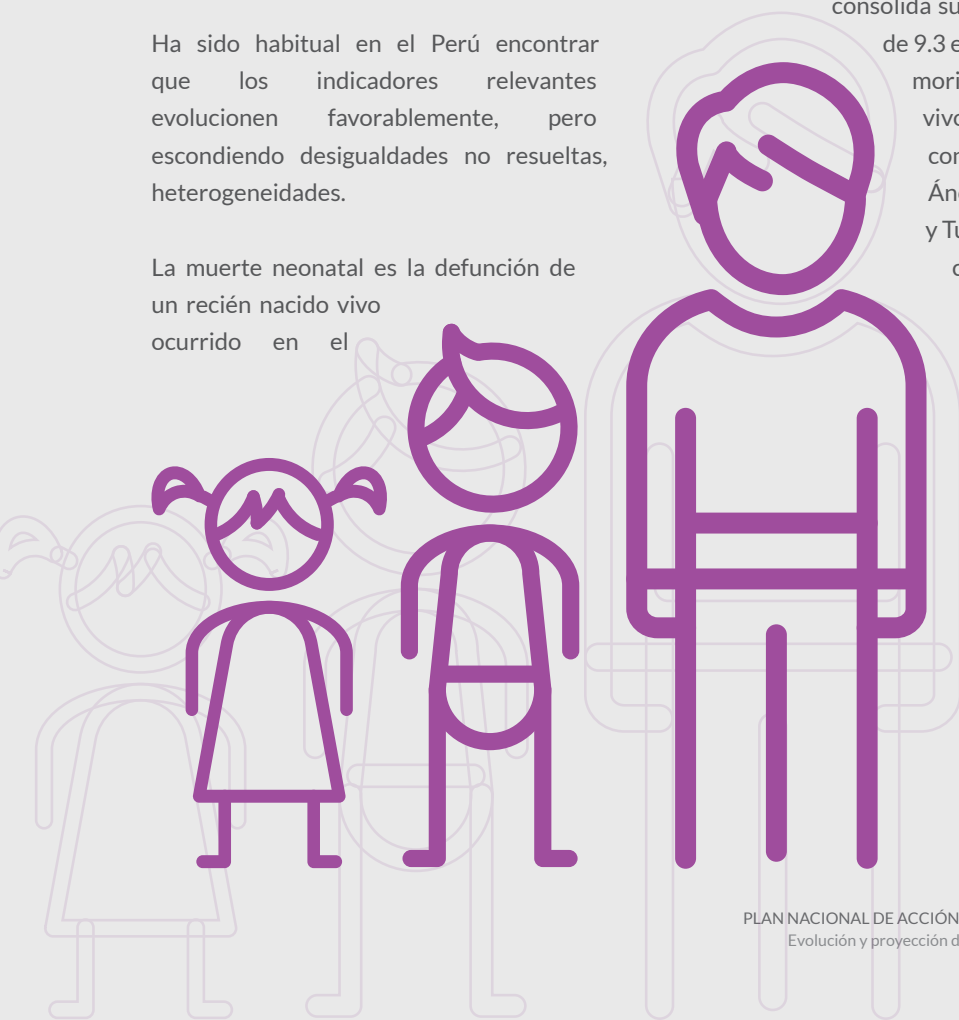
Los 17 indicadores que se abordan aquí involucran tres programas presupuestales: Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN), Programa Articulado Nutricional (PAN) y el Programa de Lucha contra la violencia familiar a cargo de la unidad ejecutora denominada AURORA. Los enfoques que se asumen indispensables para la valoración de los indicadores son el enfoque de desarrollo territorial, de género e interculturalidad.

Ha sido habitual en el Perú encontrar que los indicadores relevantes evolucionen favorablemente, pero escondiendo desigualdades no resueltas, heterogeneidades.

La muerte neonatal es la defunción de un recién nacido vivo ocurrido en el

intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida. En el periodo 2012-2018 la tasa de mortalidad neonatal en el país ha disminuido ligeramente, de 12.6 a 9.9 por cada mil nacidos vivos. Las zonas urbanas tienen niveles más bajos con respecto al promedio nacional y a las zonas rurales. No obstante, en términos netos, la disminución en ambos casos ha sido mínima en el periodo 2012-2018: de 11.2 a 8.7 en las zonas urbanas; de 15.2 a 13.6 en las zonas rurales. Entre los avances regionales se encuentra lo sucedido en las regiones Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Puno y Ucayali, donde el indicador de mortalidad neonatal empezó a reducirse desde el año 2015, al pasar de un promedio de 15 a 9.9 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos en 2018. En el conjunto de regiones que integran Arequipa, Ica, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua y Callao, la disminución ha sido mínima, pero consolida sus bajos niveles promedio de esta mortandad: de 9.3 en 2014 a 8 en 2018. La mayor probabilidad de morir durante los 28 días de vida del recién nacido vivo al 2018, por encima del promedio nacional, se concentra en Huánuco, Junín, Pasco, San Martín, Áncash, Cajamarca, Madre de Dios, Piura, Tacna y Tumbes. Una mayor ruralidad regional se asocia con una mayor tasa de mortalidad neonatal. La mortalidad neonatal ha venido siendo más elevada entre los neonatos hombres con respecto a sus pares mujeres.

El parto es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). Es institucional cuando es atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra y/o enfermera). En la evolución del indicador, el parto institucional en las zonas urbanas del país se ha mantenido en torno



al 95%, con ligera tendencia a consolidarse. Por su parte, en las zonas rurales, la mejora ha sido sustancial, al pasar de 67.3% a 80.8%, aunque continúa encontrándose por debajo del promedio nacional y más todavía del porcentaje alcanzado en territorios urbanos. Al año 2019 se registran nueve regiones donde la extensión del parto institucional se encuentra por debajo del promedio nacional (92.4%): Loreto (71.8%), Amazonas (80.7%), Cajamarca (82.7%), La Libertad (87.6%), Piura (90.5%), Junín (91.3%), Puno (91.3%), Ucayali (91.5%) y San Martín (91.6%). Regiones con bajos grados de ruralidad (como Callao y Lima Metropolitana) como aquellas con una ruralidad extendida (como Cajamarca y Huancavelica) tienen porcentajes similares de partos institucionales. El segmento más pobre (quintil inferior), aunque haya mejorado en cuanto a la cobertura, se encuentra por debajo del promedio nacional y del resto de segmentos de riqueza.

El peso al nacer es el primer peso del recién nacido después del parto. En el caso de los nacidos vivos, el bajo peso al nacer se define como el peso que no supera los 2500 gramos (hasta 2499 gramos inclusive). Los infantes con bajo peso al nacer tienen un alto riesgo de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos. Al llegar a ser adultos, tienen mayor predisposición a padecer diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades coronarias. En el periodo 2012-2019, en promedio por cada 100 nacidos vivos a nivel nacional entre 6 y 8 tenían bajo peso al nacer. En las zonas urbanas el indicador siempre está ligeramente por debajo del promedio nacional, en tanto que las zonas rurales ostentan magnitudes por encima de este promedio. En los últimos seis años este indicador, en términos netos, empeoró en la provincia de Lima (Lima Metropolitana), Lima, Cusco, La Libertad, Madre de Dios, Amazonas, Ucayali, Callao, Lambayeque, Junín, Cajamarca, Huancavelica y Loreto. En estas regiones, con respecto al año 2014, la magnitud del indicador en 2019 se incrementó. Una mayor ruralidad regional se asocia en apreciable medida con una mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. El quintil inferior (el segmento más pobre) vio incrementar, en términos netos, la magnitud de este indicador en el periodo 2012-2017, de 8% a 10.2%, para luego disminuir a 9.1% en 2019, proporción por encima del promedio nacional en 2019 (6.5%) y del resto de quintiles relativamente menos pobres para este mismo año. El bajo peso al nacer ha empeorado entre las mujeres en edad fértil que se autoidentifican como étnicamente blancas, pasando de 5.8% en 2018 a 8.2% en 2019. Las demás categorías étnicas disminuyeron la incidencia del bajo peso al nacer, sin embargo, quienes se autoidentifican étnicamente como negro, moreno o zambo, blanco, y otros,

tienen proporciones de nacidos vivos con bajo peso al nacer por encima del promedio nacional en 2019. Las mujeres en edad fértil con lengua materna nativa han experimentado un leve deterioro del indicador, alcanzando 7% en 2019, por encima del promedio nacional (6.5%).

La muerte o defunción materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación –o agravada por esta– o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Lo más cercano a este indicador es la tasa de mortalidad materna informada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por el Banco Mundial (BM). En ambos casos, en el periodo 2012-2017 la mortalidad materna ha disminuido sostenidamente, de 100 a 88 (o de 80.6 a 69.8) por cada 100 000 nacidos vivos.

La lactancia materna es el acto natural o comportamiento aprendido que consiste en proporcionar alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, como parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre. El hecho de amamantar crea una relación entre la madre y su bebé, un vínculo que determina la salud que tendrá el niño a lo largo de su vida, porque se le proporciona 200 componentes que interactúan y le dan nutrición, lo protege contra infecciones y estimula su desarrollo, principalmente cerebral. En el periodo 2012-2019, por cada 100 neonatos en el país al menos 92 reciben lactancia materna dentro del primer día de nacido. En las zonas urbanas el porcentaje de neonatos que recibe lactancia materna dentro del primer día de nacidos está por debajo del promedio nacional y más todavía del perfil que al respecto tienen las áreas rurales. Las regiones donde el indicador se ha deteriorado (léase, disminuido) en el periodo 2012-2019 son Ica, Tacna, Piura, Junín, San Martín, Amazonas, región Lima, Cajamarca y Loreto. En términos netos, la proporción de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos ha disminuido en estas regiones. La tendencia es que en condiciones rurales la lactancia materna encuentra algunas condiciones que le favorecen, a diferencia de las zonas urbanas. A medida que los segmentos poblacionales ostentan mayor riqueza, menor es la proporción de neonatos con lactancia materna dentro del primer día de nacidos. Entre quienes pertenecen al quintil más pobre (quintil inferior), el indicador, aunque sigue estando por encima del promedio nacional, se ha reducido ligeramente. No existe mucha diferencia en el hecho que el neonato sea hombre o mujer, aunque ellas tienen al indicador ligeramente superior al de sus pares y con respecto al promedio nacional.

El embarazo tiene una duración aproximada de 40 semanas, de modo que se considera prematuro a todo infante cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

A nivel nacional, en el periodo 2012-2019 se ha incrementado la proporción de recién nacidos prematuramente, de 17.5% a 22.3%. De manera específica, en el tramo temporal 2012-2014 los cambios en el indicador no fueron significativos: a nivel nacional estuvo alrededor del 17%; a nivel urbano, de 21%; a nivel rural, de 11%. El indicador empieza a deteriorarse desde el año 2014 en adelante a nivel nacional, con magnitudes por encima de este en zonas urbanas y muy por debajo en zonas rurales. La cuarta parte de recién nacidos vivos en el ámbito urbano del país tienen menos de 37 semanas de gestación. Las regiones donde el indicador se ha incrementado, en términos netos, en el periodo 2012-2019 son Amazonas, Loreto, Cajamarca, Cusco, Arequipa, Ayacucho, Moquegua, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Pasco, Áncash, Lambayeque, La Libertad, Tumbes, Junín, Lima, Lima Metropolitana y Callao. Una mayor ruralidad regional se asocia en apreciable medida con una menor proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación. Si bien en todos los quintiles de riqueza se ha incrementado la proporción de recién nacidos vivos con edad de gestaciones menor a 37 semanas, en términos netos este incremento no se ha dado en similar magnitud. En el periodo 2012-2018 en el quintil inferior (el más pobre) el indicador pasa de 12.2% a 13.5% (+1.3 puntos porcentuales); en el segundo quintil, de 14.9% a 19.8% (+5.1 puntos porcentuales); en el quintil intermedio, de 18.4% a 24.5% (+6.1 puntos

porcentuales); en el cuarto quintil, de 22% a 27.2% (+5.2% puntos porcentuales); y en el quintil superior, de 24.2% a 34.3% (+10.1 puntos porcentuales).

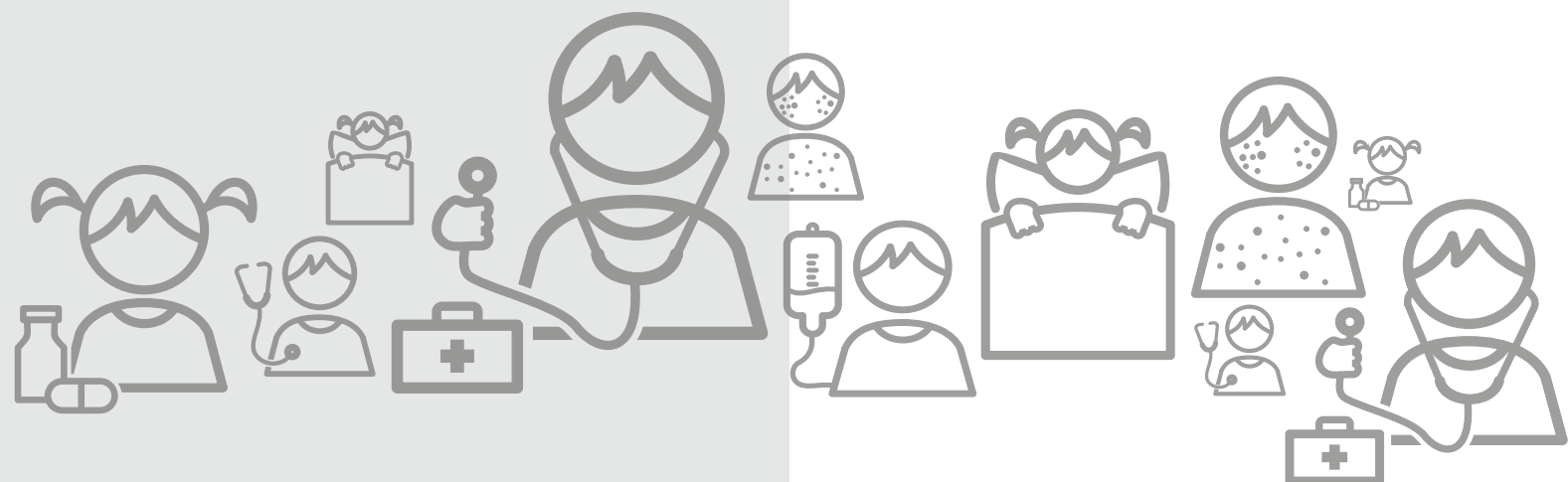
La muerte neonatal, el parto institucional, el bajo peso al nacer, la mortalidad materna, la edad gestacional prematura han evolucionado favorablemente a escala nacional debido a que las intervenciones para reducir la mortalidad neonatal del Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) han incrementado sus recursos presupuestales, aunque con un retroceso parcial en los últimos años hasta 2019; sin embargo, las intervenciones en mortalidad neonatal todavía no logran cerrar brechas urbano-rurales y entre pobres-no pobres porque “a pesar de la difusión y el conocimiento de intervenciones sencillas y costo-efectivas para reducir la mortalidad de prematuros como la administración prenatal de corticoides, aplicación del <<Método Canguro>> o contacto piel a piel y lactancia precoz, administración de antibióticos para tratar las infecciones, entre otras, no se ha conseguido aún reducir la mortalidad de este grupo (...)”; también debido a que el equipamiento para atención de gestantes y neonatos tiene problemas de capacidad resolutoria que aún no integra a la familia del recién nacido prematuro, se cuenta con pocos establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FNOB) en las áreas rurales del país; y los recursos humanos en salud de los servicios de salud pública todavía son insuficientes cualitativa y cuantitativamente pese a que la asignación regional se condice con el predominio de espacios territoriales urbanos o rurales, con el aditamento de padecer de inseguridad laboral. Bajo circunstancias de pandemia por la Covid-19, donde los servicios en salud del PSMN se han suspendido o se encuentran severamente limitados, por la presencialidad en que estaban basadas, se espera que al cierre del año 2021 la meta “reducir un tercio la tasa de mortalidad neonatal” no se cumpla. Ya sin pandemia estaba todavía lejos de ser cumplida.

En general, la Desnutrición Crónica en menores de 5 años (patrón NCHS o patrón OMS) ha disminuido sostenidamente, pero con brechas persistentes desfavorables para las zonas rurales, para las regiones con predominio de ruralidad territorial, particularmente en poblaciones con mayor pobreza, con alguna diferencia entre niñas y niños menores de 5 años. Con el patrón NCHS la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años estaría más cerca de la meta nacional al 2021 (5%), sin embargo, sin pandemia tomó más seis años reducir 3 puntos porcentuales, es decir, pasar de 11.7% a 8.7%. Por lo que llegar al cierre de 2021 con una tasa de 5% no hubiese sido posible; y considerando la pandemia en

curso, esta posibilidad se ve más alejada aún. Esto es más desalentador cuando se utiliza el patrón OMS, que requirió más de ocho años para reducir 7 puntos porcentuales (de 19.2% a 12.2%), con lo cual ya sin pandemia alcanzar el 5% de desnutrición crónica al cierre de 2021 hubiese sido poco probable. Con pandemia, la situación es más desalentadora.

La mortalidad infantil es la probabilidad de morir durante el primer año de vida. De este modo, se mide en términos de muertes por cada 1000 nacidos vivos en los últimos años. En el periodo 2012-2018 la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 19 a 15. Las zonas urbanas del país tienen menores tasas de mortalidad infantil con respecto a las zonas rurales. Estas últimas están muy cerca de duplicar la magnitud del indicador alcanzado en las urbes. En las zonas rurales existe prácticamente el doble de probabilidad de mortalidad infantil con respecto a las zonas urbanas del país. La mortalidad infantil es ligeramente mayor en niños que en niñas, pese a que para ambos segmentos el

edad ha disminuido de 44.5% a 40.1%. La situación de las zonas urbanas es bastante menor que la del promedio nacional y las zonas rurales. En 2019 todavía 49% es la incidencia de la anemia en el área rural, apreciablemente por encima del promedio nacional (40.1%) y del área urbana (36.7%). Han sido pocas las regiones donde, en términos netos, este indicador ha empeorado. Es el caso de Áncash, Piura, Junín y Cusco. Pero al 2019, son varias las regiones que tienen niveles de anemia por encima del promedio nacional (40.1%): Áncash (40.2%), Piura (43.8%), San Martín (44.3%), Tumbes (44.4%), Ayacucho (45%), Apurímac (47.9%), Pasco (50.2%), Madre de Dios (51.4%), Junín (52.6%), Loreto (53%), Ucayali (53.7%), Huancavelica (54.2%), Cusco (57.4%) y Puno (69.9%). No es tan clara la relación entre ruralidad y anemia regionales, lo cual sugiere que la anemia está más determinada por costumbres y posibilidades de acceso a servicios de salud con calidad antes que por el contexto diferencial de ruralidad en sí mismo. Los primeros dos quintiles más pobres podrían estar ubicados predominantemente en la



indicador haya disminuido siguiendo la tendencia nacional. Esto puede conducirnos a considerar la posibilidad que las niñas se encuentren ubicadas principalmente en las zonas urbanas; los niños, en gran medida, en las zonas rurales. Esta afirmación es atendiendo al comportamiento del indicador en las zonas correspondientes con respecto al promedio nacional. Con la pandemia en curso este indicador experimentará algunos retrocesos, porque tiene que ver con la atención inmediata posparto, algo que se realiza de manera presencial.

La anemia implica que se tiene menos de 11 gramos de hemoglobina por decilitro de sangre (g/dl). La anemia puede ser severa, moderada o leve conforme a los siguientes puntos de corte para mujeres e infantes: menor a 7.0 g/dl; de 7.0 a 9.9 g/dl; y, 10.0 a 11.9 g/dl, respectivamente. En el periodo 2012-2019 la incidencia de la anemia en infantes de 6 a menos de 36 meses de

ruralidad del país, dados sus niveles de anemia siempre por encima del promedio nacional; en tanto que el resto de quintiles de menor pobreza, en gran medida, en las zonas rurales del país, en razón a que sus niveles de anemia están habitualmente por debajo del promedio nacional. Entre los años 2017 y 2019 los niños tienen más incidencia de anemia con respecto a las niñas. Las distancias son apreciables. La anemia se supera en los últimos dos años, pero mantiene el rasgo estructural en que su incidencia en niños está por encima del promedio nacional, sugiriendo que muchos de ellos habitan zonas rurales del país, en tanto las niñas estarían habitando principalmente zonas urbanas, dado que la incidencia de anemia que padecen está por debajo del promedio nacional. Se trata de un problema bastante persistente que solamente en 2019 pudo reducirse en más de 3 puntos porcentuales a nivel nacional, pero menos de 1 punto porcentual en las zonas rurales del país donde 1 de cada 2 niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad

tiene anemia. El balance es que en el periodo 2012-2019 solamente dos regiones han logrado que su porcentaje de anemia se encuentre por debajo del 30%, Moquegua y Lima Metropolitana. Con la pandemia en curso se espera, en el mejor de los casos, un estancamiento del indicador, aunque es más probable que se incremente en la medida que se relaciona con la seguridad alimentaria y los hábitos de alimentación saludable que la pandemia ha restringido, debilitando las defensas inmunológicas.

La proporción de infantes menores de 36 meses de edad con vacunas básicas completas para su edad hace referencia a que tengan las siguientes vacunas: BCG (1 dosis), DPT (3 dosis), polio (3 dosis) y sarampión (1 dosis). Este indicador se obtiene de la Historia de Vacunación de los menores de 36 meses al indagar sobre las vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, tales como la tuberculosis (BCG), difteria, pertussis o tosferina y tétano (DPT), poliomielitis y sarampión. En el periodo 2012-2019 se ha pasado, en términos netos, de 72.8% a 78.6% de niñas y niños menores de 36 meses que reciben las vacunas completas básicas para su edad a nivel nacional. Cabe notar que, en la evolución del indicador, recién a partir de 2017 es que se recupera y superan los porcentajes del año 2012, luego de la caída experimentada en 2014. Las diferencias de cobertura entre niñas y niños menores de 36 meses en zonas urbanas y rurales son mínimas, casi imperceptible en los años 2018 y 2019. Aunque todavía 22 de cada 100 menores de 36 meses no recibe todas sus vacunas básicas para su edad. En el periodo 2012-2019 las regiones que han experimentado el deterioro del indicador son La Libertad, Huancavelica y Apurímac. Peor aún, las regiones en que al 2019 el indicador está por debajo del promedio nacional (78.6%) son Puno (68.1%), Loreto (68.6%), Madre de Dios (72.4%), Lambayeque (75%), Callao (75.1%), Ucayali (75.7%), Provincia de Lima (Lima Metropolitana: 75.8%), La Libertad (76%), Lima (76.9%) e Ica (77.9%). El grado de ruralidad regional (o urbanidad) no tiene asociación con el indicador. Esto puede significar que una variable de contexto (como la ruralidad) tiene mediaciones para influir o no en asuntos más operativos y concretos (como realizar vacunas a una población determinada).

La desnutrición crónica infantil, la mortalidad infantil, la anemia, la proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad han evolucionado favorablemente a escala nacional debido principalmente a las intervenciones

del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el periodo 2012-2019, con el respaldo del incremento progresivo del presupuesto asignado con ejecuciones presupuestales por encima del 90% en los últimos años. Los problemas que adolece este programa, sin embargo, tienen que ver con la capacidad de mejorar sus servicios al tener bajos niveles de ejecución presupuestal en materia de inversiones y porque existe heterogeneidad regional en el uso de recursos. Además, el programa tiene una asignación presupuestal regional donde se privilegia las zonas urbanas, cuando es en las zonas rurales donde las tasas de desnutrición crónica infantil tienen magnitudes bastante elevadas. Para el año 2020 y 2021, al igual que en el caso del PSMN, se espera que el retraining de servicios presenciales tenga un efecto desfavorable en los indicadores y la desnutrición crónica infantil se estanque a nivel nacional, o retroceda tanto en las urbes como en las zonas rurales. La telemedicina no parece ser la solución porque aquí predomina la atención presencial, algo poco seguro en medio de una "segunda ola" de contagios y decesos Covid-19, sin la certeza que esta sea la última ola que se tenga en nuestro país.

La proporción de adolescentes entre 15 y 19 años de edad que ya son madres o están embarazadas por primera vez ha mantenido un nivel promedio nacional alrededor de 12%. En las zonas urbanas, 10%; en las zonas rurales, de 20% a 22%. Un mayor grado de ruralidad regional se asocia con mayores porcentajes regionales de embarazo adolescente. También pertenecer a segmentos de pobreza extrema. La razón puede estar en que, bajo tales circunstancias, los servicios públicos de salud reproductiva y sexual están ausentes o funcionan con muchas deficiencias, además de otros problemas como el hecho de padecer necesidades familiares apremiantes que la pobreza no permite satisfacer con suficiencia, como la alimentación, la vivienda y condiciones de habitabilidad, la educación, así como problemas de desigualdad de género que se manifiestan en violencia; todo lo cual se agrava con la pandemia en curso, motivo por el que se espera un incremento del embarazo adolescente al cierre de 2021.

No se puede decir con certeza que determinado porcentaje de niñas, niños y adolescentes participan en el ciclo de políticas públicas en temas que les involucran e interesan con la sola creación progresiva de Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA). Estos espacios institucionales a nivel regional existen

en todo el país, con excepción de Cusco. Pero ello no es una señal clara de participación. A lo mejor de un buen comienzo promovido por las autoridades. Pero no parecen estar funcionando como se espera, porque 8 de cada 10 niños, niñas y adolescentes opina que no encuentran muchas oportunidades de participación y 7 de cada 10 de ellos menciona que los políticos y autoridades deberían escucharlos. Al cierre de 2021, si se alcanzó algún genuino grado de participación, este se estancará o decaerá en razón a las necesidades y urgencias creadas por la pandemia que estos espacios institucionales no parecen estar preparadas para discutir y replantear.

Entre las y los niños de 9 a 11 años de edad, de 2013 a 2019 la proporción de quienes alguna vez fue víctima de violencia familiar disminuyó de 81.6% a 68.9%, y aquella experimentada en los últimos 12 meses de cada año en que se aplicó la ENARES, se redujo de 49.8% a 38.7%. En el caso de los adolescentes (12 a 17 años de edad), los que alguna vez fueron víctimas de violencia familiar pasaron de representar 87.1% a 78%; los que reportaron sufrir violencia familiar en los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES, de 44.6% a 40.5%. Se trata de proporciones aún elevadas, debido, entre otros, a que la violencia sigue siendo considerada un método válido para la crianza, transmitida intergeneracionalmente, y sus potenciales víctimas (niñas, niños y adolescentes) la justifican, además del estrés en los padres ocasionada por el exceso de trabajo, poco tiempo para la crianza y poca comunicación asertiva padres-hijos. En los años 2020 y 2021 estas proporciones retrocederán en razón a que la pandemia ha generado situaciones de estrés familiar y dificultades materiales para las familias.

Entre las y los niños de 9 a 11 años de edad, de 2013 a 2019 la proporción de quienes alguna vez fue víctima de violencia escolar disminuyó de 81.5% a 66.2%, y aquella experimentada en los últimos 12 meses de cada año en que se aplicó la ENARES, se redujo de 59.4% a 47.4%. En el caso de los adolescentes (12 a 17 años de edad), los que alguna vez fueron víctimas de violencia escolar pasaron de representar 83.7% a 68.5%; los que reportaron sufrir violencia escolar en los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES, de 56.2% a 44.7%. Se trata de proporciones aún elevadas, debido, entre otros, a que la violencia continúa presente como recurso de enseñanza y validada por el silencio de las víctimas, que suelen asociar directamente aprender con violencia y no informar a sus padres de la violencia sufrida creyendo que así los problemas generados no empeorarán. La pandemia ha dejado atrás esta situación, que ocurría en la presencialidad del uno al otro, y ha abierto posibilidades

virtuales de socialización de enseñanza-aprendizaje, con la gran limitante que muchas regiones no cuentan con internet ni infraestructura digital. Por ello, estas proporciones caerán a cero al cierre de 2021. La discusión sobre las nuevas modalidades de violencia escolar en entornos de enseñanza-aprendizaje, semipresenciales o virtuales, queda abierta.

Particularmente, entre los adolescentes, de 2013 a 2015 la proporción de víctimas por violencia sexual disminuyó, pero con particularidades que hacen prevalecer la vigencia del problema: (i) Todavía más del 30% fueron alguna vez víctimas, (ii) Grupos etarios específicos han incrementado el hecho de ser víctimas alguna vez (de 6 a 13 años de edad), (iii) Algunas manifestaciones de esta forma de violencia se han intensificado, como los comentarios o bromas de tipo sexual, tocamientos incómodos en alguna parte del cuerpo y la imposición de ver pornografía, y (iv) La proporción que siempre o casi siempre son víctimas de violencia sexual aumentó en los últimos 12 meses dentro de los años en que se aplicó la ENARES. Subyace a esta realidad problemas de tipo personal, familiar, comunitario y social, que en contexto de pandemia se han agravado, motivo por el cual se espera que la meta cualitativa de reducir la cantidad de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual no se cumpla al cierre del año 2021.





RECOMENDACIONES

Generales

— Actualizar la formulación del PNAIA 2021 dándole una proyección al 2030, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con la “nueva normalidad” como condicionante de los programas y estrategias de intervención pública, que ahora están en repliegue total o en gran medida porque se basan en la presencia física como eje para materializar la prestación de servicios. Una estrategia digital explícita y focalizada sería un componente a considerar, además de desarrollar con mayor amplitud y claridad la forma de operativizar los enfoques transversales como el enfoque de equidad, de género e interculturalidad. En cuanto a los indicadores, no solo deben establecerse los valores de partida (“línea de base”) y a nivel emblemático, sino también las metas al final (el valor específico del indicador al cierre del periodo de vigencia del PNAIA). Todo el planteamiento debe apuntar a superar las heterogeneidades territoriales en cuanto a resultados por cada indicador, es decir, a superar problemas estructurales.

— El Programa de Salud Materno Neonatal y el Programa Articulado Nutricional deben enfatizar el sostenimiento de sus recursos presupuestales con intervenciones que incorporen necesariamente innovaciones para tener eficacia en el nuevo contexto de pandemia, con el soporte de infraestructura física y digital adecuado, ampliando la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) en las zonas rurales del país. También procurar que sus recursos humanos en salud sean suficientes cuantitativa y cualitativamente, otorgándoles seguridad laboral adecuada e incentivando a que presten servicios en zonas alejadas del país, donde la población tiene los mismos derechos y estos deben ser cumplidos. La presencialidad será un rasgo inevitable, que puede acompañarse bastante bien con una estrategia integral de prevención.

— Frente al embarazo adolescente se debe reforzar la prevención de los peligros de violencia familiar y sexual que surjan principalmente dentro de la vivienda, más aún en situación de confinamiento social. Asimismo, los servicios de orientación y educación sexual deben activarse en modalidades semipresenciales donde aún no existe infraestructura tecnológica (como en las zonas rurales del país) o de manera remota en las zonas urbanas del país. También debe consolidarse el enfoque de género como pauta cultural donde hombres

y mujeres se respetan y neutralizan toda forma de violencia hacia las adolescentes.

— En cuanto a la participación de niñas, niños y adolescentes en el ciclo de políticas públicas que los involucran en temas de su interés, se requiere reforzar las capacidades de gestión pública de las autoridades regionales en torno a los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA) para que se conviertan en espacios genuinos de formación en capacidades de participación social de las y los niños y adolescentes, privilegiando la formación en capacidades participativas, para despertar el interés en los asuntos públicos, en un contexto de anomia nacional.

— Ante la violencia familiar es necesario abordar la problemática integral, desde sus factores condicionantes como la urgencia de proveerse de recursos económicos, alimenticios, de salud y educación. Pero también, reemplazar el patrón cultural de concebir la violencia como forma de crianza por otro de corte positivo que privilegie las aptitudes de atención y cuidado compartido equitativamente entre madres y padres, y se otorgue a los menores de edad las atenciones y cuidados necesarios proporcionándoles modelos de comportamiento que rompan con la transmisión intergeneracional de la violencia como forma de crianza.

— Ante la violencia escolar, la situación pandémica abre la posibilidad de replantear un nuevo escenario de enseñanza-aprendizaje donde lo común sea tarde o temprano la semipresencialidad. De modo que deben preverse las ventajas y desventajas de nuevas modalidades de aprendizaje, inclusivas, que además consideren la posibilidad de añadir y quitar contenidos del currículo educativo actual, porque deben adaptarse a la situación actual y venidera en relación a lo que viene generando y ha causado la pandemia por el nuevo coronavirus.

— La violencia sexual es una manifestación de las desigualdades de poder entre cercanos donde el victimario aprovecha las vulnerabilidades de la víctima. Por ello es indispensable empoderar a los menores de edad en el conocimiento de sus derechos sexuales y fundamentales como persona, en facilitarles las herramientas institucionales para empoderarlos ante situaciones de riesgo y estén en capacidad de

denunciar, no solo al victimario, sino también al servicio público que no cumple con su función tutelar. También debe cambiar el paradigma que sexualiza el cuerpo de la mujer por uno que promueva el respeto al propio cuerpo y sobre el cual decida la misma persona.



Específicas

La tasa de mortalidad neonatal empezó a deteriorarse desde 2016-2017, principalmente a nivel nacional y urbano; y desde 2014-2015, en el ámbito rural. Considerando que en 2020 y 2021 el panorama de pandemia refuerza esta tendencia al deterioro, es recomendable lo siguiente:

- Que el Ministerio de Salud desarrolle una estrategia específica para abordar la mortalidad neonatal evitable, donde pueda intervenir durante el embarazo, en el parto o atender al recién nacido, pero considerando el contexto de la pandemia por la Covid-19. Es una ocasión importante para someter a revisión exhaustiva los componentes del Programa de Salud Materno Neonatal, porque este ha sido concebido para situaciones prepandemia. Las intervenciones durante el embarazo, parto o al recién nacido deben hacer prevalecer las mejores prácticas hasta ahora conocidas en servicios de salud, pero buscando adaptarlas a las medidas de bioseguridad en el marco de esquemas de atención semipresenciales, donde lo presencial se reserve para situaciones estrictamente necesarias, y lo demás se complete con modalidades remotas.

- Reforzar sustancialmente recursos y capacidades resolutivas de los establecimientos de salud, particularmente en lo referido a las Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB). Si bien ha habido una evolución favorable del porcentaje de partos institucionales, siguen rezagadas las zonas rurales: en 2019, por cada 100 partos en zonas rurales, 19 no eran institucionales, frente a 4 en el caso de zonas urbanas. Hay que continuar extendiendo la cobertura de partos institucionales en el ámbito rural y garantizar que siga consolidándose en el ámbito urbano. Por sus características, los partos institucionales se desenvuelven de manera presencial, motivo por el que será importante la mejora de las condiciones de servicios con bioseguridad, de sus atributos presenciales sobre la base del enfoque de género e interculturalidad, dotarlos adecuadamente con el personal en salud necesario para atender los partos, debidamente capacitado y con las garantías laborales correspondientes a la naturaleza permanente

del servicio que prestan. Además, hay que empezar por las regiones con porcentajes de parto institucional por debajo del promedio nacional 2019: Loreto, Amazonas, Cajamarca, La Libertad, Piura, Junín, Puno, Ucayali y San Martín, muchos de los cuales tienen amplias zonas rurales.

- Con especial relevancia deben reforzarse las intervenciones del Programa de Salud Materno Neonatal previstas para afrontar el problema de la mortalidad materna, que desde 2016 empezó a experimentar retrocesos según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Operativamente, deberá enfocarse en desplegar todas las medidas dirigidas a salvar vidas maternas en el momento del puerperio, que es donde más se están registrando casos de muertes maternas, relacionadas a causas directas como la hemorragia obstétrica y trastornos hipertensivos, y a causas indirectas como alguna comorbilidad existente (por ejemplo, enfermedad del sistema respiratorio). Aquí debe empezarse por reconsiderar las prioridades del sistema de salud, donde la salud materna ocupe uno de los lugares importantes.

- Dentro de la cadena de acciones para reducir la mortalidad neonatal deben potenciarse las intervenciones dirigidas a reducir la proporción de recién nacidos vivos prematuros. En particular, afrontando las complicaciones que ocurren en el nacimiento, dado que constituyen causantes directas de muertes neonatales. Pero también sus factores determinantes no biológicos, como la prevención del embarazo a temprana edad, con servicios especializados y diferenciados, no discriminatorios y de calidad, para cerrar la brecha entre quintiles de mayor y menor riqueza.

- Revalorar los efectos positivos de la lactancia materna en regiones donde el porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos es menor que el promedio nacional 2019: Ica, Lambayeque, Moquegua, Puno, Tacna, Callao, Piura, Pasco, Arequipa, Junín, San Martín y Lima Metropolitana. Deben establecerse medidas preventivas para evitar los contagios o sospechas de contagio de la Covid-19, y evitar que el bebé sea separado sistemáticamente de su madre, para que pueda obtener la lactancia materna con sus beneficios presentes y futuros. Esto debería realizarse en el marco del Desarrollo Infantil Temprano, por el cual se garantiza al bebé la salud y nutrición adecuadas



desde el primer día de nacido, incluso antes (para un nacimiento saludable), y también se va gestando lo que más adelante será el apego seguro. Si bien ya existen lineamientos al respecto (por parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social), el paso fundamental es desplegar y articular los recursos y capacidades institucionales con la lógica de mejorar el Desarrollo Infantil Temprano en el país.

→ El Programa Articulado Nutricional, también a cargo del Ministerio de Salud, debe reforzar su cadena de insumos, tareas y actividades dirigidas a reducir la proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Para este efecto, sería importante que, aprovechando la situación de pandemia, adapte sus parámetros a las pautas del Desarrollo Infantil Temprano, en lo referido a nacimiento saludable. En este punto es prioritario ampliar las intervenciones al ámbito rural y al segmento más pobre, donde el deterioro del indicador ha sido sostenido. Correspondería realizar el acompañamiento a la nutrición de la gestante, y complementarlo con acciones que desarrollen el vínculo prenatal. El gran desafío es que los hábitos de alimentación mejoren en el periodo gestacional, para incrementar las probabilidades de un nacimiento saludable (en particular, nacimientos a punto, no prematuros). El vínculo prenatal será una motivación de la madre para poner de su parte en el proceso, toda vez que imaginará conscientemente a su bebé y recreará en su imaginación la interacción positiva que tendrán cuando ya se encuentre en sus brazos. También se debe prevenir el embarazo por debajo de los 20 años de edad o por encima de los 35 años de edad, en la medida que en estos rangos de edad se presenta la mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Estos esfuerzos de intervención en salud deberían articularse con los del sector educación para garantizar que las menores de 20 años de edad logren niveles educativos más altos o culminen si es que dejaron de estudiar. Asimismo, se debe reforzar el parto institucional, porque la mayor proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer ocurren en el domicilio u otros lugares y no son atendidos por personal de salud.

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) se ha reducido en el periodo 2012-2019, tanto a nivel urbano como rural. Sin embargo, lo que persiste es la brecha desfavorable para el ámbito rural y se agrava si las personas pertenecen al segmento más pobre de la población. Considerando que en 2020 y 2021 el panorama de pandemia implicará una reversión en el avance logrado, y la ampliación de la brecha rural/nacional o rural/urbano, es recomendable lo siguiente:

→ El Programa Articulado Nutricional, a cargo del Ministerio de Salud, debe reforzar el control de calidad nutricional de alimentos, garantizar el acceso a agua para el consumo humano, promover prácticas saludables de alimentación y cuidado infantil, lactancia materna exclusiva, garantizar que los niños tengan sus vacunas completas y controles completos de Crecimiento y Desarrollo (CRED) según su edad, suplementados con hierro y vitamina A, y que la gestante esté suplementada con hierro y ácido fólico. Si bien estos servicios venían ofreciéndose bajo un esquema de atención presencial, en razón de la pandemia deben reenfocarse tomando en cuenta las condiciones de accesibilidad, y asumir el reto de tener mayor presencia en los territorios rurales del país, con las medidas de bioseguridad que resulten necesarias.

→ De particular interés es que los logros en reducción de anemia continúen, pese a que en 2019 recién parece haberse dado una ruptura favorable frente al estancamiento que mostraba el indicador desde 2016. El servicio de niños con suplemento de hierro y vitamina A debe retomarse con un despliegue ampliado a las zonas rurales del país, donde todavía el 49% de infantes padece de anemia al 2019. Se deberá innovar en la forma de atención para evitar contagios de Covid-19, en razón a que las actividades realizadas por este servicio son presenciales (entregado de hierro, administración de vitamina A, dosaje de hemoglobina, visitas domiciliarias de captación y seguimiento, y registro de atención correspondiente) dirigido a niños menores de 36 meses de edad para el suplemento de hierro (micronutrientes o sulfato ferroso) o niños de 6 a 59 meses de edad para la administración de vitamina A. Se debería empezar por las regiones con niveles de anemia por encima del promedio nacional en 2019: Áncash, Piura, San Martín, Tumbes, Ayacucho, Apurímac, Pasco, Madre de Dios, Junín, Loreto, Ucayali, Huancavelica, Cusco y Puno. Se requiere el desarrollo diferenciado del servicio, basado en enfoque de género e interculturalidad.

— Se debe reforzar la articulación intersectorial para propiciar un contexto favorable a las intervenciones del Programa Articulado Nutricional. En particular, el programa debería articularse con programas de generación de empleo temporal (Trabaja Perú del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo) o de emprendimientos productivos (del Ministerio de la Producción), debido a que la economía familiar se ha visto afectada por el decaimiento sustancial del empleo, que es una de las fuentes de ingreso más importante que debe permitir al menos adquirir permanentemente la canasta básica de consumo.



El embarazo adolescente se ha mantenido prácticamente invariable en el periodo 2012-2018. Sin embargo, ha empeorado en el ámbito rural del país y entre las adolescentes más pobres. Dado que el escenario 2020-2021 comprende la agudización de este problema, se recomienda lo siguiente:

— El Programa de Salud Materno Neonatal debe relanzar los servicios para la prevención del embarazo, pues ahora tendrá que responder a un esquema donde el distanciamiento social permanecerá como pauta de las interacciones personales. Podría adoptar un modelo de atención remota, semipresencial o presencial, dependiendo de las posibilidades que ofrezca la infraestructura digital del territorio. Lamentablemente, nuestro país tiene brechas digitales interregionales preocupantes: en 2017, mientras el 49.8% de hogares en viviendas particulares con ocupantes presentes en Lima Metropolitana tenía acceso a internet, en Amazonas solamente el 4.5% de hogares accedía a internet con ocupantes presentes en similares viviendas.

— Estos servicios de prevención del embarazo incluyen consejería integral, atención en planificación familiar, evaluación del desarrollo sexual, nutricional, de riesgo cardiovascular, del desarrollo psicosocial, de la agudeza visual y auditiva, odontológica, físico-postural, clínica orientada a búsqueda de patologías comunes para la etapa de vida adolescente, tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad, aplicación de cuestionario de habilidades sociales, administración preventiva de sulfato ferroso más ácido fólico, visita domiciliaria en caso de identificarse factores de riesgo y/o deserción, y exámenes de laboratorio. Todo dirigido a la población de 12 a 17 años de edad.

— Este servicio debería ser más proactivo e innovador. La proactividad debe estar encauzada hacia las zonas

rurales y regiones de la selva, donde se registran las edades más bajas de la primera unión (convivencia o matrimonio) y es donde menos se utilizan preservativos en la primera relación sexual. La innovación tendrá que ver con las mejores formas de brindar estos servicios públicos en zonas de difícil acceso, algo que caracteriza a la ruralidad y regiones selváticas en nuestro país, y sostenerse en las zonas urbanas, considerando las exigencias de género e interculturalidad, para que las poblaciones jóvenes indígenas también sean incluidas. Además, será importante que se enfatice en el cuidado de la salud mental de las y los adolescentes, dado que la pandemia viene generando situaciones de estrés, ansiedad y depresión al restringir la movilidad social.

— También debe articularse con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables porque otra de las razones que subyacen al embarazo adolescente es la violencia de género. El programa AURORA puede jugar un rol sumamente importante, pero deberá cambiar su esquema de operaciones replanteando su enfoque, de ser más reactivo (al esperar que las víctimas se hagan visibles a sí mismas) a ser más proactivo (donde identifica riesgos de violencia en contexto de pandemia e intercede antes que sucedan los sucesos de violencia, y cuando estos ya hayan sucedido, centrar la intervención en la víctima, la persona agresora y el contexto que favoreció la ocurrencia de los hechos).



El derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes ha sido aquel que poca visibilidad ha tenido, porque su participación todavía es menor en el ciclo de políticas públicas que los comprende. Los casos aislados de progreso en este sentido no deben hacernos perder de vista que el país aún tiene un perfil de poca participación. Ante ello, se recomienda lo siguiente:

— El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables debería poner a disposición un reporte anual o con cierta frecuencia donde informe sobre el quehacer de los Consejos Consultivos de Niñas, Niños y Adolescentes (CCONNA), dado que no es claro si la existencia de estas instancias consultivas propicia la madurez en la participación, o son un revestimiento formal que oculta una parálisis participativa fenomenal.

— También debería promoverse el derecho a la participación de niñas, niños y adolescentes, sobre todo entre los adultos que creen que la niñez y adolescencia solo está reservada para el estudio y preparación, sin mayor atención por los asuntos públicos. De igual manera, promover el respeto a la decisión de no



participar, lo que implica preparar a las niñas, niños y adolescentes en capacidades para la autonomía individual en sociedad. En los distintos espacios donde interactúan, incluyendo la virtualidad, deberá tenerse conocimiento y aceptar este derecho proporcionando todas las facilidades que la favorezcan, hasta que en el mediano plazo las generaciones de mayor edad puedan ser ejemplo de participación para las generaciones que le siguen.

—● Desarrollar formas de participación que tengan como agenda central la solución a los distintos problemas que la pandemia a causa de la Covid-19 viene generando, con lo cual se logra un aprendizaje invaluable en sociedad al discutir sobre las mejores formas de atender los asuntos que los implican directamente.



Si bien se han reducido los niveles de violencia familiar y escolar en el periodo 2012-2019, la primera se avizora en aumento debido al confinamiento social y la segunda parece haber desaparecido a causa de la pandemia porque ocurría en el espacio físico de las escuelas. De todas maneras, es recomendable lo siguiente:

—● Desplegar esfuerzos para instaurar esquemas prácticos a favor de la buena crianza y adecuada educación. Se trata de desterrar ideas erróneas que sostienen a la violencia como instrumento de crianza o educación. Se debe transitar del paradigma del castigo y la agresión hacia otro de protección y cuidado, donde las correcciones o incentivos de comportamiento se realicen preservando la integridad física y moral de las niñas, niños y adolescentes.

—● Promover espacios seguros para niñas, niños y adolescentes. Estos no deben ser creaciones adicionales. Por el contrario, corresponde realizar un trabajo en sociedad que resigne el sentido de la vida en familia y en entornos educativos, porque de un tiempo a esta parte han degenerado en lugares donde los menores de edad sienten mayor inseguridad. Las familias pueden adoptar diversas prácticas de cuidado y crianza sobre la base del Desarrollo Infantil Temprano. Las escuelas o entornos educativos deberían reforzar y madurar muchos aspectos del mismo privilegiando el pleno desarrollo de las personas.

—● Las diversas estrategias que se desplieguen para revertir este problema cultural deben abordar explícitamente sus aristas estructurales, institucionales, interpersonales e individuales.

La violencia sexual en niñas, niños y adolescentes ha tenido una evolución heterogénea. Mientras existen indicios que ha aumentado en niñas y niños, en adolescentes se ha reducido. Sin embargo, continúa siendo elevada, razón por la cual se recomienda lo siguiente:

—● Fortalecer al Sistema de Atención Integral al Niño y al Adolescente en materia de violencia sexual, con un enfoque preventivo, que impida que sigan ocurriendo más casos de este tipo de agresión. Será sumamente importante que se incorpore el enfoque de género porque las principales víctimas son mujeres y los principales agresores son hombres. También deberá adoptar un enfoque intercultural en razón a que muchas poblaciones indígenas se encuentran inmersas en estos problemas de violencia. El Estado debe asumir un rol estrictamente protector ante este tipo de violencia.

—● Se necesita empoderar a las potenciales víctimas, desde el conocimiento de sus derechos hasta la generación de espacios para su protección y cuidado frente a posibles amenazas de este tipo de violencia. Asimismo, es importante que se desplieguen intervenciones a nivel familiar para que se desarrolle el apego seguro y las formas de crianza adecuadas, basadas en el cuidado y protección. Todos los factores de riesgo de violencia sexual en el hogar deberían ser objeto de permanente seguimiento y atención, para tomar acción e impedir que sucedan más casos de violencia sexual. A nivel comunitario se debe garantizar que los diversos espacios donde niñas, niños y adolescentes interactúan dispongan de mecanismos para detectar riesgos de violencia sexual y neutralizarlas a tiempo. A escala más social, globalizante, se deben desterrar las creencias donde las mujeres se conciben como seres dóciles y sumisas, y los varones como agresivos y dominadores, incluyendo el trabajo articulado para luchar contra la explotación sexual y des-sexualizar el cuerpo femenino sin idealizarlo. Es una labor desafiante por cuanto se trata de romper paradigmas que mueven la inconciencia agresora.

FUENTES CONSULTADAS

Correa, Norma

2011 *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. CIES – PUCP.

Berdegú, Julio y otros

2012 *Territorios en Movimiento. Dinámicas Territoriales Rurales en América Latina*. Documento de Trabajo N° 110 – Programa Dinámicas Territoriales Rurales. Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.

Fábrega, Ricardo

2013 *Salud y Desigualdad Territorial*. Documento de Trabajo N° 13 – Serie Estudios Territoriales. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Rimisp – Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.

Viviano, Teresa

2012 *Abuso sexual: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Defensoría del Pueblo

2020 *La protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia en el contexto de la emergencia sanitaria por Covid-19*. Serie Informes Especiales N°007-2020-DP.

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI

2016 *Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2013 y 2015 (Principales resultados)*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Octubre 2016.

2020a *Perú: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2019*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Marzo 2020.

2020b *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2020c *Perú: Nacidos vivos y Nacidas vivas con bajo peso*

2015-2018 (Departamento, Provincia y Distrito). *Estadísticas vitales de nacimientos*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2020d *Series de Indicadores Principales de la ENDES, 1986-2019*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2019a *Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2019*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Presentación Principales Resultados.

2019b *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2019c *Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos, 2008-2018*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2018 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2017 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2016 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2015 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2014 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2013 *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012*. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Fondo de Naciones Unidas por la Infancia – UNICEF

1998 *La participación de niños y adolescentes en el contexto de la Convención sobre los derechos del niño: visiones y perspectivas*. Actas del Seminario, Bogotá, 7-8 de diciembre de 1998. UNICEF.

2019 A 30 años de la Convención sobre los derechos del niño: lo avanzado y lo pendiente en Perú. UNICEF.

2019a Adolescentes y servicios públicos en Ucayali: Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en Masisea y Callería. UNICEF.

2020 Desafíos de la pandemia de Covid-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. PNUD LAC C19 PDS N°19. Agosto, 2020.

Ministerio de Economía y Finanzas – MEF

2017 Programas Presupuestales con Articulación Territorial. Guía informativa para el proceso presupuestario 2017. Cooperación Alemana Deutsche Zusammenarbeit – GIZ. MEF.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP

2019 VII Informe Anual de avances de las metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. Año 2018. MIMP.

2017 Conceptos fundamentales para la transversalización del enfoque de género. MIMP.

2012 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. PNAIA 2012-2021. Aprobado mediante Decreto Supremo 001-2012-MIMP.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Ministerio de Educación (MINEDU), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Cooperación Internacional Canadá

2019 Cifras de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes en el Perú. Somos libres seámoslo sin violencia.

Ministerio de Salud – MINSA

2014 +Vida. Suplemento de salud. Edición N°11, agosto de 2014.

2017 Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. MINSA.

2019a Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal. Anexo 2. Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal. MINSA.

2019b Programa Presupuestal 0001 Programa Articulado Nutricional. Anexo 2. Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal. MINSA.

2019c Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 – SE 18 (del 28 de abril al 04 de mayo). ISSN 2415-076 2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – MINSA.

2019d “Compendio estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud – Perú 2013-2018”. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N°26.

2019e Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 – SE 52 (del 22 al 28 de diciembre). ISSN 2415-076 2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – MINSA.

2019f Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 28 – SE 46 (del 10 al 16 de noviembre). ISSN 2415-076 2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – MINSA.

2020 Boletín Epidemiológico Anual 2019. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Semana Epidemiológica N° 01 al 52.

2020a Información de Recursos Humanos en el Sector Salud – 2018. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. MINSA

2021 Boletín Epidemiológico del Perú 2020. Volumen 29 – SE 53 (del 27 de diciembre 2020 al 2 de enero del 2021) ISSN 1816-8655. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – MINSA.

S/A “Protocolos de Vigilancia Epidemiológica – Parte I”. Oficina General de Epidemiología.

OECD/FAO/UNCFD

2016 "Adopting a Territorial Approach to Food Security and Nutrition Policy". OECD Publishing, París.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD

2019 *El Reto de la Igualdad. Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Save The Children

2018 *Informe Resultados de la encuesta Young Voice Perú 2017*.

2016 *Embarazo y maternidad adolescente en el Perú*.

Orjuela López, Liliana y Rodríguez Bartolomé, Virginia

2012 *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España.

Lahera, Eugenio

2004 *Política y políticas públicas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, División de Desarrollo Social.

Banco Interamericano de Desarrollo – BID

2006 *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, David Rockefeller Center for Latin American Studies – Harvard University, Planeta.

Quiroz, Alfonso

2013 *Historia de la corrupción en el Perú*. Lima, IEP; Instituto de Defensa Legal, 2013 (Perú Problema, 38).

Huenchuan, Sandra

2019 *Institucionalidad pública, envejecimiento y derechos humanos*. CEPAL.

Organización Panamericana de la Salud – OPS

S/A(a) *Género y Salud. Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género en salud*. OPS.

S/A(b) *Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de salud para todos*. OPS.

2013 *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Washington, DC.

Cruz, Edwin

2014 "¿Qué deben ser las políticas públicas interculturales?" *Ciencia e interculturalidad*. Volumen 15, Año 7, N°2, Julio-Diciembre, 2014.

Ministerio de Cultura – CULTURA

2016 *El enfoque intercultural en la gestión pública*. Presidencia del Consejo de Ministros –Secretaría de Gestión Pública.

Dirección Regional de Salud – DIRESA Ucayali

2016 *Análisis situacional de salud Ucayali – 2016*. Información para la toma de decisiones en salud. Dirección Regional de Salud de Ucayali, Dirección de Epidemiología.

Municipalidad Distrital de Coronel Portillo

2019 *Plan de Desarrollo Local Concertado 2019-2030*.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza – MCLCP

2020 *Prevención del embarazo adolescente en el actual contexto de emergencia por Covid-19. Un problema de salud pública, desarrollo, desigualdad y derechos humanos*. Seguimiento concertado entre Estado y Sociedad Civil a las políticas de salud, Sub grupo de trabajo de "Salud Materno Neonatal y Prevención del Embarazo en Adolescentes". Reporte N° 3-2020-SC/Grupo de Salud – MCLCP Nacional- Versión aprobada por el Comité Ejecutivo Nacional – CEN de la MCLCP, martes 20 de octubre de 2020.

2018 *Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú. Un problema de salud pública, derechos y oportunidades para las mujeres*. Alerta N°1-2018-Seguimiento concertado entre Estado y Sociedad Civil/MCLCP, Sub Grupo de Trabajo 'Prevención del embarazo adolescente' aprobado en el Comité Ejecutivo Nacional – CEN de la MCPCL en junio, 2018.

2019 *Informe nacional sobre la situación de los derechos de la niñez y adolescencia. Resultados de los talleres de consulta en*

regiones. Colectivo Interinstitucional por los Derechos de los Niños y Adolescencia – Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.

Vargas-Machuca, Jeannette Ávila; Uturunco-Vera, Milagros; Díaz del Olmo, Carlos Enrique; y Díaz del Olmo, Fernando Luis

2020 “Impacto del Covid-19 en la mortalidad neonatal evitable en el Perú”. *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2020; 5(3). DOI: <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.3.92>

Gianella, Camilla; Ruiz-Cabrejos, Jorge; Villacorta, Pamela; Castro, Andrea; y Carrasco-Escobar, Gabriel

2021 *Revertir cinco años de progreso: El impacto de la covid-19 en la mortalidad materna en el Perú*. CMI Brief, febrero 2021.

Headey, Derek; Heidkamp, Rebecca; Asendarp, Saskia; Ruel, Marie; Scott, Nick; Black, Robert; Shekar, Meera; Bouis, Howart; Flory, Augustin; Haddad, Lawrence y Walker, Neff

2020 “Impacts of Covid-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality”. *The Lancet*, Volume 396, Issue 10250, p519-521, august 22, 2020.

Mendoza, Walter y Subiría, Gracia

2013 “El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas”. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. Simposio Salud Sexual y Reproductiva.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - UNESCO

2017 *Embarazo precoz y no planificado. Recomendaciones para el sector educación*. UNESCO.

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

2020 *La continuidad de los servicios de salud para adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva en la época de pandemia por la Covid-19*. UNFPA, 25 de junio, 2020.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF

2019 *Entender para prevenir. Violencia hacia las niñas, niños y adolescentes en el Perú*. Resumen Ejecutivo. MIMP-UNICEF.

Presidencia del Consejo de Ministros - PCM

2016 *Estudio de diagnóstico y zonificación para el tratamiento de la demarcación territorial de la provincia de Acobamba*. Dirección Nacional Técnica de Demarcación Territorial. PCM




Municipalidad Provincial de Satipo

2020 *Plan de Desarrollo Concertado Actualizado de la Provincia de Satipo al 2030*. Estrategia de Desarrollo Territorial.



desco

Centro de Estudios y Promoción
del Desarrollo

-  www.desco.org.pe
-  (511) 613-8300
-  Jr. Huayna Cápac N° 1372. Lima 11 - Perú

ISBN: 978-612-5009-06-7



Con la colaboración de:

