

Estado de la Niñez en el Perú

Estado de la Niñez en el Perú

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Parque Melitón Porras 350, Miraflores, Lima – Perú
Teléfono: 2130707 / Fax: 4470370
Página web: www.unicef.org/peru

© Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
General Garzón 654 – 658, Jesús María, Lima – Perú
Teléfono: 4334223 / Fax: 4311340
Página web: www.inei.gob.pe

Hecho en Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-05379
Primera edición
Tiraje: 2,000 ejemplares
Lima, abril del 2008
Impreso en Tarea Asociación Gráfica Educativa

Foto de carátula y contracarátula:

© UNICEF/PERA/2006/Ouvrard

Mapas del Perú y de los departamentos:

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Dirección Nacional de Censos y Encuestas
Dirección Ejecutiva de Cartografía y Geografía

Elaboración de contenidos:

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

Diseño y diagramación:

Gisella Scheuch

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

ESTADO DE LA NIÑEZ EN EL PERÚ

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	8
RESUMEN EJECUTIVO	11
1. EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO:	
Partiendo de la multidimensionalidad del desarrollo	21
1.1 La multidimensionalidad del desarrollo del niño, niña y adolescente	22
1.2 El Índice de Desarrollo del Niño	24
La metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño	24
El Índice de Desarrollo del Niño por ciclo de vida	25
Limitaciones del Índice de Desarrollo del Niño	26
2. LA SITUACIÓN DE LA PRIMERIA INFANCIA (DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA 5 AÑOS)	29
2.1 El Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia a nivel departamental	30
2.2 Derecho a la salud y nutrición en la primera infancia	33
Atención prenatal y estado nutricional de la madre	33
Atención del parto	34
Mortalidad infantil y en la niñez	36
Peso al nacer	38
Vacunación	39
Lactancia materna y alimentación complementaria	41
Desnutrición y anemia	42
2.3 Derecho al aprendizaje y educación en la primera infancia	49
Asistencia a educación inicial	50
Asistencia continuada a educación inicial	50
2.4 Entorno y protección de derechos en la primera infancia	53
Derecho al nombre	53
Violencia doméstica	56
3. LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ (DE 6 A 11 AÑOS)	61
3.1 El Índice de Desarrollo del Niño en la niñez a nivel departamental	62
3.2 Derecho a la salud y nutrición en la niñez	64
Desnutrición crónica y anemia	64
Acceso a los servicios de salud	66
3.3 Derecho al aprendizaje y educación en la niñez	67
Atraso escolar	67
Rendimiento escolar	71
Educación Intercultural Bilingüe	74
3.4 Entorno y protección de derechos en la niñez	76
Trabajo infantil	76
Medio ambiente, agua y saneamiento	77
4. LA SITUACIÓN DE LA ADOLESCENCIA (DE 12 A 17 AÑOS)	81
4.1 El Índice de Desarrollo del Niño en la adolescencia a nivel departamental	82
4.2 Derecho a la salud y nutrición en la adolescencia	84
Anemia	84

Sobrepeso	85
VIH-SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual.....	86
4.3 Derecho al aprendizaje y educación en la adolescencia	88
Cobertura de la educación secundaria	88
Atraso escolar	89
Conclusión de la educación secundaria.....	92
Rendimiento escolar	94
4.4 Entorno y protección de derechos en la adolescencia	96
Trabajo adolescente.....	96
Actividades desempeñadas.....	99
El atraso escolar y el trabajo adolescente	100
La maternidad en la adolescencia	101
5. LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LAS PROVINCIAS	105
Amazonas	108
Ancash	110
Apurímac	112
Arequipa	114
Ayacucho	116
Cajamarca	118
Cusco.....	120
Huancavelica.....	122
Huánuco	124
Ica	126
Junín.....	128
La Libertad	130
Lambayeque.....	132
Lima y Callao.....	134
Loreto	136
Madre de Dios	138
Moquegua.....	140
Pasco	142
Piura	144
Puno	146
San Martín	148
Tacna.....	150
Tumbes	152
Ucayali	154
ANEXOS	157
Anexo 1: Metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño.....	157
Anexo 2: Definición de los indicadores utilizados en la construcción del Índice de Desarrollo del Niño	162
BIBLIOGRAFÍA.....	165
GLOSARIO	169

ÍNDICE

MAPAS

Mapa 1:	Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia.....	32
Mapa 2:	Índice de Desarrollo del Niño en la niñez.....	63
Mapa 3:	Índice de Desarrollo del Niño en la adolescencia.....	83

CUADROS

Cuadro 1:	Población en el Perú por grupo de edad.....	12
Cuadro 2:	Índice de Desarrollo del Niño por ciclo de vida: posición relativa de los departamentos.....	13
Cuadro 3:	Indicadores de la situación de la niñez y adolescencia por ciclo de vida.....	15
Cuadro 4:	Criterios de selección de indicadores de las dimensiones de desarrollo del niño, niña y adolescente.....	25
Cuadro 5:	Indicadores utilizados en el IDN en la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años).....	31
Cuadro 6:	Atención prenatal.....	33
Cuadro 7:	Anemia en las mujeres en edad fértil.....	34
Cuadro 8:	Peso del niño al nacer.....	38
Cuadro 9:	Vacunación de niños de 18 a 29 meses de edad, según el carné de vacunación o el informe de la madre.....	39
Cuadro 10:	Lactancia materna y alimentación complementaria.....	41
Cuadro 11:	Desnutrición crónica y anemia en los niños menores de 5 años de edad.....	42
Cuadro 12:	Incidencia de anemia en niños de 0 a 5 años de edad.....	47
Cuadro 13:	Asistencia a educación inicial.....	51
Cuadro 14:	Madres de niños entre 0 y 5 años de edad que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja.....	56
Cuadro 15:	Indicadores utilizados en el IDN en la niñez (de 6 a 11 años).....	62
Cuadro 16:	Alumnos de 6 a 11 años de edad matriculados según área de residencia, género, lengua materna y condición de pobreza.....	68
Cuadro 17:	Niños trabajadores de 6 a 11 años de edad según área de residencia.....	77
Cuadro 18:	Indicadores utilizados en el IDN en la adolescencia (de 12 a 17 años).....	82
Cuadro 19:	Adolescentes de 10 a 19 años con déficit de peso y sobre peso.....	85
Cuadro 20:	Conocimiento sobre el VIH-SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad.....	86
Cuadro 21:	Uso del condón en adolescentes que tienen parejas sexuales.....	87
Cuadro 22:	Cobertura neta de secundaria en adolescentes de 12 a 16 años de edad.....	88
Cuadro 23:	Situación de los alumnos matriculados de 12 a 16 años de edad: en el año que les corresponde, adelantados, y en algún grado inferior.....	89
Cuadro 24:	Adolescentes de 17 a 19 años de edad y jóvenes de 20 a 21 años de edad que han concluido la educación secundaria.....	92
Cuadro 25:	Adolescentes trabajadores según condición de pobreza.....	96
Cuadro 26a:	Tipos de trabajo y horas de trabajo en adolescentes de 14 a 17 años de edad.....	98
Cuadro 26b:	Horas trabajadas a la semana entre adolescentes de 14 a 17 años de edad que asisten y no asisten a la escuela por tipo de trabajo realizado.....	99
Cuadro 27:	Resumen de indicadores departamentales: contexto para el análisis provincial.....	107

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia.....	12
Gráfico 2:	Partos atendidos por profesionales de salud.....	34
Gráfico 3:	Proporción de nacimientos NO atendidos por profesionales de salud.....	35
Gráfico 4a:	Mortalidad infantil.....	36
Gráfico 4b:	Mortalidad en la niñez.....	37
Gráfico 4c:	Mortalidad neonatal.....	37
Gráfico 5:	Desnutrición crónica en la primera infancia. Comparación 2000-2004.....	43

Gráfico 6:	Desnutrición crónica y pobreza extrema en niños de 0 a 5 años de edad	45
Gráfico 7:	Desnutrición aguda y enfermedades diarreicas agudas en los primeros años de vida	46
Gráfico 8:	Asistencia escolar de los niños entre 3 y 5 años de edad	50
Gráfico 9:	Asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años de edad por área de residencia, condición de pobreza y educación de la madre	51
Gráfico 10:	Niños de 0 a 5 años de edad cuyas madres no llegaron a culminar la educación primaria.....	52
Gráfico 11:	Niños sin partida de nacimiento. Desde 1 mes de nacidos hasta los 5 años de edad	54
Gráfico 12:	Provincias con mayor proporción de niños sin partida de nacimiento. Desde 1 mes de nacidos hasta los 5 años de edad	54
Gráfico 13:	Instituciones a las que acudió buscando ayuda cuando la maltrataron. Madres de niños de 5 años de edad o menos.....	57
Gráfico 14:	Principal razón por la que no buscó ayuda cuando fue maltratada. Madres de niños de 5 años de edad o menos.....	58
Gráfico 15:	Desnutrición crónica y pobreza extrema en los niños de 6 a 9 años de edad	64
Gráfico 16:	Anemia en niños de 10 a 14 años de edad	65
Gráfico 17:	Acceso a los servicios de salud	66
Gráfico 18:	Atraso escolar y pobreza en niños de 6 a 11 años de edad	69
Gráfico 19:	Niños con algún atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia.....	70
Gráfico 20:	Brecha de atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia	71
Gráfico 21:	Niños de 6to de primaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado. LÓGICO MATEMÁTICA	72
Gráfico 22:	Niños de 6to de primaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado. COMUNICACIÓN INTEGRAL	73
Gráfico 23:	Niños trabajadores según condición de pobreza.....	77
Gráfico 24:	Niños entre 0 y 11 años de edad que no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua o desagüe	79
Gráfico 25:	Anemia en adolescentes según grupos de edad y área de residencia	84
Gráfico 26:	Anemia en adolescentes de 15 a 19 años de edad	84
Gráfico 27:	Fuentes de información de las que aprendieron sobre VIH-SIDA las adolescentes de 15 a 19 años de edad	87
Gráfico 28:	Adolescentes de 12 a 17 años de edad con algún atraso escolar según situación de pobreza	90
Gráfico 29:	Adolescentes de 12 a 17 años de edad con algún atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia.....	91
Gráfico 30:	Adolescentes de 17 a 19 años de edad que NO han concluido secundaria.....	93
Gráfico 31:	Adolescentes de 5to de secundaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado. MATEMÁTICA	94
Gráfico 32:	Adolescentes de 5to de secundaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado. COMUNICACIÓN INTEGRAL	95
Gráfico 33:	Condición de trabajo en adolescentes de 14 a 17 años de edad según intensidad de la jornada laboral	97
Gráfico 34:	Niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad con atraso escolar según condición de trabajo.....	101
Gráfico 35:	Adolescentes mujeres de 15 a 20 años de edad que han experimentado la maternidad	102
Gráfico 36:	Madres adolescentes entre 15 y 20 años de edad por lengua materna	103

BOXES

Box 1:	Vacunación contra la Hepatitis B en las comunidades indígenas Candoshi y Shapra	40
Box 2:	La relación entre desnutrición y pobreza.....	44
Box 3:	Un buen inicio en la vida de las niñas y niños de Santa María de Chicmo.....	48
Box 4:	Registro civil nativo, una respuesta a la exclusión social de las poblaciones indígenas	55
Box 5:	Los Wawa Wasi, una estrategia de atención para la primera infancia	59
Box 6:	Defensorías comunitarias de Cusco, una estrategia comunal para la construcción de una cultura de derechos	60
Box 7:	Formando maestros para una Educación Intercultural Bilingüe en Canchis.....	75
Box 8:	La explotación sexual infantil en el Perú	104

PRESENTACIÓN

El Perú ha logrado avances importantes en el establecimiento de normas, políticas, planes y programas que promuevan y protejan los derechos de la niñez, tales como el Código de los Niños y Adolescentes y los planes nacionales para la infancia y adolescencia. El país se ha comprometido a dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y a la Declaración del Milenio, y a poner en marcha el Plan de Acción de Un Mundo Apropiado para los Niños. Estos compromisos internacionales se han plasmado a nivel del país en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2002-2010, priorizado política y legalmente a partir de abril del 2005 cuando adquirió el rango de ley.

El Acuerdo Nacional ha priorizado a la niñez dentro de sus 31 Políticas de Estado y en el año 2004 aprobó políticas de corto plazo en materia de atención a la infancia. El actual Gobierno, en concordancia con los compromisos asumidos por el Estado Peruano a nivel internacional y nacional, desde el inicio de su mandato ha dado prioridad a políticas y programas que produzcan cambios positivos en la vida de niños, niñas y adolescentes, para los cuales es necesario contar con información actualizada sobre su situación.

El *Estado de la Niñez en el Perú* es una recopilación analítica de información proveniente de fuentes oficiales que tiene como objetivo dar cuenta de la situación de la niñez y la adolescencia peruanas, bajo dos dimensiones principales: el enfoque de derechos humanos y la multidimensionalidad del desarrollo de la niñez.

- La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Estado Peruano en el año 1990, tiene su origen en el principio de universalidad. En un país como el Perú, que tiene una gran diversidad cultural, lingüística, étnica, geográfica y socio-económica, garantizar los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes sin distinción es un gran desafío. La realización de los derechos para todos implica contar con información que visibilice las brechas existentes, permitiendo así orientar el desarrollo de políticas y la asignación presupuestal hacia los que se encuentran en situación de mayor exclusión y vulnerabilidad.
- La multidimensionalidad del desarrollo de la niñez es la segunda dimensión que ha guiado, desde su diseño metodológico, la construcción del Índice de Desarrollo del Niño (IDN) y la elaboración del estudio en sí. Para el desarrollo pleno de la niñez y adolescencia, es fundamental la realización de todos sus derechos: a la salud, nutrición, educación y aprendizaje, y a un entorno que lo proteja y le brinde las condiciones necesarias para su desarrollo integral, siendo dichos derechos indivisibles e interdependientes entre sí.

El *Estado de la Niñez en el Perú* está compuesto de dos partes:

- La primera contiene el estado de situación de los niños, niñas y adolescentes según el ciclo de vida: la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años); la niñez (de 6 a 11 años) y la adolescencia (de 12 a 17 años). Cada sección incluye el análisis del Índice de Desarrollo del Niño (IDN), el análisis temático de los indicadores en cada una de las tres etapas del ciclo de vida, así como experiencias exitosas que han contribuido a mejorar la calidad de vida de la niñez y adolescencia. En lo temático analiza los datos desagregados por departamentos, regiones naturales, áreas de residencia, niveles socio-económicos, lenguas maternas y género.
- La segunda parte del estudio aborda la situación de la niñez y la adolescencia por departamento, con información desagregada a nivel provincial para detectar las brechas existentes dentro de cada uno de ellos.

Para la elaboración del estudio se utilizaron los resultados de tres encuestas nacionales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) como principal fuente de información. Estas son la Encuesta Nacional Continua ENCO 2006, la Encuesta Nacional de Hogares (Anual) ENAHO 2006 y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004-2006. En adición, se analizaron los resultados del Censo de Talla en Escolares de 6 a 9 años (2005) y los resultados de la IV Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil, ambas del Ministerio de Educación, así como los resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Ministerio de Salud. Cabe resaltar que toda la información analizada fue levantada y producida antes del terremoto del 15 de agosto del 2007, hecho que modificó considerablemente la situación de la niñez y la adolescencia residente en la región de Ica. Para conocer la situación de esta población después de ocurrida la emergencia sería necesario un nuevo levantamiento de información.

La elaboración de los contenidos estuvo a cargo de Martín Benavides y Carmen Ponce, investigadores del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) en coordinación con UNICEF. Durante el proceso, la metodología del estudio fue discutida entre investigadores y especialistas y los principales resultados preliminares fueron revisados por las instituciones públicas y privadas que trabajan en la defensa, promoción y protección de los derechos de la niñez peruana. Agradecemos los importantes aportes recibidos que contribuyeron a mejorar la calidad del estudio.

UNICEF e INEI agradecen igualmente el apoyo que la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) está brindando a esta iniciativa que contribuirá a mejorar la situación de la niñez y la adolescencia en el Perú.

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

GUIDO CORNALE
Representante de UNICEF en el Perú

RENÁN QUISPE
Jefe del INEI



© UNICEF/PERA/2006/Ouvard

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

Según proyecciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población total del Perú sobrepasa los 28 millones de personas. El 38% de esta población está conformado por niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años (10,730,805). Alrededor del 60% de ellos vive en condición de pobreza.

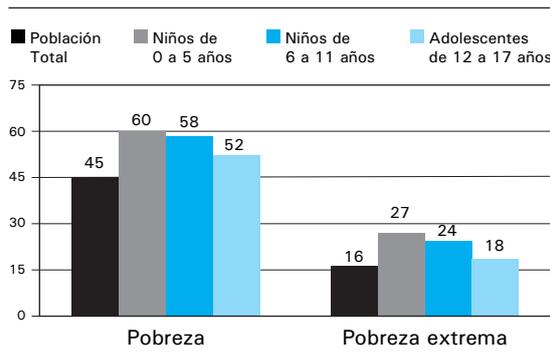
Cuadro 1
Población en el Perú por grupo de edad

Población por grupo de edad	Nacional	% de la población total
Población total	28,348,700	100.0
Población de niñas, niños y adolescentes	10,730,805	37.9
Niños de 0 a 5 años	3,585,977	12.7
Niños de 6 a 11 años	3,618,869	12.8
Adolescentes de 12 a 17 años	3,525,959	12.4

Fuente: Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población Total, Urbana y Rural por Años Calendario y Edades Simples 1970-2025. Boletín especial N°. 15, julio del 2002 (INEI).

Los niños, niñas y adolescentes constituyen uno de los grupos más vulnerables de la población. Como se observa en el gráfico 1 el grupo etáreo más afectado por la pobreza en el país es la niñez y adolescencia. En la población total la tasa de pobreza es de 45%, cifra que en el grupo de niños y niñas de 0 a 5 años aumenta a 60% y en el de 6 a 11 años a 58%, siendo más de 10 puntos porcentuales mayor que la tasa de pobreza en la población total. En el caso de la pobreza extrema la situación es también crítica. Entre los niños y niñas de 0 a 5 años ésta alcanza al 27% y entre los de 6 a 11 años al 24%, alrededor de 10 puntos porcentuales mayor que la tasa de pobreza extrema en la población total (16%).

Gráfico 1
Pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia
En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO POR ETAPA DEL CICLO DE VIDA

El desempeño de los departamentos del Perú en relación a su Índice de Desarrollo del Niño (IDN) no sufre mayores alteraciones a lo largo de la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años), la niñez (de 6 a 11 años) y la adolescencia (de 12 a 17 años) en cuanto a aquellos que se ubican en las posiciones de mejor desempeño relativo y en las de menor desempeño. Como puede observarse en el cuadro 2, los que enfrentan mayores limitaciones para el desarrollo integral de su niñez y adolescencia son los departamentos de la sierra y la selva, mientras que los que están en mejor posición relativa son los de la costa.

Cuadro 2

**Índice de Desarrollo del Niño por ciclo de vida:
posición relativa de los departamentos¹**

Grupo de departamentos	IDN en la primera infancia	IDN en la niñez	IDN en la adolescencia
Grupo 1	Callao Tumbes Lima Tacna Ica Moquegua	Tacna Callao Lima Moquegua Arequipa Ica Tumbes	Tacna Arequipa Tumbes Ica
Grupo 2	Arequipa Lambayeque Madre de Dios Piura	Lambayeque La Libertad Junín Madre de Dios	Moquegua Lambayeque Lima Madre de Dios Callao
Grupo 3	Puno Junín La Libertad Pasco Ancash	Piura Ancash Puno San Martín	Piura Junín La Libertad Cusco San Martín Ancash Ucayali
Grupo 4	San Martín Ucayali Amazonas Apurímac Loreto	Cusco Pasco Amazonas Ucayali	Apurímac Pasco Amazonas Puno
Grupo 5	Cusco Ayacucho Cajamarca Huánuco Huancavelica	Loreto Apurímac Ayacucho Cajamarca Huánuco Huancavelica	Ayacucho Loreto Huancavelica Cajamarca Huánuco

¹ A pesar de la clasificación de los departamentos, y dadas las limitaciones de información, el Índice de Desarrollo del Niño sólo permite reconocer que los que se ubican en el primer grupo están claramente mejor, y los que están en el grupo 5 enfrentan mayores limitaciones para el desarrollo de su niñez y adolescencia. La clasificación no permite establecer diferencias claras entre los departamentos de los grupos intermedios.



Huancavelica, Huánuco, Cajamarca y Ayacucho son los departamentos que enfrentan las condiciones más críticas en las tres etapas del ciclo de vida de los niños, niñas y adolescentes. Loreto, Apurímac y Cusco se añaden a la lista de menor desempeño relativo en al menos una de las etapas. En esa medida son los departamentos que necesitan hacer los mayores esfuerzos para mejorar las condiciones de desarrollo de sus niños y niñas de 0 a 17 años.

Los departamentos de Tacna, Tumbes e Ica² aparecen en el primer grupo en las tres etapas mientras que Callao, Lima, Moquegua y Arequipa, se ubican en el primer grupo en dos de las tres etapas. Cabe enfatizar que esto no significa que sean departamentos que carezcan de condiciones limitantes para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, únicamente quiere decir que su posición relativa es menos crítica que la de otros departamentos del país.

En el Perú existe una gran diversidad cultural, étnica, lingüística, socio-económica y geográfica, por lo que los promedios nacionales tienden a esconder la real magnitud de los problemas existentes en las distintas zonas del país. En el cuadro 3 se presentan los principales indicadores de la situación de la niñez y adolescencia, mostrando los contrastes entre áreas urbanas y áreas rurales y, con ello, un primer esbozo de las inequidades existentes en el país.

² La posición relativa del departamento de Ica debe tomarse con cautela, dado que el terremoto ocurrido el 15 de agosto de 2007 puede haber variado las condiciones de desarrollo de sus niñas, niños y adolescentes.

Cuadro 3

Indicadores de la situación de la niñez y adolescencia por ciclo de vida

Indicador	Nacional	Urbano	Rural
Primera Infancia (desde la concepción hasta 5 años)			
Atención prenatal por profesionales de salud ^{1a/}	91 %	97 %	83 %
Parto atendido por profesionales de salud ^{1a/}	71 %	92 %	45 %
Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) ^{1b/}	21	17	27
Mortalidad de niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos) ^{1b/}	29	22	39
Tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años ^{2/}	27 %	18 %	33 %
Proporción de niños menores de 5 años con anemia ^{2/}	50 %	47 %	54 %
Tasa de asistencia a educación inicial en niños de 3 a 5 años ^{3/}	67 %	76 %	56 %
Proporción de niños de un mes de nacidos a 5 años sin partida de nacimiento ^{4/}	7 %	5 %	10 %
Niñez (de 6 a 11 años)			
Proporción de niños de 10 a 14 años con anemia ^{2/}	32 %	27 %	35 %
Cobertura neta de educación primaria en niños de 6 a 11 años ^{3/}	93 %	94 %	92 %
Tasa de niños de 6 a 11 años matriculados en algún grado inferior ^{3/}	23 %	15 %	34 %
Proporción de niños de 6to grado con rendimiento en lógico matemática por debajo del nivel básico para el grado ^{5/}	58 % ^{6/}	55 % ^{7/}	83 % ^{7/}
Proporción de niños de 6to grado con rendimiento en comunicación integral por debajo del nivel básico para el grado ^{5/}	60 % ^{6/}	56 % ^{7/}	86 % ^{7/}
Tasa de niños de 6 a 11 años que trabaja y estudia ^{3/}	18 %	5 %	35 %
Adolescencia (de 12 a 17 años)			
Anemia en los adolescentes de 15 a 19 años ^{2/}	35 %	31 %	39 %
Tasa de adolescentes de 15 a 19 años que no conoce ninguna forma de evitar la infección del VIH/SIDA ^{1c/}	34 %		
Cobertura neta de secundaria en adolescentes de 12 a 16 años ^{3/}	73 %	84 %	56 %
Tasa de adolescentes de 12 a 16 años matriculados en algún grado inferior ^{3/}	41 %	30 %	60 %
Proporción de adolescentes de 5to de secundaria con rendimiento en matemática por debajo del nivel básico para el grado ^{5/}	86 % ^{6/}	92 % ^{7/}	98 % ^{7/}
Proporción de adolescentes de 5to de secundaria con rendimiento en comunicación integral por debajo del nivel básico para el grado ^{5/}	45 % ^{6/}	48 % ^{7/}	74 % ^{7/}
Proporción de adolescentes de 14 a 17 años que trabajan en época escolar ^{3/}	50 %	32 %	80 %
Proporción de adolescentes entre 15 y 20 años que ha experimentado la maternidad (embarazo y parto) ^{4/}	13 %	10 %	20 %

^{1a/} Informe ENDES 2004-2006, INEI.^{1b/} Informe ENDES 2004-2006, INEI. La información sobre mortalidad infantil y en la niñez se basa en reportes sobre los 5 años anteriores a la encuesta.^{1c/} Informe ENDES 2004-2006, INEI. 25% de estas adolescentes han oído hablar del VIH/SIDA pero desconocen las formas de evitarlo, 9% reporta no haber oído hablar del VIH/SIDA.^{2/} MONIN 2004, INS - CENAN.^{3/} Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.^{4/} Elaboración propia en base a ENCO 2006. La definición de área rural en la ENCO 2006 es más restringida que la de ENAHO 2006 (ver anexo 1).^{5/} Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004 - MED.^{6/} Los datos nacionales incluyen resultados de estudiantes de escuelas estatales y no estatales.^{7/} Los datos urbano/rural incluyen resultados de estudiantes de escuelas estatales únicamente.

PRIMERA INFANCIA (desde la concepción hasta 5 años)

El Perú ha logrado avances importantes en los últimos años en la mejora de la situación de la salud de la primera infancia. Según la ENDES, en la última década ha aumentado sustancialmente la atención prenatal y del parto y se ha reducido de forma significativa la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez. La proporción de madres gestantes que acudieron a por lo menos un control prenatal se incrementó de 67% en el año 1996 a 91% en el 2004-2006 y los partos atendidos por profesionales de salud pasaron de 56% a 71% en el mismo período. En lo que se refiere a la mortalidad infantil y en la niñez, se redujo de 43 por mil nacidos y 59 por mil nacidos vivos en el año 1996, a 21 y 29 en el 2004-2006, respectivamente. Esto se ha debido fundamentalmente a las mejoras en cobertura de servicios de salud en el área rural, reduciéndose la brecha que tradicionalmente ha existido entre los indicadores de salud urbanos y rurales.



©UNICEF/PERA/2006

Por otro lado, hay algunos aspectos que no han tenido cambios significativos, tales como: la alta prevalencia de desnutrición crónica, la insuficiente asistencia a educación inicial, la proporción de niños y niñas que no cuentan con partida de nacimiento y la alta incidencia de violencia familiar que, entre otros, siguen siendo retos para el país.

En lo que se refiere a la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, cuya reducción en 9 puntos porcentuales para el año 2011 se ha planteado el actual Gobierno, a nivel nacional se ha mantenido constante el valor en los últimos 10 años con una tasa de aproximadamente 25%. La gravedad de esta situación resulta evidente cuando se observan datos departamentales, los cuales indican que en 9 departamentos más del 30% de los niños de 0 a 5 años presentan desnutrición crónica, siendo Huancavelica el caso más alarmante con casi la mitad de sus niños desnutridos (49%).

A nivel nacional la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años a educación inicial es de 67%, reduciéndose a 56% en el área rural. Dichas cifras disminuyen cuando se hace uso del indicador de asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años, siendo a nivel nacional de 49% y en el área rural de sólo 36%.

Respecto al derecho al nombre de niños y niñas entre un mes de nacidos y los 5 años de edad se presentan enormes diferencias entre departamentos y, al interior de los mismos, entre provincias. En departamentos como Moquegua y Ancash el 2% no cuenta con partida de nacimiento, frente a Ucayali y Loreto donde a nivel departamental el 27% y 26%, respectivamente, no tienen dicho documento y donde se sitúan las provincias que tienen los

mayores porcentajes de niños y niñas indocumentados: Atalaya (Ucayali) con el 50% y Datem del Marañón (Loreto) con más del 60%.

Respecto a la violencia doméstica, el 37% de madres de niños y niñas menores de 5 años reportó haber sufrido algún tipo de violencia física por parte de su pareja actual o de su última pareja. Cabe destacar que 11% de las madres de niños menores de 5 años reportó haber sido agredida físicamente por lo menos una vez durante el embarazo.

NIÑEZ (de 6 a 11 años)

Uno de los principales problemas de salud de los niños y niñas de este grupo etéreo es la anemia. A nivel nacional el 32% de los niños y niñas de 10 a 14 años presenta anemia y a nivel departamental se dan brechas significativas, Pasco tiene la mayor tasa de anemia con 52%, seguido por Puno con 49%, mientras San Martín y Lambayeque presentan las menores tasas con 12% y 14%, respectivamente.

Uno de los aspectos en el que más se ha avanzado en la educación peruana es la cobertura en primaria, siendo el atraso y el rendimiento escolar aspectos que presentan serias limitaciones. A nivel nacional el 93% de los niños y niñas entre 6 y 11 años asiste a primaria. Sin embargo, aún un 4% no asiste a la escuela, lo que equivale aproximadamente a 145,000 niños y niñas³.

En lo que se refiere al atraso escolar, en el Perú el 23% de las niñas y niños de 6 a 11 años está matriculado en un grado inferior al que les corresponde, porcentaje que casi se duplica en los que tienen al quechua como lengua materna (43%) y en los que tienen a otras lenguas nativas amazónicas como lengua materna (45%). Entre los que viven en situación de pobreza extrema esta cifra se incrementa a 42%.

En cuanto al rendimiento escolar, el 60% de los y las alumnas de sexto de primaria está por debajo del nivel básico en comunicación integral y 58% en lógico matemática. Entre departamentos se presentan significativas brechas en ambos aspectos: en Tacna el 32% de los y las alumnas está por



©UNICEF/PERA-3162

³ Del 7% de niños y niñas de 6 a 11 años que no están matriculados en el nivel de primaria, el 3% asiste a otro nivel educativo y el 4% no asiste a la escuela.

debajo del nivel básico en lógico matemática frente al 90% que se presenta en Loreto; y en comunicación integral, en Arequipa y Lima el 38% está por debajo del nivel básico frente al 85% que se presenta en Apurímac. Cabe destacar la coincidencia entre los departamentos que tienen los mejores y menores resultados en las dos áreas evaluadas: Tacna, Moquegua, Lima, Callao y Arequipa cuentan con los mejores resultados y Apurímac, Cusco, Loreto, Ucayali y Ayacucho, son los que presentan menores resultados. Las 4 regiones con mayor porcentaje de población con lengua materna nativa son las que tienen menores resultados en términos de rendimiento.

Respecto al trabajo infantil, a nivel nacional en el año 2006 alrededor del 20% de los niños y niñas entre 6 y 11 años realizaba algún trabajo, cifra que se incrementa a casi el 40% en el área rural.

En lo que se refiere al acceso a servicios de agua y saneamiento, los departamentos más pobres tienden a ser los más desabastecidos. En Loreto y Ucayali no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua el 74% y 68% de los niños y niñas de 0 a 11 años, respectivamente. No tienen acceso a fuentes mejoradas de saneamiento el 86% y 80% de los niños y niñas de 0 a 11 años de Huancavelica y Ucayali, respectivamente. En Tacna y Moquegua sólo el 8% y 9%, respectivamente, carece de acceso a fuentes mejoradas de agua, y en Lima y Callao el 18% y 15%, respectivamente, carece de acceso a fuentes mejoradas de saneamiento.

ADOLESCENCIA (de 12 a 17 años)

En este grupo etáreo el problema de anemia sigue siendo importante. Como se mencionó anteriormente, entre los niños y niñas de 10 a 14 años la anemia afecta al 32% a nivel nacional, y entre los adolescentes de 15 a 19 años afecta al 35%, cifra que en el área rural es de 39%. Las diferencias se hacen más evidentes cuando comparamos entre departamentos. San Martín es el que presenta la tasa más baja (20%), menos de la mitad de la tasa que se presenta en Pasco y Puno (50%).

Existe una alta incidencia de jóvenes con VIH-SIDA de 20 a 29 años. Una vez transmitida la infección del virus VIH pueden pasar varios años antes de manifestarse como SIDA, siendo posible que una proporción importante de estos jóvenes hayan contraído el virus durante la adolescencia. En este contexto, cabe destacar el poco conocimiento del VIH-SIDA que tienen las mujeres entre 15 y 19 años. Así, por ejemplo, mientras casi el 10% afirmó no haber oído sobre el VIH-SIDA, el 25% manifestó conocerlo pero ignoraba la forma de evitar la infección según la ENDES 2004-2006.

La cobertura en educación secundaria se reduce significativamente en comparación a la que se presenta en primaria. En el país el 73% de los y las adolescentes de 12 a 16 años está matriculado en la secundaria. Del 27% restante, el 14% cursa la primaria y el 13% está fuera de la escuela. Mientras el 84% de los y las adolescentes no pobres está matriculado en secundaria, en el grupo de los pobres extremos este porcentaje es de 49%. En el caso de los y las estudiantes que tienen el castellano como lengua materna el 76% está matriculado en secundaria frente al 43% que tiene como lengua materna otras lenguas nativas amazónicas.

Ante estas cifras se presenta como un reto el aumento de la oferta educativa en secundaria, a nivel de infraestructura, equipamiento y formación docente, sobre todo en la zona rural.

Entre los y las adolescentes en pobreza extrema que asisten a la escuela (independientemente de si están en secundaria o en primaria), el 71% se encuentra en algún grado inferior, algo similar ocurre entre los y las adolescentes con lengua materna quechua (73%) u otras lenguas nativas (86%). Esto refleja las grandes inequidades en las oportunidades educativas que existen en el país.

El rendimiento de los y las estudiantes de 5to. de secundaria en matemática es homogéneo en sus deficientes resultados, fluctuando entre 71% (Tacna) y 97% (Ucayali y Puno) el porcentaje de los y las estudiantes que tienen un rendimiento por debajo del nivel básico. En Tacna y Moquegua, el 32% y 33% de los y las alumnas de 6to. de primaria tienen niveles por debajo del básico en lógico matemática, cifras que se elevan a 71% y 83%, respectivamente, en el rendimiento en 5to. de secundaria.



©UNICEF/PERA-3209

Entre los departamentos con más del 50% de estudiantes por debajo del nivel básico en comunicación integral encontramos a Puno (78%), Huancavelica (73%), Apurímac (63%), Cusco (56%), y Ayacucho (52%) que al mismo tiempo presentan los más altos porcentajes de adolescentes con lengua materna distinta al castellano y, en el caso de Huancavelica y Ayacucho presentan además los mayores problemas de atraso escolar.

Según la ENAHO 2006, en el Perú el 50% de los y las adolescentes de 14 a 17 años trabaja, cifra que excede el doble de la tasa de niños y niñas de 6 a 11 años que trabaja. Entre los y las adolescentes que trabajan se presentan significativas brechas por zona de residencia: en el área urbana el 32% trabaja frente al 80% de los que reside en el área rural. Cabe destacar que casi en la totalidad de los departamentos del país el atraso escolar en los niños y niñas de 6 a 17 años es mayor entre los que trabajan y estudian que entre los que sólo estudian, siendo San Martín el que presenta una mayor diferencia en el porcentaje de atraso escolar entre los que trabajan y estudian (82%) y los que sólo estudian (39%).

En cuanto a la maternidad en la adolescencia, un 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 20 años ha dado a luz a un hijo nacido vivo (o más), cifra que en departamentos como Loreto y Ucayali llega al 27% y 25%, respectivamente. El inicio de la maternidad durante la adolescencia ocurre con mayor frecuencia entre mujeres con lenguas maternas nativas como el shipibo-conibo, aguaruna, asháninka, que entre mujeres adolescentes con lengua materna quechua, aymara o castellano.



1. EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO

Partiendo de la multidimensionalidad del desarrollo

1. EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO: Partiendo de la multidimensionalidad del desarrollo

1.1 LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL DESARROLLO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

El desarrollo humano se refiere a los cambios físicos, sensoriomotores, cognitivos y socio emocionales que se suceden en las personas a través del tiempo (Papalia, 1994; Berger, 2004; Grantham-McGregor *et al.*, 2007). Dichos cambios están muy relacionados entre sí, dando al desarrollo su naturaleza multidimensional.

Los cambios que ocurren desde la concepción y en los primeros años de vida son de especial importancia para el desarrollo de todo ser humano. A través de ellos adquiere capacidad de pensar y hablar, aprender y razonar y se forman los fundamentos de los valores y los comportamientos sociales que lo acompañarán durante toda la vida adulta (UNICEF, 2001).

No se puede pensar en el desarrollo de un niño o adolescente sin tomar en cuenta las condiciones en las que se dio el embarazo de su madre y en las que se dieron sus primeros años de vida (Schore, 2001). Por ello, es de suma importancia la salud y nutrición de la madre y de los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, así como también que el niño crezca en entornos que estimulen el desarrollo de habilidades cognitivas⁴ y que favorezcan la consolidación de un sentido de seguridad y confianza básica. Los niños necesitan sentirse queridos, valorados y capaces de lograr sus metas. Es por ello central reducir la exposición de los niños a entornos violentos.

Las variables del entorno potencian o limitan el desarrollo posterior del niño. Estas incluyen desde características socioeconómicas del hogar hasta características medioambientales como la calidad del agua o del aire, el clima, la densidad poblacional, entre otras condiciones del entorno propias de la comunidad en la que el niño o niña vive. Variables cruciales para asegurar condiciones de salud adecuadas, especialmente para los niños más pequeños, son el acceso a servicios de agua potable, saneamiento y la eliminación de residuos sólidos.

Un factor que contribuye a fomentar el desarrollo del niño es el cumplimiento de sus derechos. El derecho al nombre, a la no exclusión, a la igualdad de oportunidades en el acceso a servicios de salud y educación de calidad y a crecer en un entorno con buen trato, saludable y estimulante, son derechos fundamentales que deben ser asumidos como una tarea prioritaria por sus familias, la sociedad en general y el Estado.

⁴ Existe investigación que muestra que las madres con mayor educación podrán ofrecer a sus hijos ambientes que favorezcan el aprendizaje y la estimulación cognitiva (Pollit, 2002).

La interacción entre la salud, la educación y los entornos socio-emocionales se manifiesta también en los niños y niñas entre los 6 y 17 años de edad. Por ejemplo, los aspectos socio económicos limitan el acceso a una escolaridad y salud adecuadas. En el caso de la escolaridad, Thorne (2005) observa que existen diferencias significativas en el rendimiento de los niños y niñas de acuerdo al tipo de escuela y área geográfica, y hace referencia a otros estudios en los que se mencionan características de las zonas rurales que tienen un impacto negativo en el desarrollo de los niños, tales como: carencia de salubridad, desnutrición, marginalidad, migración, analfabetismo, falta de estabilidad en la estructura familiar y violencia. Lo mismo se puede señalar sobre cómo la transición a la vida adulta es experimentada de forma diferente por adolescentes que proceden de familias con diferentes niveles socio-económicos. No todos acceden a estudios superiores ni a un trabajo adecuado. La exclusión se manifiesta también fuertemente en esa etapa (Benavides, 2006).



© UNICEF/PERA/2006/Ouvrard

Es así que partiendo de la multidimensionalidad del desarrollo del niño, niña y adolescente se han identificado tres dimensiones que dan cuenta de la mayor parte de procesos que limitan o potencian su desarrollo integral: la de salud y nutrición, la de aprendizaje y educación, y la de entorno y protección de derechos. Éstas interactúan entre sí, están relacionadas con otras áreas y permiten articular aspectos clave del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Si bien existen otros temas, tales como la participación de los niños, niñas y adolescentes, el medio ambiente, y la niñez con discapacidad, que por su importancia se consideró necesario incluir en la construcción de los índices, esto no fue posible dado que no se cuenta con información representativa a nivel departamental que permita incluirlas⁵.

Dado que los procesos que operan en cada dimensión y la interacción entre los mismos difiere a lo largo del ciclo de vida de la niñez, se diferenciaron tres etapas: (i) la primera infancia, que va desde la concepción a los 5 años; (ii) la niñez entre los 6 y 11 años; y (iii) la adolescencia, que va de los 12 a 17 años.

Por este motivo la construcción del Índice de Desarrollo del Niño se ha organizado en base al ciclo de vida de la niñez y a las tres dimensiones que limitan o potencian su desarrollo integral.

⁵ Es necesario por su relevancia tomar en cuenta el levantamiento de información en los temas de participación, medio ambiente, y niños con discapacidad en las encuestas y censos que se realicen.

1.2 EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO

La metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño⁶

Los criterios de selección de la metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño (IDN) tomaron en cuenta tanto el marco conceptual al que se adscribe el presente estudio⁷ como las limitaciones de información estadística disponible respecto a las tres dimensiones identificadas.

Desde el marco conceptual se buscó una metodología que permitiera reflejar la naturaleza multidimensional del desarrollo del niño. Esto implicó dos condiciones⁸: la primera consiste en respetar la indivisibilidad de los derechos, reconociendo que las tres dimensiones tienen *ex ante* la misma importancia y, por lo tanto, no pueden ser clasificadas en orden jerárquico. Esto implicó en términos metodológicos darle a cada dimensión el mismo peso o ponderador (1/3). La segunda condición consiste en capturar la complementariedad parcial entre las dimensiones⁹, reconociendo que la mejora en una dimensión no sustituye perfectamente el deterioro que ocurre en otra.



Para graficar la complementariedad parcial entre las dimensiones, consideremos un índice en el cual la dimensión de salud y nutrición está representada por la proporción de adolescentes con anemia, y la dimensión de aprendizaje y educación está representada por la proporción de adolescentes con atraso escolar. Si el departamento de Punku presentó en 1996 una tasa de anemia de 75% y una tasa de atraso escolar de 22%, y en el año 2004 reportó una tasa de anemia de 80% y una tasa de atraso escolar de 17%, es razonable esperar que el índice no muestre mejoras sino más bien refleje el deterioro en el desarrollo de los adolescentes.

Para graficar la complementariedad parcial entre las dimensiones, consideremos un índice en el cual la dimensión de salud y nutrición está representada por la proporción de adolescentes con anemia, y la dimensión de aprendizaje y educación está representada por la proporción de adolescentes con atraso escolar. Si el departamento de Punku presentó en 1996 una tasa de anemia de 75% y una tasa de atraso escolar de 22%, y en el año 2004 reportó una tasa de anemia de 80% y una tasa de atraso escolar de 17%, es razonable esperar que el índice no muestre mejoras sino más bien refleje el deterioro en el desarrollo de los adolescentes.

Afirmar que las dimensiones de desarrollo son complementarias, exige asumir que la mejora en una dimensión con mejor desempeño no puede compensar el deterioro en una dimensión con un desempeño pobre. En ese sentido, la mejora en el atraso escolar de los adolescentes

⁶ En el anexo 1 se presenta de manera más detallada la metodología de construcción del Índice de Desarrollo del Niño.

⁷ Por limitaciones de espacio, no fue posible introducir este marco conceptual en el documento. Adicionalmente, el estudio base de este documento incluyó una revisión sobre metodologías de medición de fenómenos multidimensionales. Se analizaron dos alternativas de índice: una es la metodología planteada por Bourguignon y Chakravarty (2003) que permite capturar la experiencia individual de las carencias; y la segunda es la metodología que permite trabajar con datos agregados planteada por Arnand y Sen para el Informe de Desarrollo Humano de 1997, que es la que se emplea en el presente estudio.

⁸ Como es conocido en la literatura de índices, fueron tomados en consideración otros criterios durante la etapa de evaluación de metodologías de agregación. Sin embargo, estas dos condiciones fueron las que se consideraron indispensables, dada la limitación de información disponible al momento de desarrollar el informe. Existen alternativas superiores a ésta pero que requieren información que aún no está disponible en el país, como se comentará posteriormente.

⁹ En términos metodológicos, la elasticidad de sustitución entre las dimensiones debía ser mayor a 1.

de Punku no puede compensar el deterioro en la anemia, dado que el mayor problema en este departamento es justamente el de salud. Por este motivo en la construcción del IDN para el presente estudio se utilizó formas funcionales que reflejan la complementariedad parcial entre las dimensiones y no el promedio simple¹⁰. Para reflejar de manera más precisa la multidimensionalidad del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes sería necesario contar con información de cada una de las dimensiones identificadas para una misma persona, la cual refleje la ausencia de limitaciones para el desarrollo de un niño en particular y una vez agregada permita hacer inferencia a nivel departamental. Sin embargo, en el caso peruano no se cuenta con dicha información por lo que se optó por utilizar diferentes encuestas que tienen representatividad a nivel departamental.

El Índice de Desarrollo del Niño por ciclo de vida

En base a los criterios de selección de la metodología se construyeron tres Índices de Desarrollo del Niño: uno para la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años), un segundo para la niñez (de 6 a 11 años) y un tercero para la adolescencia (de 12 a 17 años). En cada etapa el índice mide la ausencia de limitaciones en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en las tres dimensiones identificadas: salud y nutrición, aprendizaje y educación, y entorno y protección de derechos. En el cuadro 4 se presenta los criterios de selección de los indicadores para cada dimensión.

Cuadro 4

Criterios de selección de indicadores de las dimensiones de desarrollo del niño, niña y adolescente

DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN

Indicadores que aproximen el estado de salud y nutrición de los niños, niñas y adolescentes: (i) estado nutricional, (ii) incidencia de enfermedades.

DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN

Indicadores que aproximen el nivel de desarrollo cognitivo de niños, niñas y adolescentes: (i) avance educativo esperado para su edad, (ii) estimulación temprana del niño y niña de 0 a 5 años de edad (ligado al anterior).

DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS

Indicadores que permitan identificar la existencia de un entorno físico, familiar y comunitario así como el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes: (i) factores del entorno socio-ambiental (entorno físico), (ii) factores socio-económicos (vulnerabilidad económica), (iii) cumplimiento del derecho al nombre del niño y niña de 0 a 5 años.

¹⁰ Una forma alternativa para la construcción del índice es el promedio simple. Este método de agregación extensamente utilizado opera de manera tal que el deterioro en una dimensión del desarrollo puede ser «compensado» por mejoras proporcionales en la otra dimensión, sin tomar en consideración que la severidad de las limitaciones enfrentadas en cada dimensión (y con ella, la importancia relativa de un cambio en sus condiciones sobre el desarrollo del niño) es distinta. Si utilizáramos un promedio simple de indicadores para construir el IDN de la adolescencia de Punku, se tendría un mismo IDN en el año 1996 y en el 2004.

La selección de los indicadores para cada dimensión en las tres etapas del ciclo de vida de la niñez y adolescencia estuvo condicionada a las fuentes de información disponibles en el país y a la posibilidad de contar con indicadores representativos a nivel departamental. Las fuentes de información utilizadas en la construcción de estos índices son las siguientes:

- La Encuesta Continua 2006, la Encuesta Nacional de Hogares (Anual) 2006 y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- El Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004 del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
- El Censo de Talla 2005 del Ministerio de Educación.

El índice puede tomar valores entre 0 y 1, donde el departamento con un valor más cercano a 1 es el que presenta un mayor desarrollo relativo en la etapa del ciclo de vida bajo análisis. Esto refleja que en dicho departamento las limitaciones al desarrollo enfrentadas por sus niños, niñas y adolescentes son menores a las enfrentadas por sus pares de otros departamentos, lo cual no implica que se estén brindando en ese departamento las condiciones adecuadas para su desarrollo.

Para tener una idea más aproximada de la situación de la niñez y adolescencia en cada una de las etapas del ciclo de vida se presenta un análisis más detallado de indicadores de salud y nutrición, aprendizaje y educación, y entorno y protección de derechos.

Limitaciones del Índice de Desarrollo del Niño

Es importante precisar que este índice ofrece una mirada global a los niveles relativos de limitaciones al desarrollo enfrentados por los niños, niñas y adolescentes en los diferentes departamentos del país. Para diseñar políticas y discutir estrategias de intervención efectivas es necesario el análisis detallado de cada dimensión del desarrollo y, sobre todo, un conocimiento cabal de lo que ocurre al interior de los departamentos, dado que los grandes promedios regionales esconden grandes brechas al interior (por grupos étnicos, situación de pobreza, áreas aisladas, entre otras posibles subdivisiones).

Por otra parte la ausencia de información con representatividad departamental que provea datos individuales sobre las tres dimensiones identificadas, y para todos los grupos etéreos, limitó la posibilidad de incorporar en el índice dos elementos esenciales: (i) la medición de la mayor o menor severidad de las carencias experimentadas por los niños, niñas y adolescentes en cada una de las dimensiones de desarrollo, y (ii) el rango de error de cada indicador, debido a que las bases de datos utilizadas provienen de diseños muestrales diferentes.

La ausencia de indicadores que reflejen la mayor o menor severidad de las carencias lleva a que el índice capture por ejemplo la tasa de desnutrición crónica departamental pero no pueda capturar que tan severa es la desnutrición en cada niño y la crudeza de sufrir simultáneamente atraso escolar y vivir en un entorno poco propicio para su desarrollo. Esto será posible



cuando se cuente con encuestas que recojan a nivel individual información clave sobre salud, educación y entorno para los tres grupos etáreos, de manera que permita elaborar un índice departamental que se base en la agregación de índices individuales de desarrollo.

Dado que la información disponible no es censal, los indicadores que se desprenden de estas fuentes tienen rangos de error¹¹, los cuales no pueden ser incluidos en el cálculo del índice porque provienen de bases de datos con diseños muestrales diferentes. Al no ser posible definir los rangos de error del índice podemos clasificar erróneamente a los departamentos en determinadas posiciones relativas. Es importante por ello utilizar el índice con cautela, identificando grupos de departamentos en estado crítico (comparando los extremos), y evitando comparar departamentos con índices que presenten valores muy cercanos (pues sus intervalos de confianza o rangos de error, en caso los tuviéramos, podrían indicar que ambos departamentos se encuentran en la misma posición relativa).

Es así que, reconociendo las limitaciones, el Índice de Desarrollo del Niño busca reflejar la multidimensionalidad del desarrollo, permitiendo la identificación de departamentos que en términos relativos a otros presentan mayores o menores limitaciones al desarrollo integral de sus niños, niñas y adolescentes y la visibilización de las brechas entre los departamentos de mayor y menor desarrollo relativo.

¹¹ Los rangos de error pueden ser mayores o menores dependiendo de la fuente de información que se emplee, incluso un mismo indicador puede tener mayor precisión para un departamento que para otro.



2. LA SITUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA (DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA 5 AÑOS)

2. LA SITUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA (DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA 5 AÑOS)

2.1 EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL DEPARTAMENTAL

La primera infancia es una etapa fundamental en el crecimiento¹² y desarrollo¹³ de todo ser humano. El crecimiento y el desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida, época en la cual el cerebro se forma y se desarrolla a la máxima velocidad. Si en estos períodos se altera el adecuado desarrollo del cerebro se producirán consecuencias, que afectarán al niño durante toda su vida.

La manifestación más obvia de las consecuencias, es una estatura más corta que la esperada para la edad del niño. Sin embargo, éste es solamente el signo exterior de otros problemas que pueden producirse en el aprendizaje y el desarrollo del comportamiento emocional y social del niño, los que podrían reducir su capacidad de éxito en la escuela, adaptarse a la sociedad en la que vive y prepararse para tener una vida productiva en la edad adulta.



¹² El crecimiento se refiere a la estatura y al peso del cuerpo y de los órganos.

¹³ El desarrollo tiene que ver con la programación y la maduración de las funciones del cerebro.

Siendo esta una etapa fundamental que tiene repercusiones en toda la vida del niño, para la construcción del IDN en la primera infancia se utilizaron indicadores que buscan identificar las condiciones en las que se desarrollan los niños y niñas desde la concepción hasta los 5 años de edad. Estos indicadores se presentan en el cuadro 5.

Cuadro 5

Indicadores utilizados en el IDN en la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años)¹⁴

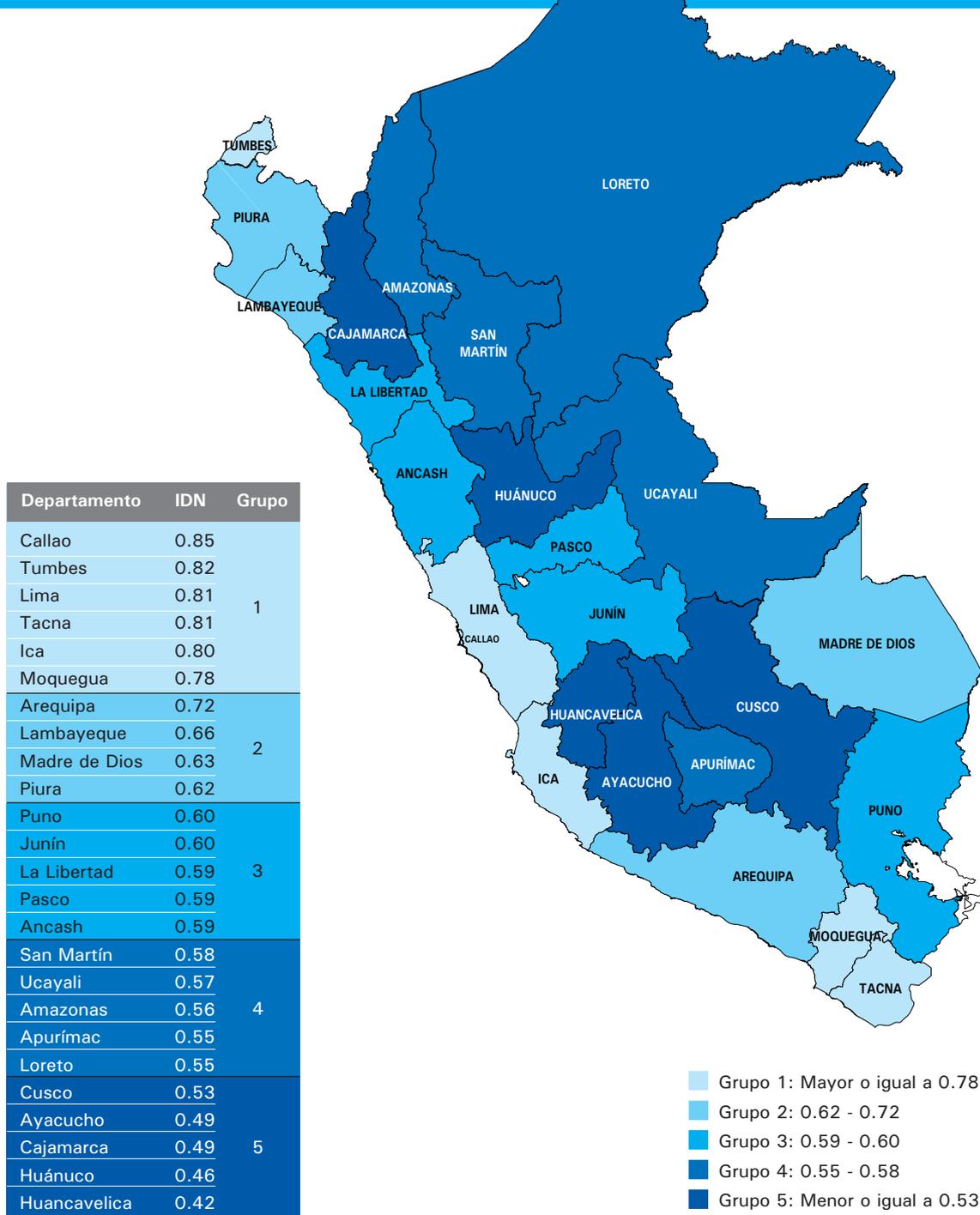
DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN
Tasa de desnutrición crónica de niños de 0 a 5 años (MONIN 2004).
Proporción de partos atendidos por profesionales de salud (ENDES 2004-2006).
DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN
Proporción de niños entre 3 y 5 años con algún atraso en asistencia a educación inicial (ENAHO 2006).
Proporción de niños de 0 a 5 años cuya madre no alcanzó a culminar la educación primaria (ENAHO 2006).
DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS
Proporción de niños de 0 a 5 años que viven en hogares que carecen de fuentes mejoradas de agua y saneamiento (ENCO 2006).
Proporción de niños de 0 a 5 años que viven en hogares con alta dependencia económica (ENAHO 2006).
Proporción de niños de 1 mes de nacidos a 5 años que no cuentan con partida de nacimiento (ENCO 2006).

En cuanto a la situación relativa de los departamentos respecto al estado de desarrollo de sus niños y niñas menores de 5 años, se puede observar que Lima y Callao y otros departamentos de la costa como Ica, Tacna, Tumbes y Moquegua se encuentran entre los que tienen un mejor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia. Los departamentos de la sierra como Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Cusco y Huancavelica son los de menor desempeño relativo.

En el mapa 1 se puede observar que los departamentos de la sierra central y sur tienden a ubicarse en los últimos lugares, lo cual es consistente con su posición relativa en rankings de pobreza y pobreza extrema. La relación entre pobreza y situación de desarrollo en la zona empieza a aparecer y será precisada a lo largo del documento.

¹⁴ En el anexo 2 se presenta la definición de los indicadores utilizados en la construcción del IDN en la primera infancia.

Mapa 1
Índice de Desarrollo del Niño
en la primera infancia



Fuente: Elaboración propia en base la ENCO 2006, la ENAHO 2006 y la ENDES 2004-2006 del INEI y el MONIN 2004 del CENAN.

A continuación se presenta un análisis más detallado de indicadores relacionados con la salud y nutrición, el aprendizaje y educación, y el entorno y protección de derechos en la primera infancia.

2.2 DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

Atención prenatal y estado nutricional de la madre

La asistencia a los controles prenatales, la suplementación con hierro, el estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo¹⁵ y la atención del parto por personal competente son factores que contribuyen a asegurar un buen estado de salud de la madre y el adecuado crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

La atención prenatal supone un seguimiento periódico del bienestar y la salud de la madre y el niño con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto. La asistencia regular a dichos controles es un indicador de que la madre está realizando los cuidados mínimos para el óptimo desarrollo de su bebé.

En el Perú el acceso a las atenciones prenatales ha mejorado de manera importante en los últimos 10 años. Como se puede observar en el cuadro 6, la proporción de madres gestantes que acudieron a por lo menos un control prenatal se incrementó de 67% en el año 1996 a 91% en el 2004-2006. Aumento que se debe principalmente a la mejora en la zona rural, que pasó de 47% a 83% en el mismo período.

De igual manera el porcentaje de madres gestantes que acudió a 4 o más controles prenatales pasó de 54% en el año 1996 a 87% en el 2004-2006 a nivel nacional.

Cuadro 6
Atención prenatal^{1/}
En porcentaje

	Nacional		Urbano		Rural	
	1996	2004-6 ^{1/}	1996	2004-6 ^{1/}	1996	2004-6 ^{1/}
Atención prenatal por profesionales de salud ^{2/}	67	91	81	97	47	83

Fuente: Elaboración en base a los Informes ENDES 1996 y ENDES 2004-2006, INEI.

^{1/} Nivel de confiabilidad de los indicadores: Los datos sin indicación (*, **) tienen errores estándar relativos menores a 10%.

^{2/} Profesionales de salud: médico, obstetrix o enfermera.

A pesar del aumento en la asistencia de las madres gestantes a 4 o más controles prenatales llama la atención que no se observe mejoras en la nutrición de las gestantes. En el cuadro 7 se puede observar que el 43% de las mujeres gestantes y el 47% de las lactantes sufren de anemia (MONIN 2004). La causa más común de la anemia es la deficiencia de hierro y, en caso de no tratarse, puede ocasionar un deficiente crecimiento y desarrollo del niño en su

¹⁵ Diversos estudios han demostrado la relación entre una buena alimentación de la madre y menores complicaciones durante el embarazo y el parto (Papalia, 1994).

vientre, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer; y, en los casos más graves, aumenta el riesgo de mortalidad materna. Si bien no son cifras estrictamente comparables por provenir de una encuesta distinta, la ENDES 2000 arrojaba las siguientes cifras de anemia: 39% para las gestantes y 40% para las lactantes.

Cuadro 7

Anemia en las mujeres en edad fértil^{1/}

En porcentaje

	Nacional	Urbano	Rural
Anemia en gestantes	43	40 *	45
Anemia en lactantes	47	44	49
Anemia en mujeres en edad fértil – no gestantes ni lactantes	38	35	42

Fuente: Elaboración en base al Informe del MONIN 2004 (INS-CENAN).

^{1/} Nivel de confiabilidad de los indicadores: Los datos sin indicador (*, **) tienen errores estándar relativos menores a 10%.

* El error estándar relativo es de 11%, por lo que el dato debe ser tomado con cautela.

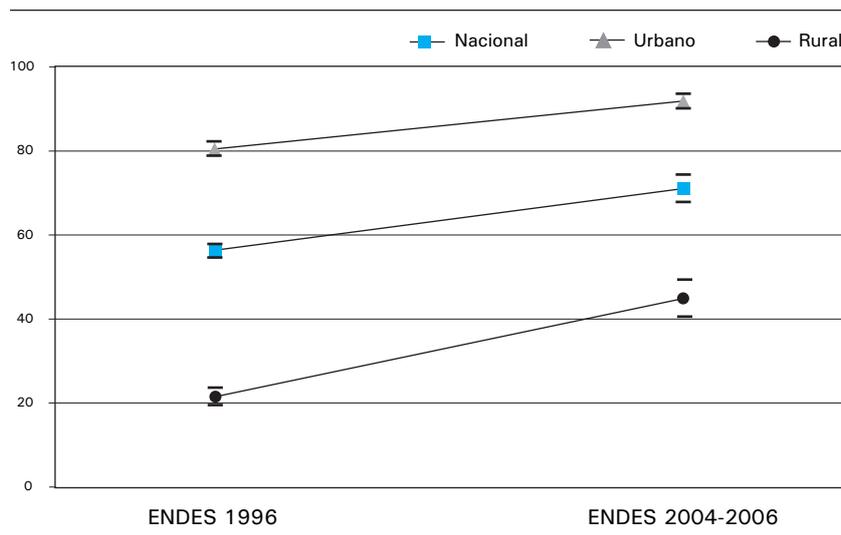
Atención del parto

Las mejoras en la cobertura del parto asistido por profesionales de salud ha sido notable en los últimos diez años, como se observa en el siguiente gráfico. De 1996 a 2004-2006 los partos atendidos por profesionales de salud se han incrementado de 56% a 71%. En el área urbana se incrementó de 81% a 92% y en el área rural se duplicó, de 22% a 45% en el mismo período.

Gráfico 2

Partos atendidos por profesionales de salud

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base a los Informes ENDES 1996 y ENDES 2004-2006, INEI.

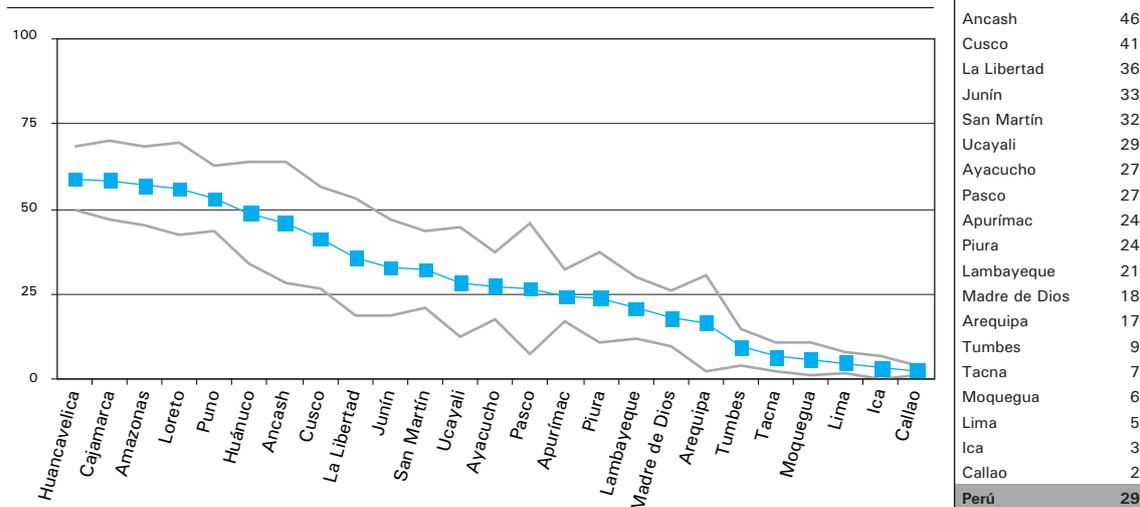
De otro lado, en relación a los partos no atendidos por profesionales de salud, se puede observar las notables diferencias entre los departamentos de Huancavelica (59%), Cajamarca (59%) y Amazonas (57%), donde alrededor del 60% de los nacimientos no es atendido por profesionales de salud y los departamentos de Lima (5%), Ica (3%) y Callao (2%) donde dicho porcentaje es menor a 5%.

Gráfico 3

Proporción de nacimientos NO atendidos por profesionales de salud (médico, obstetrix o enfermera)

Del total de nacimientos ocurridos entre los años 2004 y 2006

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe ENDES 2004-2006, INEI.

Si bien los datos en atención prenatal indican que se van cerrando las brechas entre zonas rurales y urbanas, la atención de profesionales de salud en el parto sigue mostrando diferencias significativas: en el área urbana el 92% de los partos fue atendido por profesionales de salud y en la rural sólo el 45%. En la zona rural esto podría asociarse con el limitado acceso a los servicios de salud, el escaso equipamiento e implementos que permitan una atención más cercana a las prácticas culturalmente aceptadas por la población.

Mortalidad infantil y en la niñez

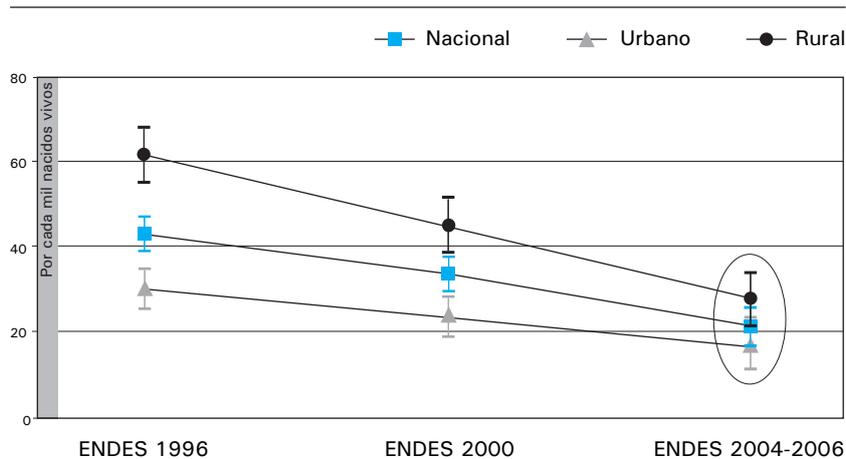
La mortalidad infantil (antes de cumplir el primer año de vida), la mortalidad en la niñez (antes de cumplir los 5 años de vida) y la mortalidad neonatal (muertes ocurridas durante el primer mes de vida) se han reducido de manera importante en los últimos diez años a nivel nacional. La mortalidad infantil ha disminuido de 43 por mil nacidos vivos en el año 1996 a 21 en el 2004-2006 y la mortalidad en la niñez de 59 por mil nacidos vivos a 29 en el mismo período¹⁶, datos que nos sitúan en el promedio latinoamericano¹⁷.

Como se muestra en los gráficos 4a y 4b, esta reducción se ha debido fundamentalmente a las mejoras en el área rural, que en el caso de la mortalidad infantil se ha reducido de 62 por mil nacidos vivos en 1996 a 27 en el 2004-2006 y en el de la mortalidad de la niñez de 86 por mil nacidos vivos a 39 en el mismo período. Con ello la diferencia entre el área urbana y rural se ha reducido significativamente. Si bien los rangos de confiabilidad de estos valores¹⁸ son diferentes para los distintos años¹⁹, resulta claro en los gráficos que la mejora ha sido importante.

Gráfico 4a

Mortalidad infantil

Muertes antes de cumplir el primer año de vida, por cada mil nacidos vivos



Fuente: Elaboración en base a los Informes ENDES 1996, ENDES 2000 y ENDES 2004-2006, INEI. Los reportes hacen referencia a los 5 años anteriores a la encuesta.

¹⁶ Datos de ENDES 1996 y 2004-2006, INEI. Los reportes hacen referencia a los 5 años anteriores a la encuesta.

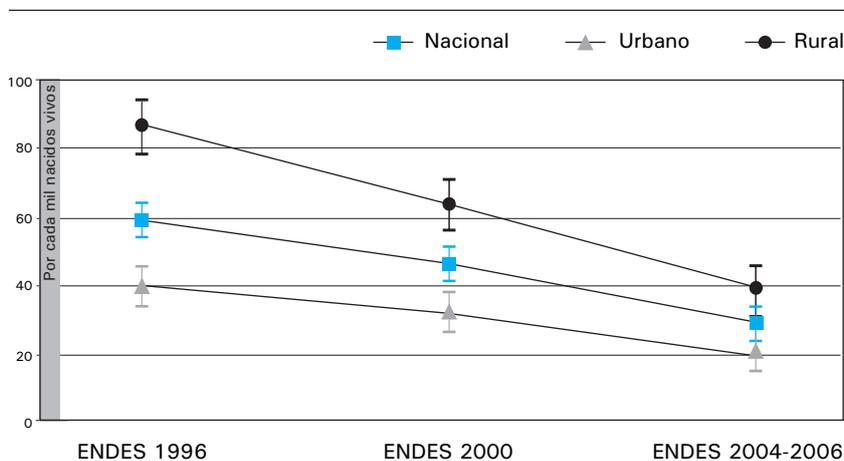
¹⁷ Según datos del Estado Mundial de la Infancia 2007 de UNICEF, el promedio latinoamericano de la mortalidad infantil es de 26 por mil nacidos vivos y el de la mortalidad en la niñez es de 31.

¹⁸ Los intervalos de confianza mostrados en el gráfico 4a permiten al lector conocer el rango de duda de la estimación de la mortalidad infantil. Esto permite concluir si las diferencias en los estimados son estadísticamente significativas o, por el contrario, indistinguibles. Por ejemplo, si el lector tiene interés en conocer si la mortalidad infantil en áreas rurales era menor, mayor o igual a la de áreas urbanas en el año 1996, puede comparar los intervalos de confianza de ambos indicadores. Dado que la mortalidad infantil en áreas urbanas estaba entre 25 y 35 por cada mil nacidos vivos (el punto medio es el estimador: 30/1000), y la mortalidad infantil en áreas rurales estaba entre 55 y 68 por cada mil nacidos vivos (la tasa estimada era de 62/1000), es posible concluir que la mortalidad infantil en áreas urbanas era mayor que la de áreas rurales. Por otro lado, si el lector desea conocer si esas diferencias se han mantenido, debe comparar el indicador urbano que está entre 11 y 23 por cada mil nacidos vivos (17/1000) y el indicador rural que está entre 21 y 33 por cada mil nacidos vivos (27). La conclusión en este caso es que ya no existen diferencias entre la mortalidad infantil en áreas rurales y urbanas (al menos no al 95% de confianza).

¹⁹ Esto se debe a que la ENDES 2004-2006 cuenta sólo con 3/5 de las muestras requeridas para tener la misma precisión de la ENDES 1996 y la ENDES 2000. En el año 2008 se completará esta serie.

Gráfico 4b**Mortalidad en la niñez**

Muertes antes de cumplir los cinco años, por cada mil nacidos vivos

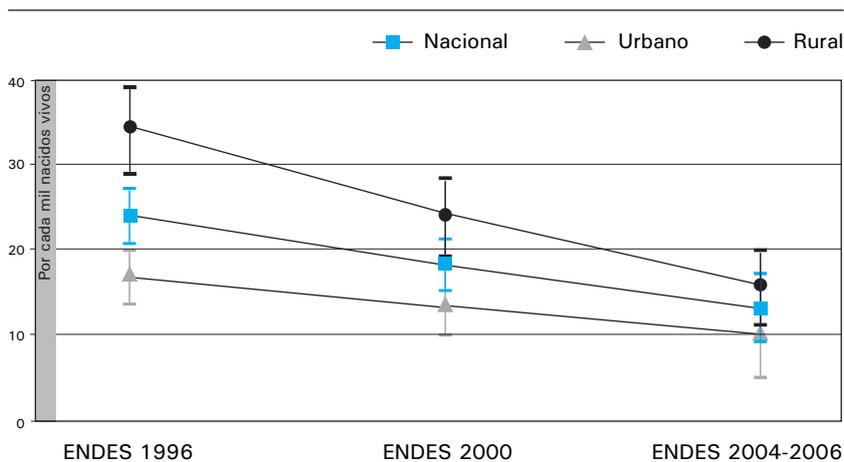


Fuente: Elaboración en base a los Informes ENDES 1996, ENDES 2000 y ENDES 2004-2006, INEI. Los reportes hacen referencia a los 5 años anteriores a la encuesta.

Como se observa en el gráfico 4c, la mortalidad neonatal a nivel nacional se ha reducido de 24 por mil nacidos en 1996 a 13 en el 2004-2006. Esto es consistente con lo ocurrido en el área urbana y rural, donde en el mismo período la mortalidad neonatal en el área urbana pasó de 17 a 11 por mil nacidos vivos y en el área rural de 34 a 16. Cabe resaltar que la mortalidad en el período neonatal representa más del 60% de las muertes ocurridas antes de cumplir un año de edad²⁰ por lo cual es prioritario seguir desarrollando intervenciones para asegurar que esta reducción en la tasa de mortalidad neonatal se mantenga.

Gráfico 4c**Mortalidad neonatal**

Muertes durante el primer mes de vida, por cada mil nacidos vivos



Fuente: Elaboración en base a los Informes ENDES 1996, ENDES 2000 y ENDES 2004-2006, INEI. Los reportes hacen referencia a los 5 años anteriores a la encuesta.

²⁰ Las muertes durante el primer mes de vida representan el 60% de las 21 muertes por mil nacidos vivos antes de cumplir un año de edad.

Peso al nacer

Diversos estudios señalan que una adecuada alimentación y cuidados²¹ de la madre durante el embarazo constituyen factores clave para evitar problemas de bajo peso al nacer. Pollitt (2002) señala que el peso al nacer es uno de los índices más sensibles de la salud del niño en el vientre y del recién nacido. Adicionalmente, el autor muestra que en los países en vías de desarrollo el retraso en el crecimiento intrauterino de los niños nacidos a término está frecuentemente asociado a una mala nutrición de la madre durante el período de gestación²².

Según estimados de la ENDES 2004-2006 alrededor de un 7% de los niños y niñas peruanos que fue pesado nació con menos de 2.5 kg, promedio que no muestra variaciones entre el área urbana y rural ni entre las regiones de la selva, sierra y costa, como se puede apreciar en cuadro 8. No obstante, importantes diferencias aparecen cuando se analiza la proporción de niños que no fueron pesados al nacer, reportándose un 32% de niños y niñas no pesado en áreas rurales frente a un 5% en áreas urbanas. Esta diferencia podría estar asociada a la baja proporción de partos atendidos por profesionales de salud en áreas rurales (45%) en comparación a la observada en áreas urbanas (92%).

Cuadro 8
Peso del niño al nacer
En porcentaje

	No fue pesado	No sabe/sin información	Pesó menos de 2.5 kg	Pesó 2.5 kg o más	Total
Por área de residencia					
Urbano	5	1	7	88	100
Rural	32	3	7	58	100
Por dominios geográficos					
Lima Metropolitana	1	0	6	92	100
Costa (sin Lima Metropolitana)	10	2	7	81	100
Sierra	24	3	7	66	100
Selva	30	1	7	63	100
Por quintiles de riqueza					
Quintil más pobre	45	3	7	45	100
Segundo quintil	21	3	7	69	100
Tercer quintil	5	1	8	86	100
Cuarto quintil	1	1	7	91	100
Quintil más rico	1	0	5	94	100
Nacional	17	2	7	75	100

Fuente: Informe ENDES 2004-2006, INEI.

²¹ Esto incluye asistir a los controles prenatales, evitar fumar o ingerir bebidas alcohólicas, entre otros cuidados.

²² Berger (2004) refiere que dentro de los factores que pueden provocar el bajo peso al nacer, se encuentran la malnutrición y la pobreza.

En zonas rurales, en los hogares de los quintiles más pobres y en los departamentos de la sierra y selva, son mayores las probabilidades de que un niño no sea pesado. Mientras que en áreas urbanas un 5% de los niños y niñas no fue pesado, en zonas rurales ese porcentaje es de 32%. En Lima Metropolitana sólo un 1% no fue pesado, mientras en la sierra y selva un 24% y 30% de los recién nacidos no fueron pesados, respectivamente. En el quintil más rico menos de 1% no fue pesado, mientras que ello no ocurrió en un 45% de los casos en el quintil más pobre.

Estas diferencias alertan sobre la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud materno-infantil a las áreas rurales y a las más pobres en los estratos urbanos, con el fin de monitorear el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas más de cerca y poder identificar problemas en las etapas iniciales de la vida.

Vacunación

Como se mencionó anteriormente, una manera de resguardar el estado de salud del niño y de la madre es la asistencia periódica a los controles prenatales. Siguiendo esta línea, una vez que el niño nace debe ser llevado a sus controles de crecimiento y desarrollo. Estos controles promueven una atención integral al niño, incluyendo tanto la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño como la consejería a los padres sobre temas de salud, nutrición, estimulación y vacunación.

Como se puede apreciar en el cuadro 9 a nivel nacional la cobertura de cada vacuna supera el 80%, a excepción de la vacuna contra la polio. La BCG es la vacuna que más se ha aplicado con 96% y la polio la que menos cobertura ha tenido con 78%. A pesar de esto sólo un 66% de los niños menores de 30 meses ha recibido todas las vacunas que le corresponden para su edad.

Cuadro 9

Vacunación de niños de 18 a 29 meses de edad, según el carné de vacunación o el informe de la madre^{1/}

En porcentaje

Vacunas recibidas	Nacional	Urbano	Rural
BCG	96	97	96
DPT (3 dosis)	84	87	80
Polio (3 dosis)	78	80	74
Sarampión	86	86	85
Recibió todas las vacunas	66	69	62

Fuente: Elaboración en base al Informe ENDES 2004-2006, INEI.

^{1/}Nivel de confiabilidad de los indicadores: Los datos sin indicador (*, **) tienen errores estándar relativos menores a 10%.

Box 1

Vacunación contra la Hepatitis B en las comunidades indígenas Candoshi y Shapra

En el año 1996 se detectó la presencia de Hepatitis B en las comunidades indígenas Candoshi y Shapra que residen en las cuencas de los ríos Morona y Pastaza del Alto Amazonas, provincia del departamento de Loreto. Los 3,000 miembros de dichos grupos étnicos viven en 49 comunidades, localizadas en una de las zonas más alejadas de la Amazonía Peruana, donde las distancias impiden el desplazamiento de manera frecuente y hay una limitada presencia de servicios públicos, tales como escuelas y servicios de salud.

Conforme a un estudio realizado con las organizaciones indígenas locales el 73.7% de la población ha contraído el virus de la Hepatitis B. Hasta el año 2003 se registraron 60 muertes causadas por la Hepatitis B. Los estudios confirman que estas poblaciones estaban en riesgo de que la Hepatitis B se vuelva crónica y cause en la población a temprana edad cirrosis hepática o cáncer de hígado, siendo esto una amenaza para su sobrevivencia como etnia. El contagio de madre a hijo a través de la transmisión vertical es una de las principales causas de contagio en dicha población.

Con el propósito de contribuir a evitar la extinción de los grupos étnicos Candoshi y Shapra, la Red de Salud del Alto Amazonas y la Unidad de Salud de Yurimaguas con el apoyo de UNICEF desarrollaron una intervención que consistió en la vacunación inmediata contra la Hepatitis B de los recién nacidos en las primeras 48 horas de vida, completando dicha vacunación con 3 dosis de Hepatitis B antes de cumplir los seis meses de edad.

Las principales actividades fueron:

- Equipamiento de los servicios de salud: Entrega de refrigeradoras, cajas transportadoras de vacunas y termómetros. Equipos de comunicación radial y botes con motor fueron entregados para facilitar la comunicación y agilizar el traslado del personal de salud a las comunidades.

- Capacitación de promotores varones y mujeres. Esta actividad ha permitido la participación de las mujeres como agentes de salud, función que era tradicionalmente realizada por varones. Los promotores y líderes comunitarios han recibido equipos para facilitar la identificación y referencia de las mujeres embarazadas.
- Realización de talleres de animación cultural y de materiales de comunicación para promover el uso de la vacuna y desarrollar medidas de prevención para evitar la transmisión de la Hepatitis B.

Los resultados fueron:

- De octubre de 2003 a diciembre de 2006 se vacunaron a 707 niños y niñas contra la Hepatitis B. El 91% (643) de los recién nacidos fueron vacunados dentro de las 48 horas de vida gracias a la mejora en el sistema de vacunación y la llegada oportuna de los vacunadores a las comunidades donde ocurrían los nacimientos. La inmunización se completa cuando el niño recibe las 3 dosis de Hepatitis B antes de cumplir los 6 meses de edad, asegurando que los recién nacidos de estos grupos étnicos permanezcan libres del virus de por vida.
- Identificación de todas las mujeres embarazadas en las comunidades a través de la realización de censos. Como resultado, se incrementó el número de mujeres embarazadas, de 40 en el 2002 a 142 en el 2003, llegando a 269 en el 2006.

Para las comunidades Candoshi y Shapra estos resultados son muy alentadores. Ha aumentado la realización de los controles prenatales y la atención de nacimientos por parte de personal de salud calificado. La participación de los líderes comunitarios es continua, ayudando a la identificación oportuna de los nuevos nacimientos y en el traslado de las mujeres embarazadas a los establecimientos de salud.

Lactancia materna y alimentación complementaria

La leche materna brinda la mejor protección a la salud, nutrición y desarrollo de los niños y niñas durante sus dos primeros años de vida. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan, los protege contra enfermedades, y desde el lado emocional fortalece la relación entre la madre y el bebé. La leche materna contiene una combinación de proteínas, vitaminas y ácidos grasos que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento y permiten el pleno desarrollo del cerebro del niño.

En el cuadro 10 se presentan indicadores nutricionales de los primeros años de vida del niño que pueden constituirse en precedentes de una buena o inadecuada nutrición. El primer indicador es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, como es recomendado por la OPS, UNICEF y el Ministerio de Salud. El promedio nacional de la duración de la lactancia materna exclusiva en el Perú es de 4 meses, siendo menor en el área urbana (3 meses) que en la rural (5 meses).

Cuadro 10

Lactancia materna y alimentación complementaria

En meses

	Nacional	Urbano	Rural
Duración de la lactancia materna exclusiva ^{1/}	4	3	5
Duración de la lactancia ^{2/}	16	15	17
Introducción de agüitas o mates ^{2/}	4	4	4
Introducción de caldos ^{2/}	6	6	6
Introducción de papillas ^{2/}	6	6	6
Introducción de alimentos de la olla familiar ^{2/}	11	11	11

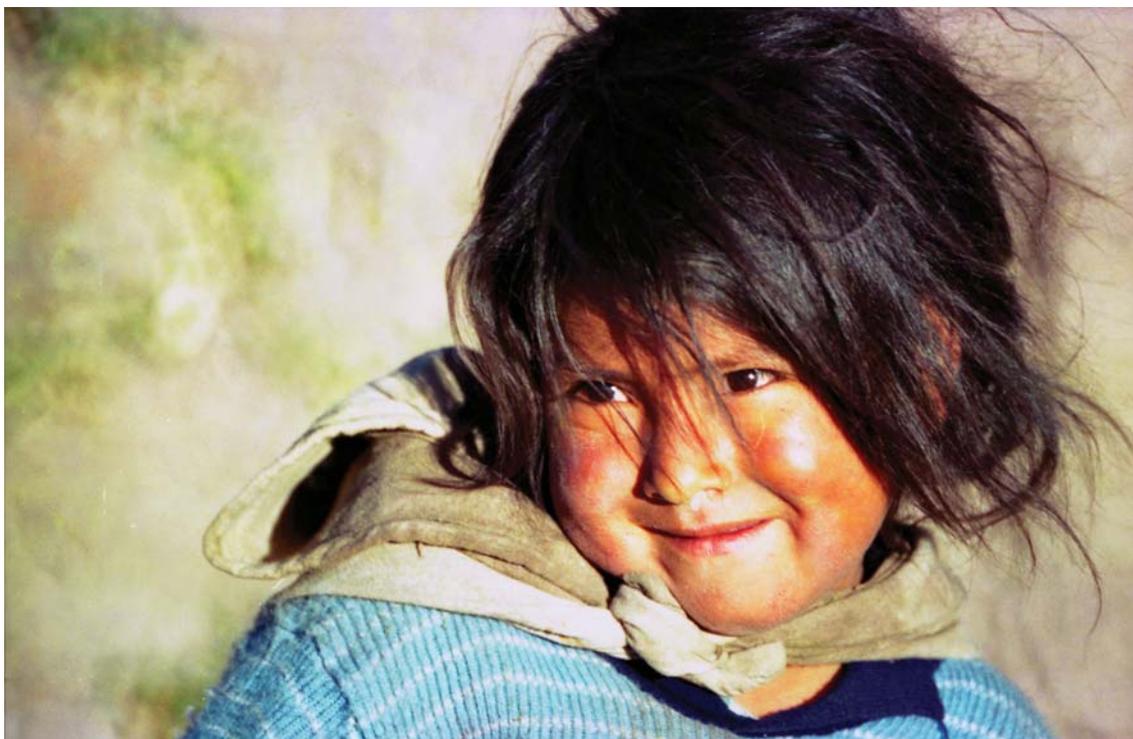
^{1/} Duración mediana de la lactancia exclusiva entre niños menores de 3 años. Esta cifra ha sido extraída del Informe ENDES 2004-2006 (INEI); no se dispone del intervalo de confianza del indicador.

^{2/} Elaborado en base al Informe del MONIN 2004 (INS-CENAN). No se dispone de información sobre la confiabilidad estadística de estos indicadores.

La introducción de agüitas o mates ocurre alrededor del cuarto mes de vida en el Perú, tanto en áreas rurales como urbanas. La introducción de estos líquidos en edades tempranas estaría sustituyendo potenciales tomas de leche materna a demanda, lo cual podría estar indicando limitaciones en la ingesta de nutrientes por parte del bebé²³.

Conforme a los parámetros recomendados, la lactancia materna debe asegurarse por lo menos durante los primeros 24 meses de vida y la alimentación complementaria debe iniciarse en el segundo semestre de vida. En el caso del Perú la introducción de las papillas ocurre en promedio a los 6 meses de vida como puede observarse en el cuadro 10, conforme a lo recomendado.

²³ La leche materna no sólo provee de nutrientes al bebé sino que además lo hidrata, por lo cual no es necesario ofrecerle otros líquidos.



© UNICEF/PERA-9146

Desnutrición y anemia

Respecto a la desnutrición²⁴, de acuerdo al MONIN 2004 aproximadamente un 27% de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad sufren de desnutrición crónica (talla para la edad), con importantes diferencias entre las zonas rurales (33%) y urbanas (18%). Dicha cifra es bastante similar a la encontrada por la ENDES en el año 2000 (26%). La tasa de desnutrición crónica calculada en base a los nuevos patrones de la OMS llegaría a casi 30% (ENDES 2004-2006 del INEI).

Cuadro 11

Desnutrición crónica y anemia en los niños menores de 5 años de edad^{1/}

En porcentaje

	Nacional	Urbano	Rural
Desnutrición crónica	27	18	33
Anemia	50	47	54

Fuente: Elaborado en base al Informe del MONIN 2004 (INS-CENAN).

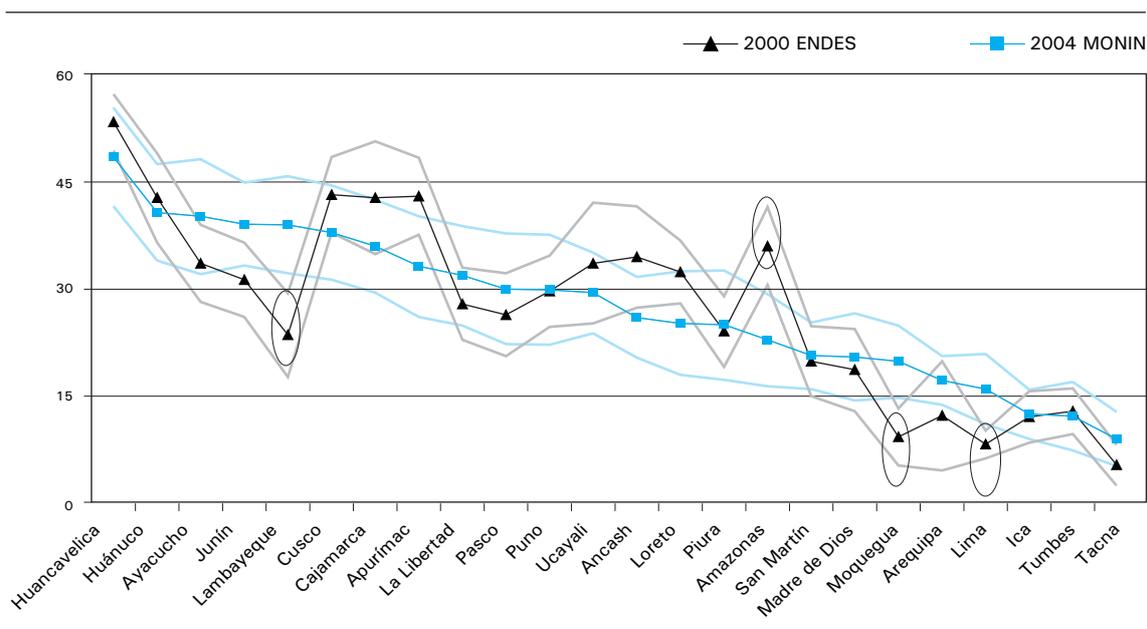
^{1/} Nivel de confiabilidad de los indicadores: Los datos sin indicador (*, **) tienen errores estándar relativos menores a 10%.

²⁴ La información estadística sobre desnutrición crónica y aguda (tanto para niños menores de 5 años de edad como para niños de 6 a 9 años de edad) utilizada en el presente estudio se basa en los estándares internacionales de talla para la edad y peso para la talla vigentes hasta el año 2006, año en el que la OMS publicó los nuevos patrones de referencia. Para mayor información, ver <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060502a.htm>. De acuerdo con los patrones utilizados en este estudio, la tasa de desnutrición crónica calculada por el INEI en la ENDES 2004-2006 era de 24% y según los nuevos patrones estaría en casi 30%. Cabe resaltar que los datos proporcionados en el Cuadro 11 (27%) han sido estimados con la metodología previa (al igual que el 24% del INEI) pero con información recogida por CENAN en el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales, MONIN. Aunque los números difieren en casi 3 puntos es de esperar que los intervalos de confianza, o rangos de error de ambos estimados, sean coincidentes y por tanto estadísticamente equivalentes.

De acuerdo a la información disponible, a pesar de los esfuerzos realizados, la desnutrición crónica no ha disminuido en la mayoría de departamentos del país. Esto se puede observar en el gráfico 5 donde, además del porcentaje de casos con desnutrición crónica en cada departamento para ambos años, se presentan los intervalos de confianza correspondientes. Cada intervalo representa el rango de valores dentro del cual puede encontrarse el valor real de la desnutrición crónica para el año 2000 y 2004²⁵. En la mayor parte de los departamentos los intervalos de confianza se cruzan parcial o totalmente, lo cual indica que la tasa de desnutrición crónica del año 2000 es similar a la del 2004.

Sólo en los departamentos de Lambayeque, Amazonas, Moquegua y Lima los intervalos de confianza no se cruzan, lo cual se encuentra destacado en el gráfico por medio de círculos en torno al dato del 2000.

Gráfico 5
Desnutrición crónica en la primera infancia
Comparación 2000-2004
En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe ENDES 2000 (INEI) y MONIN 2004 (INS-CENAN).

²⁵ Las líneas que aparecen encima y debajo del indicador departamental de desnutrición crónica 2000 y 2004, representan el intervalo de confianza, como ocurre en los demás gráficos que se presentan en el documento.

Box 2

La relación entre desnutrición y pobreza

Si bien no se cuenta con estudios longitudinales que permitan identificar claramente la forma cómo se relaciona la situación nutricional de los niños y sus ingresos económicos futuros, los datos y estudios disponibles permiten de forma indirecta establecer algunas asociaciones. Grantham-McGregor y colegas (2007), señalan que la desnutrición es uno de los canales a través de los cuales la pobreza puede llegar a ocasionar un menor desarrollo cognitivo y socio-emocional, y a través de ellos un bajo nivel de escolaridad.

Ciertamente los niños y niñas que crecen en entornos de recursos económicos limitados enfrentan mayores problemas para obtener los nutrientes necesarios para un adecuado desarrollo. De otro lado, son los bajos niveles de escolaridad los que finalmente terminarían ocasionando menores ingresos futuros y por ende aumentando el riesgo de una transmisión intergeneracional de la pobreza.

Desde esa perspectiva, la desnutrición puede ser un resultado de la pobreza al mismo tiempo que la puede llegar a ocasionar. Según un informe del Banco Mundial (2006), la prevalencia de la desnutrición se encuentra mayormente (dos o tres veces más) en hogares pertenecientes a los quintiles más pobres.

Si bien los estudios establecen claramente que las limitaciones nutriciona-

les de los primeros años de vida influyen en el desarrollo cognitivo de los niños y niñas y por ende para su desarrollo posterior, según Grantham-McGregor y colegas (2007) existe también mucha evidencia sobre la importancia de las intervenciones para prevenir la pérdida de potencial en niños y niñas que viven en entornos de pobreza. En la medida que dichas intervenciones se den más temprano en el ciclo de vida, sus resultados pueden ser mejores. Por ello se afirma que lo que se logra económicamente con los programas que intervienen en los problemas de desnutrición de forma temprana, supera los costos económicos que ocasionan los mismos (Banco Mundial, 2006).



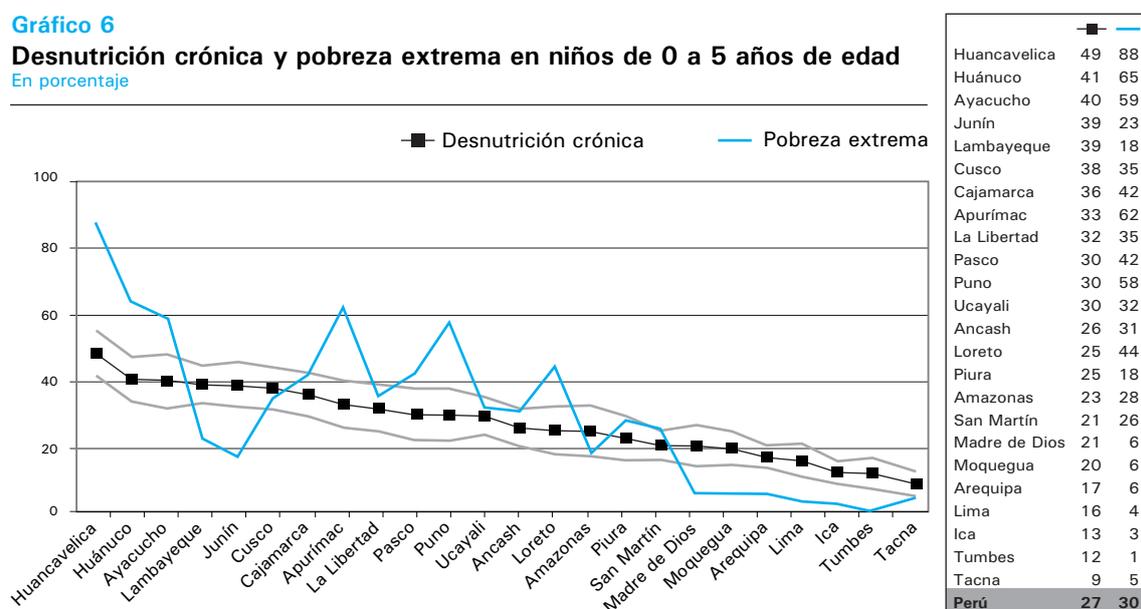
©UNICEF/PERA/2007

En el gráfico 6 se observa que la desnutrición crónica y la pobreza a nivel departamental son procesos que tienen cierta relación, pero que no siempre se mueven en la misma dirección²⁶. En departamentos tales como Lambayeque y Lima hay más niños y niñas de 0 a 5 años desnutridos que en pobreza extrema²⁷ y en otros, como Huancavelica y Huánuco, hay niños y niñas en pobreza extrema que no están desnutridos. En ese sentido, la desnutrición crónica parecería tener otros elementos que la condicionan, más allá de la propia pobreza. Es probable que las diferencias en prácticas de nutrición y cuidado de la salud entre áreas y entornos culturales distintos pero con problemas de pobreza similares permita a algunos hogares impedir que la desnutrición sea el resultado inevitable de su condición de carencias. Algunas intervenciones centradas en información sobre prácticas de nutrición y cuidado de la salud que se adecúen a los entornos culturales particulares de las poblaciones en mayor carencia pueden ser fundamentales en la tarea de reducir la desnutrición de manera más radical. Un ejemplo es la difusión de los beneficios de la lactancia materna hasta los dos años y de la adecuada alimentación complementaria.

Gráfico 6

Desnutrición crónica y pobreza extrema en niños de 0 a 5 años de edad

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 (INEI) y al Informe del MONIN 2004 (INS-CENAN).

²⁶ La definición de pobreza extrema utilizada por el INEI es la incapacidad de solventar con los ingresos familiares (incluyendo la valorización del autoconsumo y el autosuministro) el costo de la canasta básica alimentaria. La pobreza no extrema se refiere a la incapacidad del hogar de solventar el costo de la canasta básica familiar que incluye tanto el consumo de alimentos como de otros bienes básicos para la vida como la salud, educación de los hijos, transporte, vivienda, calzado, entre otros.

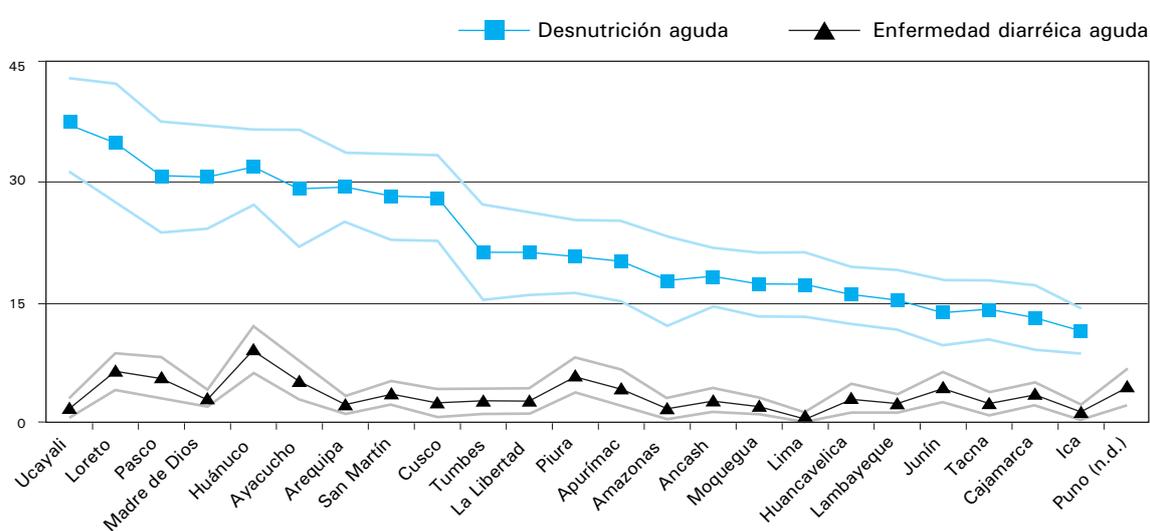
²⁷ En el gráfico 6 los departamentos que tienen más niños desnutridos que en pobreza extrema son aquellos en los que la línea de pobreza extrema está por debajo de la línea de desnutrición crónica.

Un indicador adicional del estado nutricional de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad es el de desnutrición aguda (peso para la talla). Según estudios realizados este indicador es bastante sensible a episodios de enfermedades diarreicas agudas (EDA), comunes en entornos de pobreza. Sin embargo, esta asociación no es capturada por los datos agregados a nivel departamental. Como muestra el gráfico 7, no existen mayores diferencias en la incidencia de desnutrición aguda entre departamentos, aunque sí se observan diferencias marcadas en la incidencia de EDA.

Gráfico 7

Desnutrición aguda y enfermedades diarreicas agudas en los primeros años de vida

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a información de desnutrición aguda y de enfermedades diarreicas agudas de MONIN 2004 (INS-CENAN).

Otro de los problemas nutricionales en la primera infancia es la prevalencia de anemia, cuya causa más común es la deficiencia de hierro. Según el MONIN, en el año 2004 la mitad de los niños y niñas entre 0 y 5 años de edad en el Perú tenía anemia, cifra similar a la estimada por la ENDES para el año 2000 (50%) y ligeramente menor a la estimada por la ENDES para el año 1996 (57%)²⁸. Cabe señalar que para los niños y niñas menores de 6 meses, la prevalencia de anemia podría estar relacionada con la alta prevalencia de anemia en gestantes (43%) y lactantes (47%) a nivel nacional.

²⁸ El intervalo de confianza de anemia en la primera infancia según el Informe del MONIN oscila entre 48% y 53%, por lo que es de esperar que la diferencia no sea muy grande entre los estimados de 1996 y 2004.

En el cuadro 12 se puede observar que los departamentos de Lambayeque (32%) y San Martín (31%) tienen los porcentajes más bajos de niños y niñas menores de 5 años con anemia. En cambio, Ucayali y Pasco son los que presentan los mayores porcentajes con 63% y 60%, respectivamente. Llama la atención que Lima se ubique entre los departamentos con mayor incidencia de anemia (58%). Es posible que una mirada más detallada a nivel provincial dé mayores luces al respecto, sin embargo, información a ese nivel de desagregación no está disponible todavía.



©UNICEF/PERA-9162

Cuadro 12
Incidencia de anemia en niños de 0 a 5 años de edad
En porcentaje

Área de residencia	%
Urbano	47
Rural	54
Nacional	50
Departamento	%
Ucayali	63
Pasco	60
Arequipa	58
Huancavelica	58
Lima	58
Huánuco	57
Cusco	56
Puno	55
Apurímac	54
Moquegua	54
Madre de Dios	53
Ancash	52
Cajamarca	49
Tacna	49
Ayacucho	48
Ica	45
Junín	45
Loreto	44
Amazonas	40
Tumbes	38
La Libertad	37
Piura	37 *
Lambayeque	32
San Martín	31 *

* Estos datos deben ser interpretados con cautela pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes (el error estándar relativo es mayor a 10% y menor a 30%).
Fuente: Elaboración en base al Informe del MONIN 2004 (INS-CENAN).

Box 3

Un buen inicio en la vida de las niñas y niños de Santa María de Chicmo

Apurímac es una de las regiones más pobres del país que presentaba una de las tasas más altas de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en el año 2000: 43% en comparación con el 25% del nivel nacional. Porcentaje que es mayor en las comunidades rurales, como las del Distrito de Santa María de Chicmo en la Provincia de Andahuaylas, que en el año 2001 presentaba una tasa de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de 52% en cinco comunidades.

En el año 2001 la DISA Apurímac II y la ONG Kusi Warma en alianza con UNICEF y con el apoyo financiero de USAID, iniciaron la implementación del Programa Buen Inicio en cinco comunidades del distrito de Santa María de Chicmo con el objetivo de promover el crecimiento y desarrollo temprano de las niñas y niños menores de tres años desde la gestación, contribuyendo así a la reducción de la desnutrición crónica y la deficiencia de micronutrientes.

Buen Inicio trabaja desde un enfoque preventivo e integral que aborda los factores determinantes del problema relacionados a la nutrición, salud, higiene y estimulación psicoafectiva y centra su atención en la mejora de prácticas y comportamientos vinculados con el cuidado y la atención de los niños y las niñas, a partir de una metodología participativa y en base a los recursos existentes en la familia, la comunidad y en las instituciones.

La estrategia contempla: a) el fortalecimiento de los servicios de salud para la atención integral de la gestante y el niño con un paquete mínimo de monitoreo del crecimiento y desarrollo temprano, y b) la implementación de sistemas de vigilancia comunitaria —manejados por los agentes y las autoridades comunales— para tomar decisiones oportunas en la mejora del

cuidado del niño y la niña. Transversalmente se desarrolla la estrategia de comunicación social, privilegiando el uso de imágenes visuales a través de la fotografía documental y el uso de la radio del municipio y los altoparlantes de las comunidades para difundir los mensajes educativos.

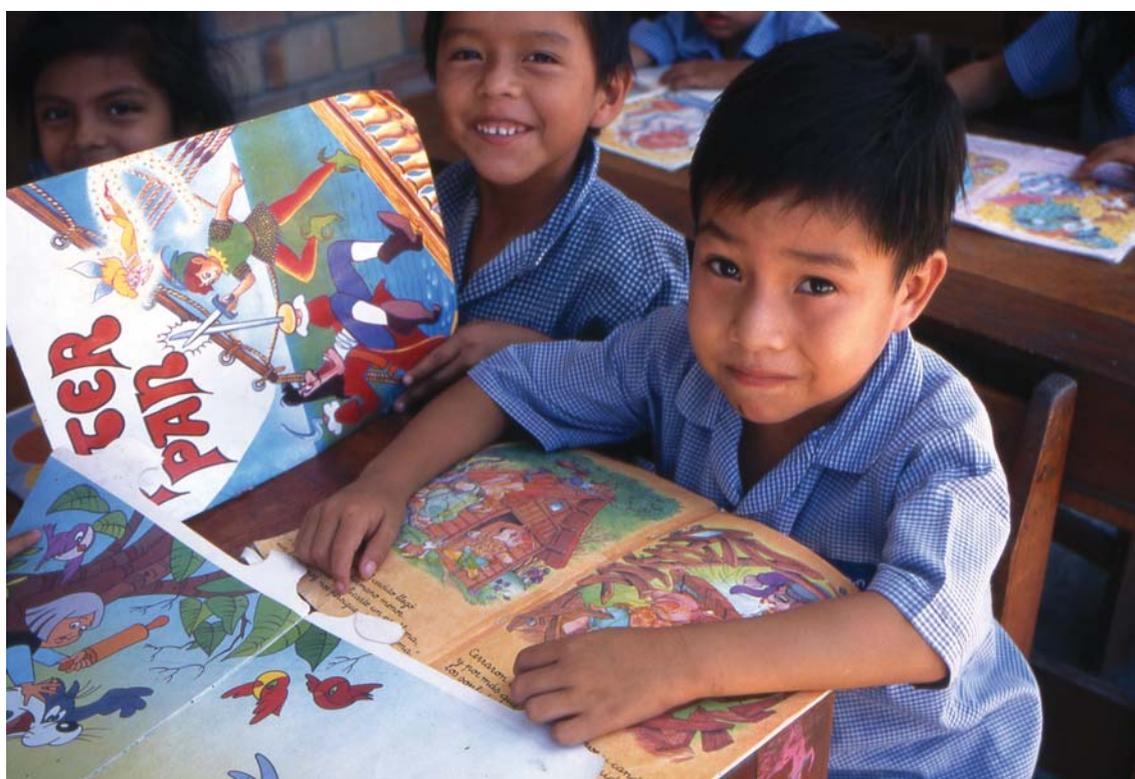
Buen Inicio se ha extendido progresivamente a todas las comunidades del distrito, beneficiando anualmente a más de 550 niños menores de tres años y 100 gestantes. Los resultados indican una reducción significativa de la desnutrición crónica en el distrito de Santa María de Chicmo. En el año 2001 se registró 52% en las cinco comunidades donde se inició el programa. En los años 2005 y 2006 se realizaron evaluaciones en las 27 comunidades del distrito, incluyendo las 5 comunidades donde se realizó la evaluación en el 2001. Se encontró una reducción constante de la prevalencia de desnutrición crónica, de 30% a 27% a nivel distrital y se observó que los niños estaban más alertas, más hábiles y sociables. Aunque estadísticamente no es comparable la evaluación del 2001 con la del 2005 y 2006, es importante señalar que se observa una reducción de 25 puntos porcentuales de la prevalencia después de 5 años de intervención.

La evidencia de estos resultados y la demanda de las comunidades, ha promovido que el Municipio se comprometa a invertir en la primera infancia. En el año 2007 S/. 10,000 nuevos soles del presupuesto participativo han sido asignados y existe un trabajo articulado entre las diferentes instituciones con espacios de participación de la comunidad.

Santa María de Chicmo es un claro ejemplo de que sí es posible lograr que los niños y niñas tengan el derecho a crecer y desarrollarse adecuadamente, aún en contextos de pobreza.

2.3 DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

El proceso de aprendizaje de los niños y niñas está estrechamente vinculado tanto al inicio de la vida escolar como a las interacciones que han tenido en su entorno familiar y en otros espacios por los cuales transita (puestos de salud, escuela, espacios comunales, entre otros) y tiene como base el historial de nutrición y salud que acumuló en la primera infancia. La escuela, en ese sentido, no es la única responsable de los aprendizajes en la primera infancia y mucho de lo que pueda ocurrir en la vida escolar de los niños y niñas se relaciona también con la calidad de los vínculos de aprendizaje que se desarrollan fuera del propio ámbito de la escuela.



©UNICEF/PERA-5178

La educación inicial debería ser una continuación de esos aprendizajes. Una primera pregunta que surge desde el ámbito de la escuela es si todos los alumnos llegan al aula con ciertas habilidades comunes ya desarrolladas. De no ser así, los maestros enfrentan un reto adicional a su ya desafiante labor. Una segunda pregunta es qué tan expandida está la educación inicial. Cabe resaltar que la investigación en temas de educación ha venido mostrando de forma consistente cómo la inversión en el nivel inicial es importante para los logros educacionales futuros, sobretodo para niños que viven en condiciones de pobreza (Benavides, 2007). Esto además ha sido recogido por iniciativas como el Proyecto Educación para Todos de UNESCO y por el Proyecto Educativo Nacional del Consejo Nacional de Educación.

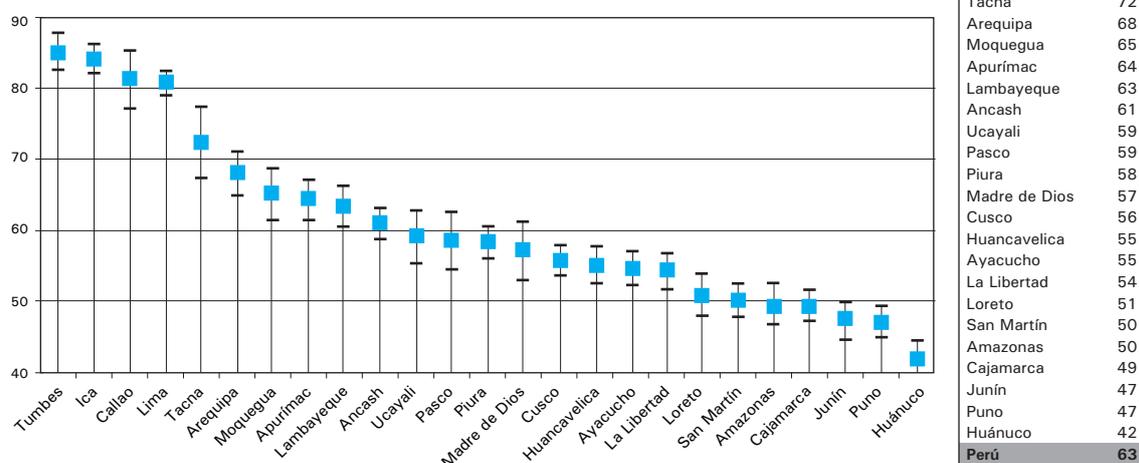
Asistencia a educación inicial

En el gráfico 8 se observa la proporción de niños entre 3 y 5 años de edad que asiste a la educación inicial, sin tomar en cuenta cuándo empezaron a asistir (es decir si a los 3, 4 o 5 años). Existen grandes diferencias entre los departamentos, Huánuco con una tasa de asistencia que bordea el 40% y Tumbes, Ica, Lima y Callao con tasas de asistencia por encima del 80%. En este sentido, ampliar la cobertura a nivel nacional para este nivel es aún una tarea pendiente.

Gráfico 8

Asistencia escolar de los niños entre 3 y 5 años de edad²⁹

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006, INEI.

Asistencia continuada a educación inicial

En la medida que el desarrollo es un proceso acumulativo, es importante tomar en cuenta la inserción temprana en la educación inicial, y no sólo la asistencia en un momento del tiempo. En este sentido, se explora la asistencia de los niños y niñas a los 3 años, y entre los de 4 y 5 años, aquéllos que asisten desde hace por lo menos un año. De esta manera se pretende aproximar el atraso en la inserción a la educación inicial.

Utilizando el indicador de asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años, según la ENAHO 2006, el 49% de los niños y niñas entre 3 y 5 años asiste a la educación inicial a nivel nacional. En áreas rurales se da una asistencia del 36% mientras en áreas urbanas alcanza un 60%. Sin considerar el filtro de asistencia el año anterior para los niños y niñas de 4 y 5 años, la asistencia a educación inicial en el año 2006 fue de 67%³⁰ a nivel nacional,

²⁹ La diferencia entre el indicador nacional de esta tabla (63%) y el de los cuadros 3 y 13 (67%) de la presente publicación se debe a que provienen de fuentes distintas. El dato de este cuadro proviene de la ENCO 2006, mientras que el de los otros cuadros proviene de la ENAHO 2006.

³⁰ Si bien la ENCO permite estimar con mayor precisión el promedio departamental de asistencia a educación inicial, no permite estimar el indicador de asistencia continuada porque no ofrece información sobre el mes y año de nacimiento del niño. Por ello, el indicador de asistencia continuada se obtiene de una fuente distinta: la ENAHO 2006. Para realizar la comparación con el indicador de asistencia continuada, en el cuadro 13 se utiliza ENAHO 2006 para el cálculo de asistencia (simple). Como resultado, los indicadores de asistencia (simple) son ligeramente distintos (67% y 63% según ENAHO y ENCO, respectivamente).

Cuadro 13
Asistencia a educación inicial
 En porcentaje

	Nacional	Urbano	Rural
Asistencia de niños entre 3 y 5 años a educación inicial	67	76	56
Asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años	49	60	36

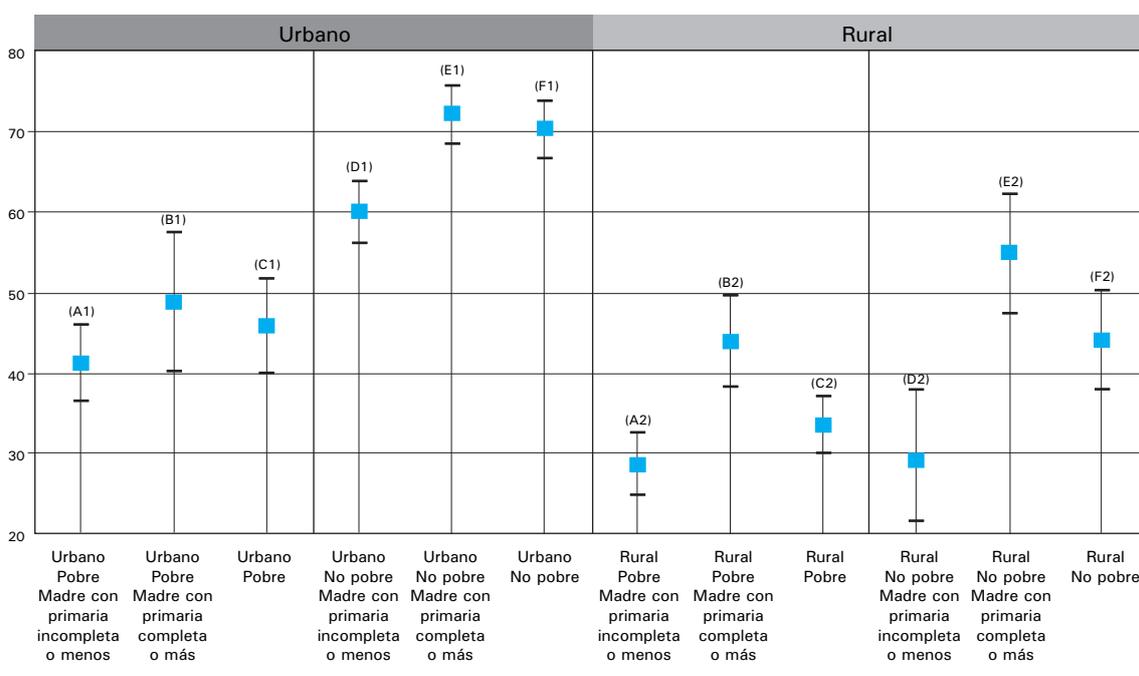
Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

56% en áreas rurales y 76% en áreas urbanas. La diferencia entre estas cifras podría estar indicando que un alto porcentaje de niños no asiste a la escuela desde edad temprana.

En el gráfico 9 se observa que existen diferencias en la asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años entre los niños urbanos y rurales procedentes de familias con similares condiciones de pobreza. Los niños urbanos en situación de pobreza (columna C1) asisten más que los niños rurales en situación de pobreza (columna C2). Lo mismo sucede en el caso de los niños urbanos no pobres (columna F1) en relación a los niños rurales no pobres (columna F2).

La educación de la madre puede tornarse en factor clave para compensar las limitaciones que el entorno impone al desarrollo del niño, en especial en condiciones de pobreza. El gráfico 9

Gráfico 9
Asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años de edad por área de residencia, condición de pobreza y educación de la madre
 En porcentaje



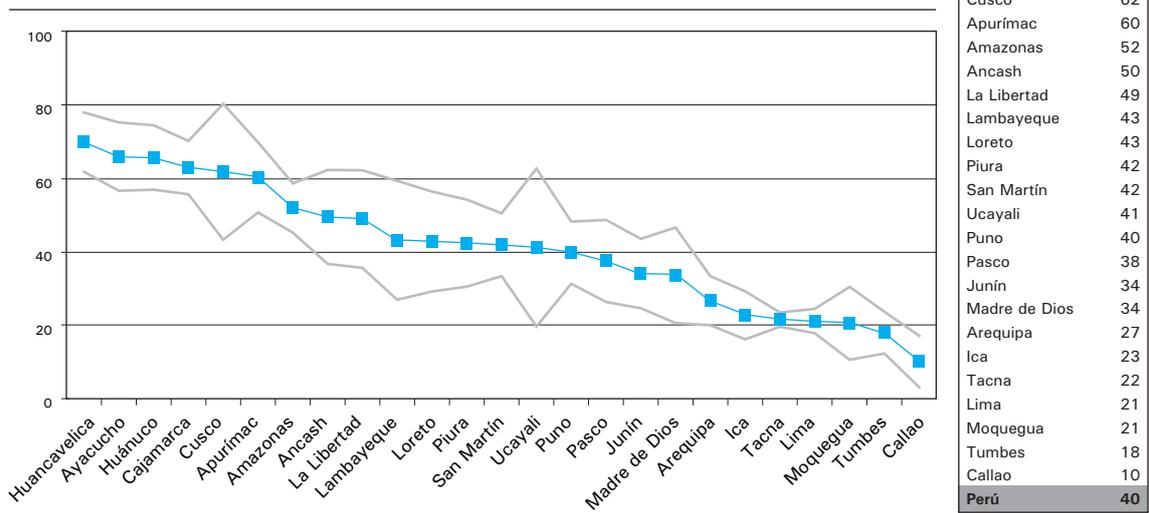
Fuente: Elaboración propia en base a información de ENAHO 2006, INEI.

explora esta hipótesis³¹. En el contexto rural la educación de la madre parecería estar amortiguando los efectos de la pobreza en la asistencia a educación inicial. Si en la zona rural se comparan niños en situación de pobreza y niños no pobres, ambos con madres de niveles educativos similares, las diferencias en asistencia entre los pobres y no pobres desaparecen (ver relación entre las columnas A2 y D2, y entre las columnas B2 y E2, en ambos casos los intervalos de confianza se cruzan indicando que la diferencia no es estadísticamente significativa). De otro lado, es mayor la asistencia continuada a educación inicial de los niños con madres con primaria completa que la de los niños con madres con primaria incompleta (ver relación entre las columnas B2 y A2, y entre las columnas E2 y D2).

En la zona urbana para los niños en situación de pobreza la menor o mayor educación de la madre no produciría diferencias importantes en la asistencia (ver relación entre las columnas A1 y B1, donde los intervalos de confianza se cruzan). Más importante en la zona urbana sería el nivel de pobreza de las familias. Cuando se comparan niños no pobres y niños en situación de pobreza, ambos con madres que reportan similares niveles educativos, las diferencias son más significativas (ver relación entre columna D1 y columna A1).

Cabe resaltar la enorme diferencia entre departamentos en la tasa de culminación de la primaria de madres de niños y niñas de 0 a 5 años. Tal como se observa en el gráfico 10, departamentos como Huánuco, Cajamarca y Amazonas, que presentan una alta proporción de niños de 0 a 5 años cuyas madres no culminaron la educación primaria, a su vez presentan bajas tasas de asistencia de los niños y niñas entre 3 y 5 años a la educación inicial.

Gráfico 10
Niños de 0 a 5 años de edad cuyas madres no llegaron a culminar la educación primaria
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

³¹ Si bien la ENAHO no provee información sobre quién es la madre del niño, se utilizó como indicador de madre o cuidadora a la jefa de hogar mujer o la cónyuge del jefe de hogar. En caso no hubiera una mujer como jefa de hogar o cónyuge del jefe de hogar, se tomó al hombre que jefaturaba el hogar monoparental (la minoría de casos).

El que en contextos rurales, e independientemente de si están en situación de pobreza o no, las madres con menor nivel educativo parecen enviar menos a sus hijos a las escuelas de educación inicial que aquellas que tienen un mayor nivel educativo podría deberse a que, en comparación a éstas, las madres con menor nivel educativo residen en zonas más alejadas donde la oferta de educación inicial es más limitada. Alternativamente, podría deberse a que las madres menos educadas tienen escasa o ninguna información sobre las ventajas que tendría la asistencia de sus niños a la educación inicial y sobre la edad a la que puede empezarse el proceso formal de escolaridad. Sería importante indagar con mayor precisión sobre dichas hipótesis.

2.4 ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS EN LA PRIMERA INFANCIA

El desarrollo de los niños y niñas también depende de su entorno y del cumplimiento de sus derechos. Como una aproximación a estas dos condiciones en la primera infancia se aborda el tema de derecho al nombre y la problemática de la violencia doméstica. La problemática de acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento se aborda en la sección siguiente.

Derecho al nombre

Un niño o niña que no tenga un nombre adecuadamente registrado es más vulnerable a una situación de exclusión³². Sin ese documento no se puede tener una existencia legal y por tanto la oportunidad de ejercer sus derechos. Los niños y niñas que no están registrados tienen menos probabilidades de acceder a servicios públicos de educación y salud, lo cual reduce sus probabilidades de salir de la situación de pobreza y exclusión en la que se encuentran³³. Según la ENCO 2006, mientras 22 de los



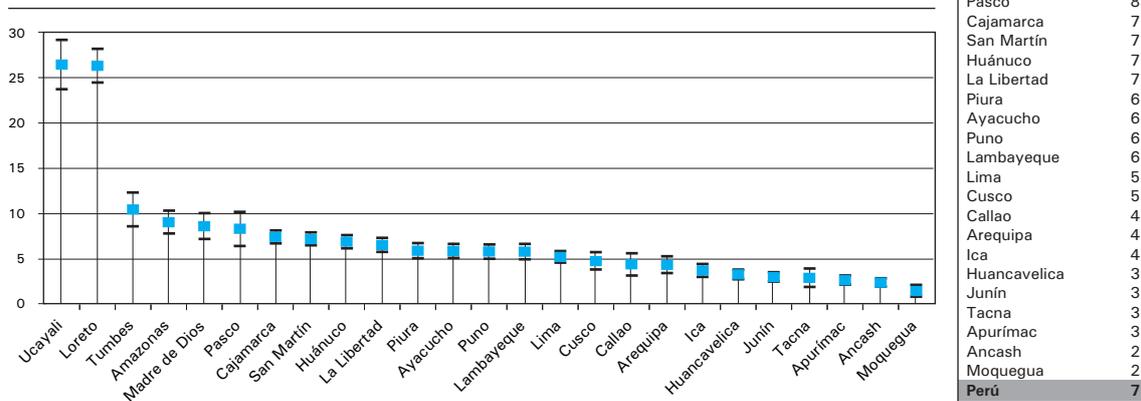
©UNICEF/PERA/2006

25 departamentos tienen menos de 10% de niños indocumentados (y 11 de ellos menos del 5%), en Ucayali (27%) y Loreto (26%) uno de cada cuatro niños entre 1 mes de nacidos y 5 años carece de partida de nacimiento. Estas diferencias se reflejan también en el hecho que dichos departamentos tienen la mayor cantidad de provincias con más del 10% de los niños y niñas sin partida de nacimiento como se puede observar en el gráfico 12. En Datem del Marañón (Loreto) y Atalaya (Ucayali) el porcentaje es de 65% y 50%, respectivamente.

³² Cabe destacar que la identidad de un niño no se forja únicamente por contar con un nombre formalmente inscrito. Dicho proceso de formación de identidad es el resultado de una combinación de factores emocionales, educativos y de la propia experiencia familiar y cotidiana.

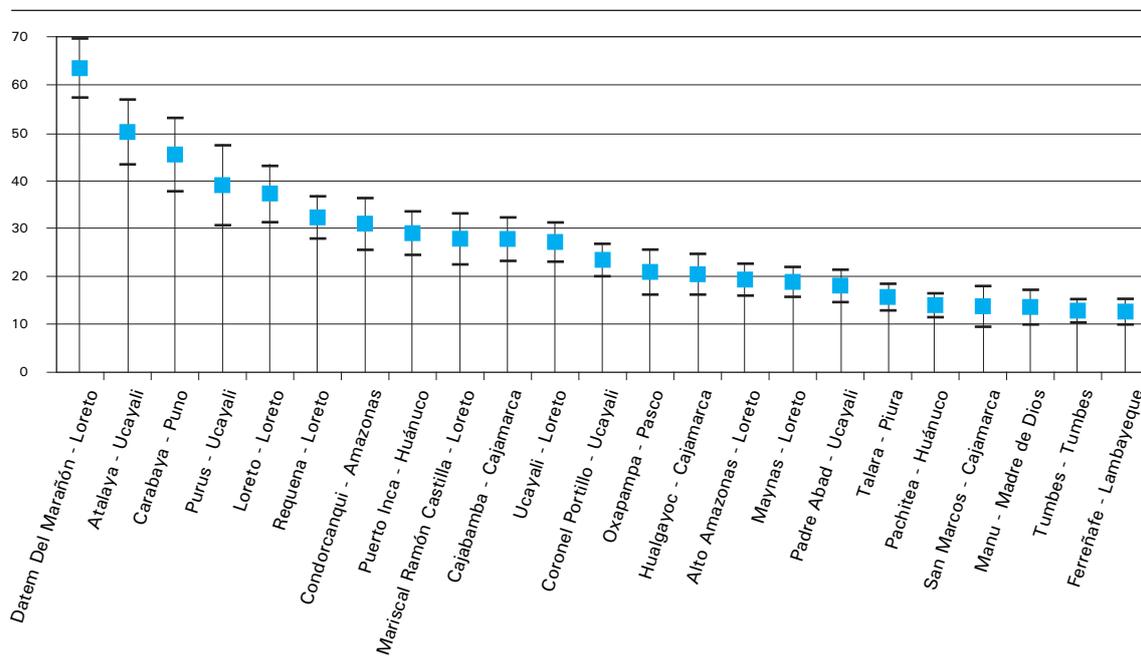
³³ Ver <http://www.unicef.org/peru/spanish/protection.html>

Gráfico 11
Niños sin partida de nacimiento
Desde 1 mes de nacidos hasta los 5 años de edad
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006, INEI.

Gráfico 12
Provincias con mayor proporción de niños sin partida de nacimiento
Desde 1 mes de nacidos hasta los 5 años de edad
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006, INEI.

Box 4**Registro civil nativo, una respuesta a la exclusión social de las poblaciones indígenas**

La inscripción de nacimientos en poblaciones indígenas ha sido un mecanismo de exclusión social ya que los limita en el ejercicio de su derecho al nombre y a la identidad. Los registros civiles se instalaron en los municipios y, en el pasado, en misiones religiosas, a distancias difíciles de acceder con botes sin motor, con requisitos que impedían una inscripción oportuna y registradores civiles que no eran originarios de las comunidades indígenas. Otro mecanismo de exclusión, y hoy un tema de reivindicación de los pueblos indígenas, fue la no aceptación de los nombres indígenas en el registro civil.

Con el objetivo de inscribir los nacimientos en las comunidades indígenas de la cuenca del Río Santiago y promover la inscripción de niños, niñas y adolescentes indocumentados; las comunidades Awajun y Wampis en alianza con RENIEC, la Defensoría del Pueblo y UNICEF —a través del Proyecto Promoción de Desarrollo Humano Sostenible en el Río Santiago— iniciaron en el año 2002 acciones para la generación de capacidades en los registradores civiles nativos itinerantes y para el equipamiento de las oficinas registrales.

En 11 de las 58 comunidades indígenas Awajun y Wampis que existen en la cuenca del Río Santiago se eligieron pobladores con capacidades para realizar un registro seguro y con facilidades para desplazarse a las comunidades cercanas para la inscripción. Estos, luego de un proceso de capacitación y certificación por parte de la RENIEC, son ahora registradores civiles nativos itinerantes, quienes realizan campañas locales de inscripción viajando a las comunidades por vía fluvial y trocha. De manera paralela se han implementado 11 oficinas registrales (una en cada comunidad), lo cual significó la construcción y el equipamiento con materiales de escritorio, mobiliario y material registral, así como la provisión de libros y actas de nacimiento.

RENIEC a través de sus áreas especializadas, tales como la Escuela Nacional de Registro del Estado Civil e Identificación - ENRECI, la

Subgerencia de Registros de Estado Civil, y la Dirección Regional Piura de RENIEC paulatinamente han asumido la promoción, capacitación y supervisión del funcionamiento de los registros civiles nativos.

A la fecha hay 46 registradores civiles nativos itinerantes en la Provincia de Condorcanqui, todos son indígenas awajun-wampis. Además de la cuenca del Río Santiago se ha ampliado los registros civiles a las cuencas de los ríos Marañón, Nieva y el Cenepa. 3 de los 46 registradores se encuentran en el Municipio Provincial de Condorcanqui en Santa María de Nieva, en el Municipio Distrital de Cenepa en Huampani y en el Municipio Distrital del Santiago en Galilea. Los otros 43 registradores se encuentran en las comunidades nativas.

Los cambios ocurridos son notables. Según el estudio realizado en el año 2006 en la zona, el 85% de niños entre 5 y 9 años, y el 92% entre 10 y 14 años están inscritos en los registros civiles. Sin embargo, sólo el 33% de niños y niñas entre 0 y 3 años de edad tenía registro de nacimiento. La distancia entre las comunidades es aún una limitación para la inscripción oportuna del recién nacido. La visibilización de los nombres indígenas en los registros civiles es otro de los logros. En la actualidad es común encontrar nombres como Yumi (Lluvia o Agua), Bikut (El guerrero) Nugkui (Diosa proveedora), Sugki (Sirena) e Ipak (achiote).

En la actualidad se está iniciando esta experiencia con 4 organizaciones indígenas de la cuenca del Amazonas y RENIEC está sistematizando la experiencia para ampliarla a poblaciones indígenas andinas. Asimismo, RENIEC se encuentra preparando una novedosa estrategia de capacitación con enfoque intercultural para registradores civiles nativos, que busca reflejarse en una mejor y más eficaz inscripción de nacimientos de niñas y niños indígenas. Los registros civiles nativos son una oportunidad para la inclusión social y el desarrollo de la identidad de los pueblos indígenas.

Violencia doméstica

El grado de violencia que existe en los hogares es un indicador del clima emocional que los niños y niñas viven. Según estudios realizados, los niños que crecen en contextos violentos pueden presentar problemas en su desarrollo posterior. Se reportan lesiones físicas en el cuerpo de niños y niñas maltratados, baja autoestima, problemas de rendimiento escolar y en el proceso de socialización con otros. Sin embargo, es difícil medir la dimensión del impacto que tiene en el desarrollo de los niños y niñas la violencia en el hogar, violencia que no necesariamente es ejercida de manera directa sobre los niños y niñas.

Si bien no se dispone de información sobre maltrato infantil con niveles de representatividad relevantes para este documento, a continuación se presentan datos sobre violencia doméstica reportada por madres de niños entre 0 y 5 años de edad para los años 2004-2006³⁴. Esta información, sin embargo, refleja sólo parcialmente la exposición de los niños y niñas a entornos de violencia y conflicto, y proporciona una aproximación cercana al problema, por tratarse de episodios de violencia sufridos por acción de la pareja actual de la madre o de su última pareja.

Respecto a la violencia doméstica de mujeres con hijos o hijas entre 0 y 5 años de edad, en el cuadro 14 se observa que un 37% de las mujeres reporta haber sufrido alguna forma de violencia física y un 31% declara haber experimentado alguna forma de violencia emocional por parte de su pareja.

Cuadro 14

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

En porcentaje

	Violencia física ^{1/}	Violencia física del tipo más severo ^{2/}	Violencia física durante el embarazo	Violencia emocional ^{3/}	Violencia sexual ^{4/}
Región natural					
Lima Metropolitana	35	3	8	31	6
Resto costa	31	3	10	23	6
Sierra	39	5	12	33	11
Selva alta	45	5	18	36	13
Selva baja	41	6	16	35	11
Nacional	37	4	11	31	9

Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2004-2006 (INEI). No se dispone de información para calcular los intervalos de confianza de estos indicadores.

^{1/} Su pareja actual o última: (i) la empujó, sacudió o tiró algo, (ii) la abofeteó o retorció el brazo, (iii) la golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño, (iv) la pateó o arrastró.

^{2/} Su pareja actual o última: (i) trató de estrangularla o quemarla, (ii) la atacó-agredió con un cuchillo, pistola u otra arma, (iii) la amenazó con un cuchillo, pistola u otra arma.

^{3/} Su pareja actual o última: (i) le dijo o hizo cosas delante de los demás para humillarla, (ii) la amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano a ella, (iii) la amenazó con irse de la casa, quitarle a sus hijos o la ayuda económica.

^{4/} Su pareja actual o última: (i) ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería, (ii) la obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba.

³⁴ Dado que no se cuenta con información sobre maltrato infantil y la presencia de violencia en el hogar con representatividad departamental, el análisis se basa en reportes de violencia doméstica de mujeres que tienen hijos menores de 6 años.

También se ejerce la violencia en el caso de las mujeres embarazadas. Esta puede llegar a ocasionar problemas en el crecimiento y desarrollo del niño o niña que la madre lleva en su vientre. A nivel nacional, el 11% de las madres de niños menores de 5 años reportó haber sido víctima de violencia física por lo menos una vez durante el embarazo. Este tipo de violencia es el que aparentemente presenta mayores diferencias entre zonas, siendo en el resto de la costa 10% y en la selva alta de 18%; sin embargo, por no contar con información sobre los rangos de confianza de estos indicadores no es posible establecer si estas diferencias son significativas o no.

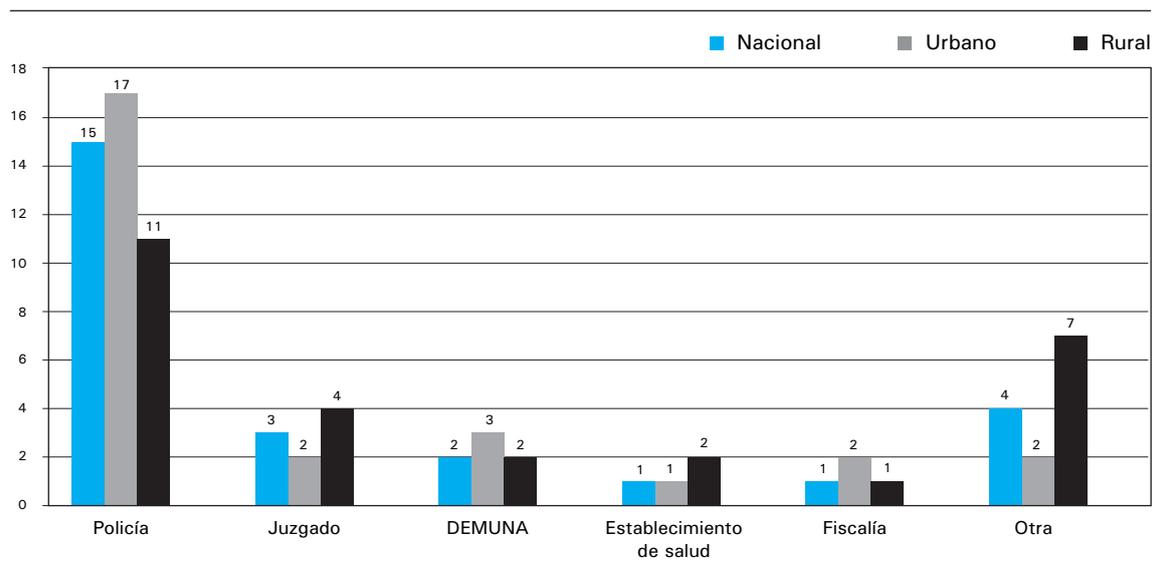
La violencia doméstica a la que son expuestos los niños y niñas en nuestro país tiene serias implicancias a lo largo de toda su vida. Por un lado, viven en contextos de agresión física y psicológica que pueden afectar su autoestima y desarrollo integral y donde se validan e incorporan patrones de relación que luego se podrían reproducir tanto en la niñez como cuando sean adultos. La segunda implicancia es que la madre y el padre, principales custodios de los niños y niñas en sus primeros años de vida, al vivir situaciones de violencia física y psicológica se ven afectados en su bienestar y su salud física y mental, lo cual muy probablemente influye de manera negativa en el cuidado físico, cariño y protección que puedan brindarles a sus hijos.

Según la ENDES 2004-2006, el 79% de las mujeres que reportó haber sido víctima de violencia no buscó ayuda de una institución pública o privada cuando fue víctima de maltrato. Entre las mujeres que buscaron ayuda en instituciones públicas o privadas, la mayoría reportó haber acudido a la comisaría (15%). Sin embargo, el bajo porcentaje de denuncias no permite llevar un registro adecuado del problema y limita el diseño de estrategias efectivas de atención.

Gráfico 13

Instituciones a las que acudió buscando ayuda cuando la maltrataron^{1/} Madres de niños de 5 años de edad o menos

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2004-2006, INEI.

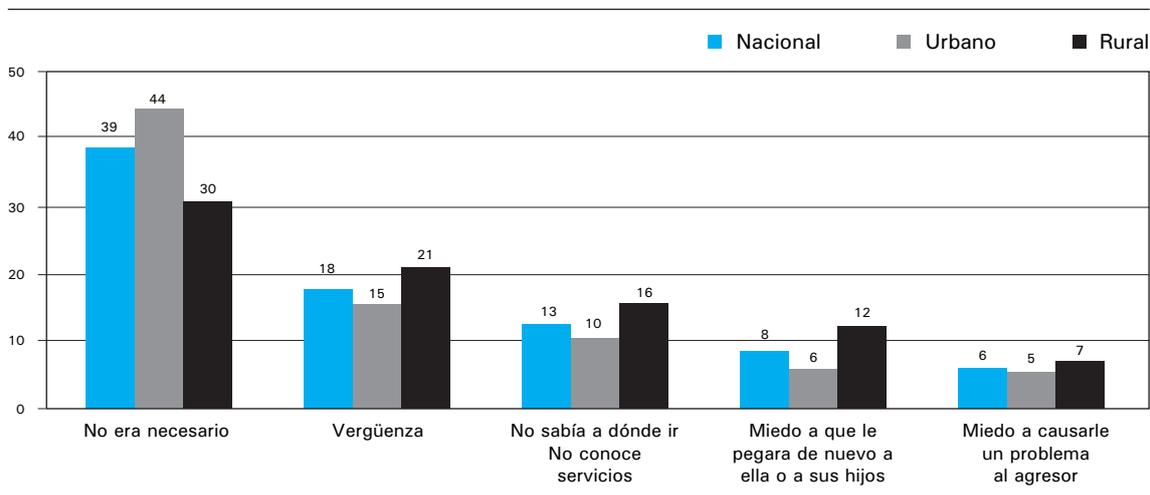
^{1/} Pudo haber acudido a más de una de estas instituciones. El 79% de mujeres maltratadas no buscó ayuda en ninguna institución (79% en áreas rurales y 78% en áreas urbanas).

Uno de los primeros pasos para enfrentar la violencia es que la víctima rompa el silencio y busque ayuda. Sin embargo, dar ese primer paso sólo tiene sentido si le puede seguir una cadena de acciones que lleven a cambiar la situación de violencia que la aqueja. De lo contrario, existe el peligro de revictimizar a la persona afectada, generando otros circuitos de violencia contra la misma víctima. Este es el caso de muchas personas que acuden en busca de ayuda a instituciones que no cuentan con el personal lo suficientemente capacitado para brindar la atención que se requiere.

En el gráfico 14 se puede observar que a nivel nacional cerca del 40% de las madres de niños y niñas de 5 años y menos reportó que no buscó ayuda porque consideró que no era necesario, porcentaje que en el área urbana se incrementa a 44% y que en el área rural disminuye a 30%.

El 18% a nivel nacional indica no haber buscado ayuda por vergüenza, porcentaje considerable que hace referencia a la estigmatización social de la víctima. Por otro lado, en la zona rural el 16% de las mujeres manifiesta que no buscó ayuda cuando fue maltratada porque no sabía a dónde ir o no conocía los servicios de apoyo o denuncia, porcentaje que en el área urbana disminuye a 11%. Se hace evidente la necesidad de ampliar la cobertura de este tipo de servicios así como de realizar campañas nacionales de información, prevención y concientización ciudadana sobre la problemática.

Gráfico 14
Principal razón por la que no buscó ayuda cuando fue maltratada
Madres de niños de 5 años de edad o menos (5 razones más reportadas)
En porcentaje



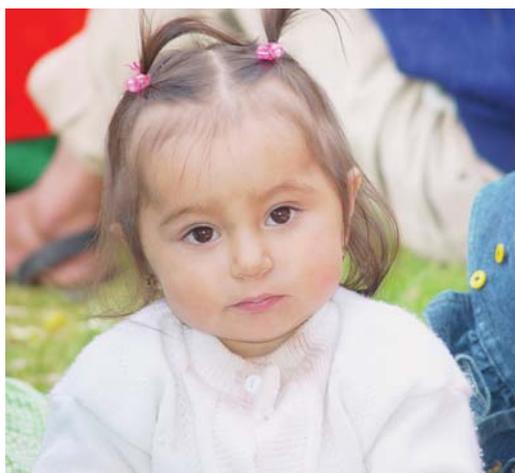
Fuente: Elaboración propia en base a la ENDES 2004-2006, INEI.

Box 5

Los Wawa Wasi, una estrategia de atención para la primera infancia

El Programa Nacional de Wawa Wasi (PNWW) es una de las iniciativas de atención a la primera infancia que ha logrado mantenerse con éxito hasta el presente. Fue creado en el año 1993 con fondos de la cooperación internacional y desde el año 2005 ha sido asumido íntegramente por el Estado. El programa, respondiendo a la necesidad de cuidado diurno, brinda atención a los niños y niñas menores de 4 años de edad en aprendizaje infantil temprano, salud infantil preventivo-promocional y atención alimentaria y promoción nutricional. De esta manera el PNWW promueve acciones orientadas a generar condiciones favorables para el desarrollo integral de la niñez, en especial aquella que se encuentra en situación de pobreza y extrema pobreza.

La instalación y funcionamiento del Wawa Wasi parte de la acción social del Estado combinada con acciones de la comunidad organizada, siendo dos actores fundamentales del programa: la Madre Cuidadora y el Comité de Gestión. La primera es una voluntaria que es seleccionada, capacitada y evaluada por el Estado, mientras



©UNICEF/PERA-5512

que el segundo está conformado por miembros de la comunidad, elegidos por la misma para administrar los recursos del programa.

A mayo del 2007 el programa atendió a 51,672 niñas y niños menores de 4 años a nivel nacional, a través de los casi 6,000 Wawa Wasi ubicados en distritos y provincias de las 25 regiones del país.

Según datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación Wawa Net, entre los principales logros del programa al 1er. semestre de 2006 se encuentran:

- El 94% de los niños y niñas que permanecen en el programa un mínimo de 6 meses se desenvuelven adecuadamente a nivel personal, social y logran desarrollar las áreas motoras y de lenguaje.
- 87% de los niños y niñas que permanecen más de 3 meses están protegidos contra la desnutrición crónica.
- 74% de los niños y niñas atendidos con riesgos de déficit en su desarrollo que permanecen 6 meses son recuperados.

Si bien hay algunos retos y tareas pendientes, como el proceso de transferencia del PNWW a los gobiernos locales, el promover la inversión en la primera infancia y el fortalecer el componente de cultura de crianza y de vigilancia social, el programa ha demostrado que es posible contribuir a la mejora de las condiciones de vida y al desarrollo de capacidades de los niños y niñas menores de 4 años que se encuentran en situación de vulnerabilidad, teniendo como principales aliados a las madres cuidadoras y a las comunidades.

Box 6**Defensorías comunitarias de Cusco, una estrategia comunal para la construcción de una cultura de derechos**

Es conocido que las denuncias de violencia familiar no reflejan el total de casos que realmente suceden en el país, quedando este tipo de violencia oculta por miedo, vergüenza o debido a las dificultades que se enfrentan para atenderlas.

Frente a esta problemática, desde el año 2000 se constituyeron en la región Cusco las Defensorías Comunitarias, integradas por mujeres provenientes de diferentes comunidades de las provincias de Paucartambo, Cusco, Paruro y Canas. Ellas han sido capacitadas para atender la problemática de la violencia familiar que afecta mayormente a mujeres, niños, niñas y adultos mayores. Las Defensoras Comunitarias son mujeres voluntarias, quienes en su propia lengua, el quechua, brindan orientación a las víctimas de violencia familiar y sexual. Las Defensoras mantienen niveles de confianza y seguridad que han permitido canalizar de mejor manera sus denuncias y evitar la impunidad de estos casos, contribuyendo al mismo tiempo a que estos hechos no se vuelvan a repetir entre las personas afectadas.

En el año 2002, se logró constituir 44 Defensorías Comunitarias en las cuatro provincias, conformándose la Red Coordinadora Departamental de Defensorías Comunitarias del Cusco (CODECC), integrada por un Concejo Directivo Departamental y Coordinadoras Provinciales. Estas han permitido alcanzar niveles óptimos de organización a nivel local para atender el problema de la violencia familiar y sexual, siendo legitimadas y reconocidas por parte de

las autoridades y de los pobladores de estas zonas.

Las Defensorías Comunitarias de CODECC han logrado instituir un modelo de servicio comunitario que trabaja voluntariamente de la mano con el sector público, ayudándole a enfrentar las dificultades para atender y prevenir la violencia familiar y sexual. Cabe destacar que es una estrategia sencilla y poco costosa, que, de manera extrajudicial, contribuye a solucionar los conflictos que ocurren y sirve de medio para que la población acceda al sistema de justicia. A través de una metodología de trabajo claramente innovadora ha permitido el empoderamiento de las mujeres, tanto de las víctimas de la violencia como de las defensoras, quienes hoy saben que cumplen un papel de gran importancia para toda su comunidad. Además, es fácilmente replicable en cualquier lugar de nuestra región, para lo que se requiere ajustar el modelo de capacitación y trabajo a la realidad local, contar con el apoyo del sector público y, por sobre todo, tener personas decididas y convencidas del propósito de mejorar su vida y contribuir a eliminar esta problemática.

Esta experiencia estuvo a cargo del Instituto de Defensa Legal (IDL) con el apoyo de UNICEF, el Gobierno Británico, a través del British Council y la Agencia de Cooperación para el desarrollo de Irlanda, a través de TROCAIRE. En el año 2006 el CEPAL otorgó el primer premio en el concurso de Experiencias en Innovación Social en América Latina y el Caribe a esta iniciativa.



© UNICEF/PERA-9587

3. LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ (DE 6 A 11 AÑOS)

3. LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ (DE 6 A 11 AÑOS)

3.1 EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO EN LA NIÑEZ A NIVEL DEPARTAMENTAL

De los 6 a 11 años de edad las dimensiones de aprendizaje y educación y de entorno y protección adquieren una mayor relevancia en el desarrollo de las niñas y niños, dado que en esta etapa se consolidan las capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales adquiridas en la primera infancia. Esto no significa que los aspectos relacionados con la salud y nutrición dejen de ser importantes, dado que un niño necesita tener una adecuada nutrición y estar sano para poder desarrollarse en otras áreas. Por ejemplo, algunos estudios muestran que la desnutrición y el déficit en micronutrientes (hierro, zinc, yodo y vitamina A) limitan la capacidad de aprendizaje del niño generando dificultades en el uso del lenguaje, la memorización, la concentración y la participación en clase, lo cual afecta de manera negativa su desempeño escolar (CEPAL-UNICEF, 2006).

Para la construcción del IDN en la niñez se utilizaron indicadores relacionados con la desnutrición, el atraso escolar, el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento y las condiciones económicas en las que viven los niños y niñas de 6 a 11 años de edad, tal y como se puede apreciar en el cuadro 15.

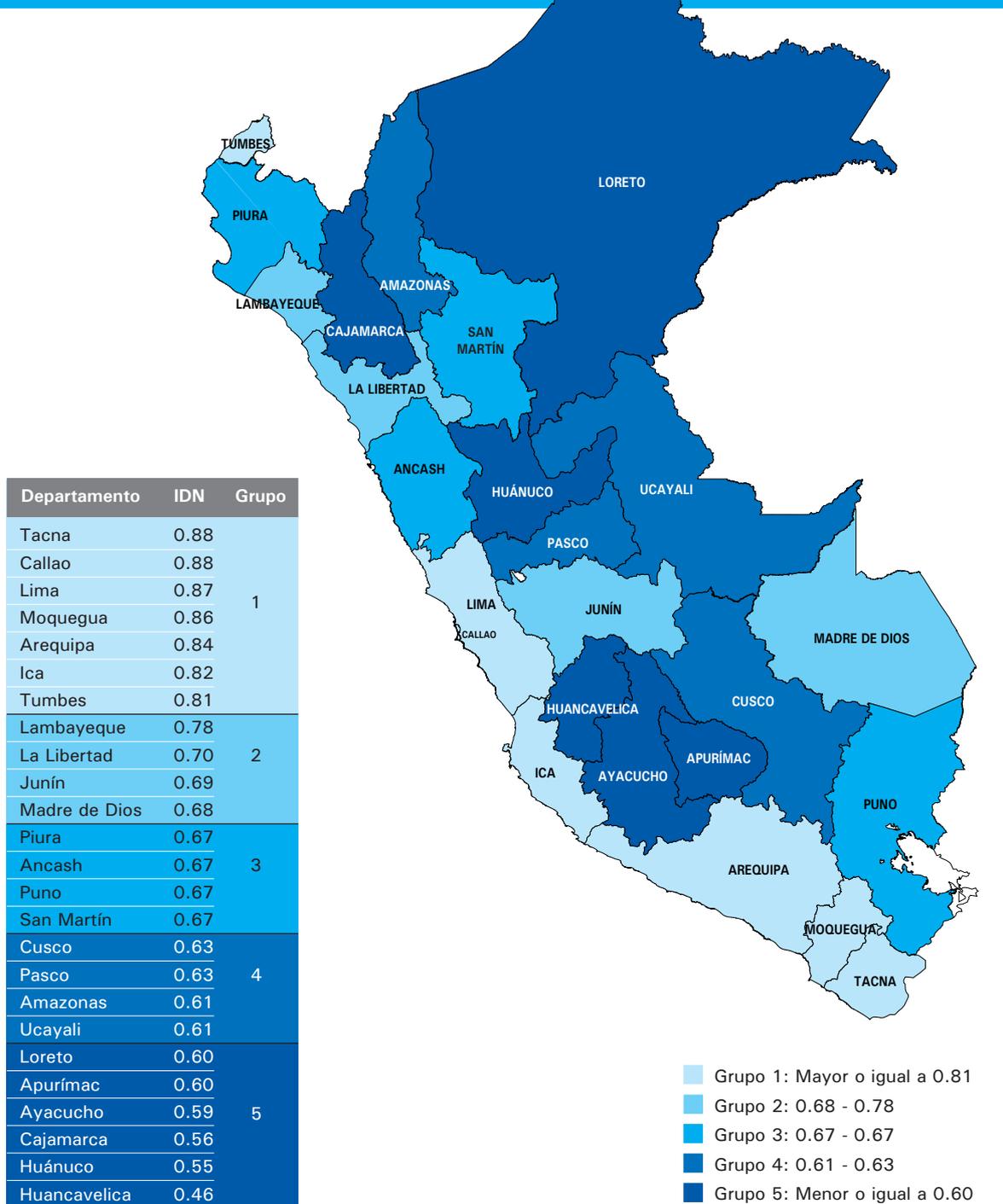
Cuadro 15

Indicadores utilizados en el IDN en la niñez (de 6 a 11 años)³⁵

DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN
Tasa de desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años (Censo de Talla 2005).
DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN
Proporción de niños de 6 a 11 años con algún atraso escolar respecto al nivel esperado para su edad (ENAH0 2006).
DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS
Proporción de niños de 6 a 11 años que viven en hogares que carecen de fuentes mejoradas de agua y saneamiento (ENCO 2006).
Proporción de niños de 6 a 11 años que viven en hogares con alta dependencia económica (ENAH0 2006).

³⁵ En el anexo 2 se presenta la definición de los indicadores utilizados en la construcción del IDN en la niñez.

Mapa 2
Índice de Desarrollo del Niño
en la niñez



Fuente: Elaboración propia en base a la ENCO 2006 y la ENAHO 2006 del INEI, y el Censo de Talla a Escolares 2005 del MED.

Al igual que en el caso del IDN en la primera infancia, Lima, Callao, Tumbes, Moquegua, Tacna e Ica además de Arequipa destacan como los departamentos de mejor desempeño relativo. Entre los departamentos con menor desempeño relativo encontramos nuevamente a Huancavelica, Huánuco, Cajamarca y Ayacucho, a los que se añaden Apurímac y Loreto.

La situación relativa de los departamentos respecto al estado de desarrollo de los niños y niñas de 6 a 11 años edad es muy similar a la encontrada para los niños y niñas de 0 a 5 años. No obstante, en lo que se diferencian es que, mientras el desempeño relativo de los departamentos del IDN en la niñez coincide más fuertemente con el ranking de la dimensión de entorno y protección de derechos, en el IDN en la primera infancia éste coincide más con el ranking de la dimensión educación.

A continuación se presenta un análisis más detallado de indicadores relacionados con la salud y nutrición, el aprendizaje y educación, y el entorno y protección de derechos en la niñez.

3.2 DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA NIÑEZ

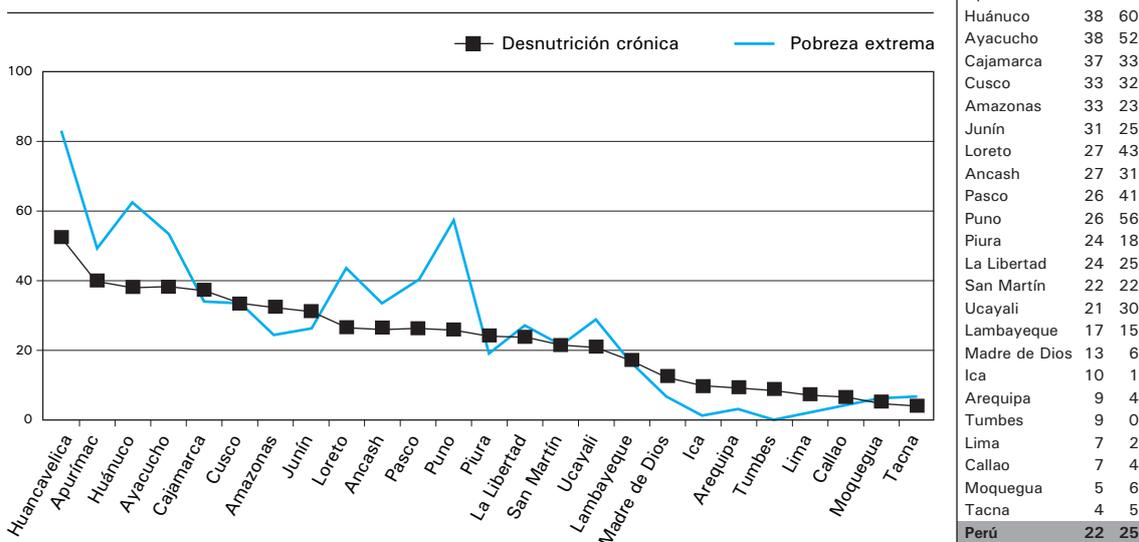
Desnutrición crónica y anemia

Como se mencionó anteriormente, la desnutrición y el déficit de micronutrientes limitan la capacidad socio-emocional, física, y de aprendizaje de los niños y las niñas. En esta sección se analizan algunos indicadores que nos aproximan a la situación de nutrición de la niñez, uno es el de desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 9 años de edad y el segundo el de anemia en niños y niñas de 10 a 14 años.

Gráfico 15

Desnutrición crónica y pobreza extrema en los niños de 6 a 9 años de edad

En porcentaje



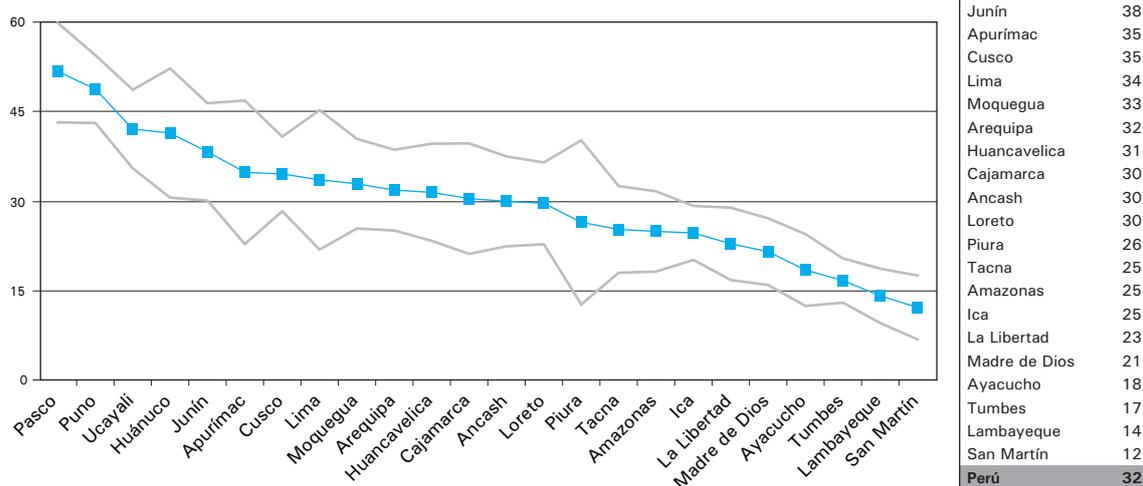
Fuente: Elaboración propia en base a información de anemia de MONIN 2004 (INS-CENAN) y de pobreza de la ENAHO 2006 (INEI).

El proceso de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas es acumulativo, lo cual implica que el historial de nutrición de la primera infancia repercute de manera importante en los indicadores de talla para la edad de los niños mayores de 5 años. Como se puede apreciar en el gráfico 15, la desnutrición crónica en los niños y niñas de 6 a 9 años de edad es un problema bastante extendido que sigue patrones similares a los observados en desnutrición crónica en la primera infancia. 16 de los 25 departamentos presentan tasas mayores al 20%, siendo Huancavelica y Apurímac los que tienen una mayor tasa con 53% y 40%, respectivamente, y Moquegua y Tacna los que tienen una menor tasa con 5% y 4%, respectivamente.

Como en el caso de la desnutrición crónica de niños y niñas de 0 a 5 años de edad, se vuelve a encontrar una cierta asociación entre la situación de desnutrición crónica y la pobreza extrema, pero la desnutrición podría tener que ver también con otros factores. Al igual que en el caso de los datos de la primera infancia esto puede deberse a que hay mucha heterogeneidad al interior de los departamentos (como se podrá ver en la sección de datos provinciales), por lo cual es esperable que a nivel departamental la relación no aparezca de forma tan contundente. En departamentos tales como Huancavelica y Huánuco habrían niños y niñas en situación de pobreza extrema que no están desnutridos y en otros, como Tumbes y Lima habrían más niños y niñas desnutridos que en situación de pobreza extrema.

Aunque el problema de desnutrición crónica (tener una altura por debajo de lo esperado para la edad) se gesta en la primera infancia y no es fácil de revertir, existe otro que también se presenta en los primeros años de vida. Es el caso de la anemia que, pudiendo ser revertida con el consumo de alimentos ricos en hierro³⁶, aún sigue siendo prevalente en los niños mayores de 9 años.

Gráfico 16
Anemia en niños de 10 a 14 años de edad
En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a información de MONIN 2004 (INS-CENAN).

³⁶ Cuando los alimentos ricos en hierro (como el hígado, vísceras, las carnes rojas, y el pescado) no están al alcance de todos por motivos económicos o de otra índole, existe la alternativa de fortificar los alimentos básicos (como la harina) para suministrar suplementos de hierro a una mayor parte de la población.

La anemia es uno de los principales problemas de este grupo etáreo y, como han mostrado diversos estudios, tiene efectos importantes en la atención y concentración, además de reducir la energía para jugar, socializar y desarrollarse plenamente. Las brechas entre departamentos son bastante grandes. Así, por ejemplo, Pasco y Puno son los departamentos con mayores tasas de anemia en niños y niñas entre los 10 y 14 años de edad, las que bordean el 50%, y Lambayeque (14%) y San Martín (12%) los que presentan las menores tasas.

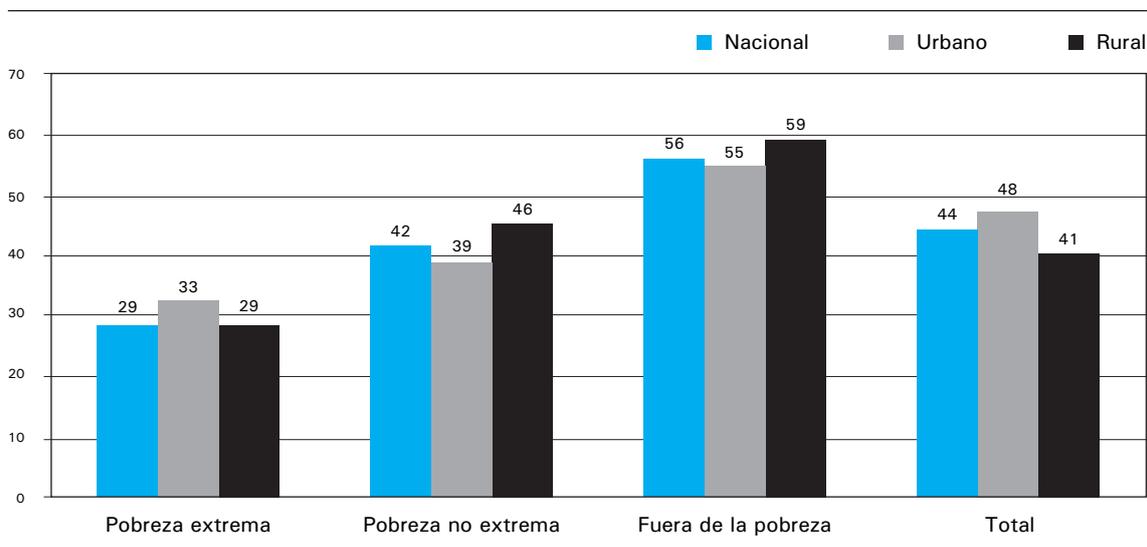
Acceso a los servicios de salud

La ENAHO 2006 permite aproximar el acceso a los servicios de salud entre los niños y niñas de 6 a 11 años de edad en el país a partir de un reporte que da cuenta de los niños y niñas que accedieron a un servicio de salud cuando —de acuerdo con ellos o sus familias— lo necesitaron. La necesidad de atención pudo haberse generado por un accidente, enfermedad, malestar o recaída de alguna enfermedad crónica que el niño o su familia consideró suficientemente serio como para acudir a un servicio de salud. A nivel nacional sólo un 44% de los niños y niñas que necesitó atención en salud la recibió. El 41% de los niños y niñas que reside en zonas rurales y un 48% de los que reside en zonas urbanas recibió dicha atención³⁷.

Gráfico 17

Acceso a los servicios de salud^{1/}

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

^{1/} Porcentaje de niños que accedieron a atención en algún establecimiento de salud público o privado respecto del total de niños que reportó haber tenido algún malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente durante el mes previo a la encuesta. No incluye a los niños que tuvieron algún problema de salud para el que no buscaron atención por no considerarlo necesario (dolencia menor).

³⁷ Esta situación podría no estar reflejando adecuadamente la dimensión de acceso, en la medida que hogares que tienen acceso limitado a los servicios médicos tenderían a subestimar la necesidad de atención ante dolencias moderadas (que en zonas urbanas sí justificarían la visita a un centro médico). En este sentido es posible que el reporte subestime la necesidad insatisfecha de atención médica por parte de niños que residen en áreas aisladas con poca cobertura en salud. Este comentario, sin embargo, no pudo ser corroborado por falta de información.

Si bien no se observan diferencias marcadas en el acceso entre los niños y niñas que residen en zonas rurales y urbanas, sí se observan diferencias importantes en el acceso a los servicios de salud entre los niños y niñas en situación de pobreza extrema y los que se encuentran fuera de la pobreza: A nivel nacional sólo el 29% de niños y niñas en situación de pobreza extrema fue atendido en un establecimiento de salud, mientras que entre los no pobres esta proporción se eleva a 56%.

3.3 DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN LA NIÑEZ

La cobertura en la educación primaria es uno de los aspectos en los que más ha avanzado la educación peruana, sin embargo hay otros aspectos relacionados con la calidad educativa y el acceso a una educación intercultural bilingüe con los estándares requeridos, que siguen presentando serias limitaciones.

Los datos disponibles confirman lo que diversos estudios previos han venido señalando (PREAL-GRADE, 2006) en términos de la cobertura educativa: el 93% de los niños y niñas entre 6 y 11 años se encuentra matriculado en el nivel de primaria, no habiendo diferencias importantes por género, zona de residencia, o niveles de pobreza. Sin embargo,



©UNICEF/PERA-3531

es importante destacar que aún aproximadamente 145,000 niños y niñas de 6 a 11 años de edad (4%) se quedan fuera de la escuela³⁸ y que asistir a la escuela no necesariamente es sinónimo de adquisición de capacidades, tal como se mostrará posteriormente.

Atraso escolar

Sin desconocer las mejoras en acceso, los datos de cobertura no nos dicen mucho sobre la forma en que se viene desarrollando el ciclo educacional. Una mirada a los datos de atraso escolar plantea un panorama menos alentador. Del total de niños y niñas matriculados en inicial, primaria o secundaria, aproximadamente 1 de cada 4 estudiantes (23%) se encuentra en un grado inferior al que le corresponde según su edad, no existiendo diferencias según género.

Por otra parte, hay diferencias importantes según zona de residencia, lengua materna y condición de pobreza. El 34% de niños y niñas de la zona rural se encuentra matriculado en algún grado inferior al que le corresponde en comparación al 15% de alumnos de la zona urbana.

³⁸ Del 7% de niños y niñas de 6 a 11 años que no están matriculados en el nivel de primaria, el 3% asiste a otro nivel educativo y el 4% no asiste a la escuela.

2 de cada 10 alumnos y alumnas que tienen el castellano como lengua materna se encuentran por debajo del nivel que les corresponde, valor que se duplica en el caso de los alumnos de lengua quechua (43%). Mientras que un poco más de 1 de cada 10 niños y niñas de familias no pobres se encuentra estudiando en un grado menor al que le corresponde por su edad, dicho valor se duplica para los niños en situación de pobreza (24%), y se multiplica por cuatro para los de pobreza extrema (42%).

Cuadro 16

Alumnos de 6 a 11 años de edad matriculados según área de residencia, género, lengua materna y condición de pobreza^{1/}

En porcentaje

	Matriculados en el año que corresponde para su edad	Adelantados	En algún grado inferior	Total
Área de residencia				
Urbano	66	19	15	100
Rural	55	11	34	100
Nacional	62	15	23	100
Género				
Mujer	60	16	24	100
Hombre	63	14	23	100
Total	62	15	23	100
Lengua materna				
Castellano	63	17	20	100
Quechua	50	7 *	43	100
Aymara	63 *	21 *	16 *	100
Otras lenguas nativas	50 *	(.) **	45 *	(.)
Total	62	15	23	100
Condición de pobreza				
Pobre extremo	49	9	42	100
Pobre no extremo	61	15	24	100
No pobre	68	19	12	100
Total	62	15	23	100

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI. Reportes de abril a diciembre.

^{1/} Los asteriscos representan alertas sobre la imprecisión del indicador.

* El indicador debe ser tomado con cautela. Su error estándar relativo (EER) es mayor a 10% y menor a 30%.

** El indicador presenta niveles de confiabilidad inaceptables. Su EER es igual o mayor a 30%.

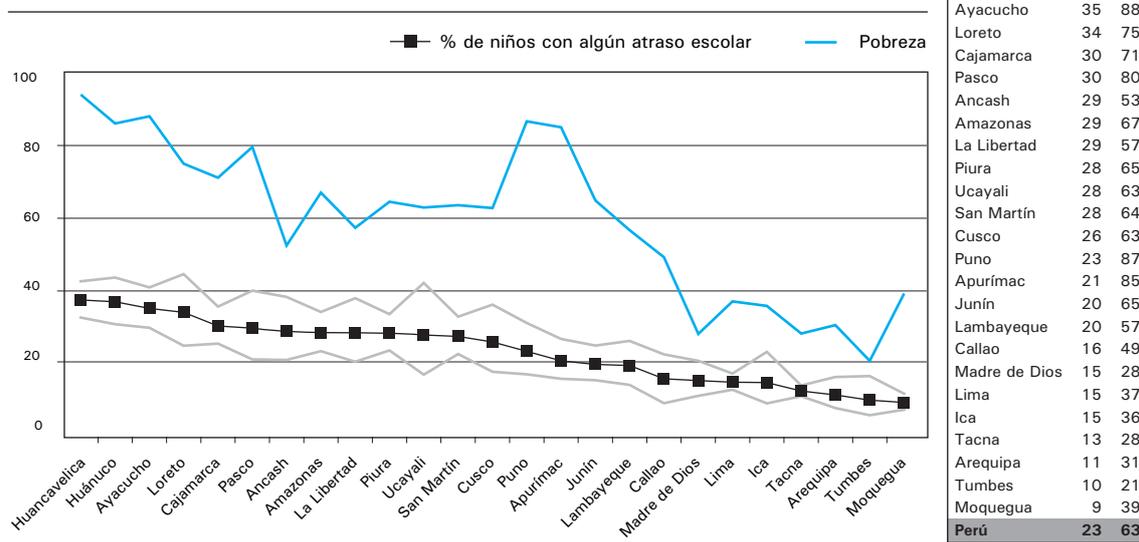
El cuadro 16 toma en cuenta únicamente a los alumnos matriculados. Sin embargo, el atraso escolar afecta tanto a los que asisten como a los que no asisten a la escuela. A continuación se analiza la condición de atraso escolar de los niños y niñas de 6 a 11 años, independientemente de su actual condición de asistencia a la escuela. En cuanto al porcentaje de niños y niñas con algún atraso en la escuela, se puede observar que sólo algunos departamentos se diferencian claramente del resto: Moquegua, Tumbes, Arequipa, Tacna, Lima, Madre de Dios y Callao tienen porcentajes de atraso escolar por debajo del 20%³⁹, siendo Huancavelica (38%), Huánuco (37%) y Ayacucho (35%) los que presentan los mayores porcentajes.

³⁹ Como se observa en el gráfico, los intervalos de confianza de dichos departamentos están por debajo del 20%.

Gráfico 18

Atraso escolar y pobreza en niños de 6 a 11 años de edad^{1/}

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

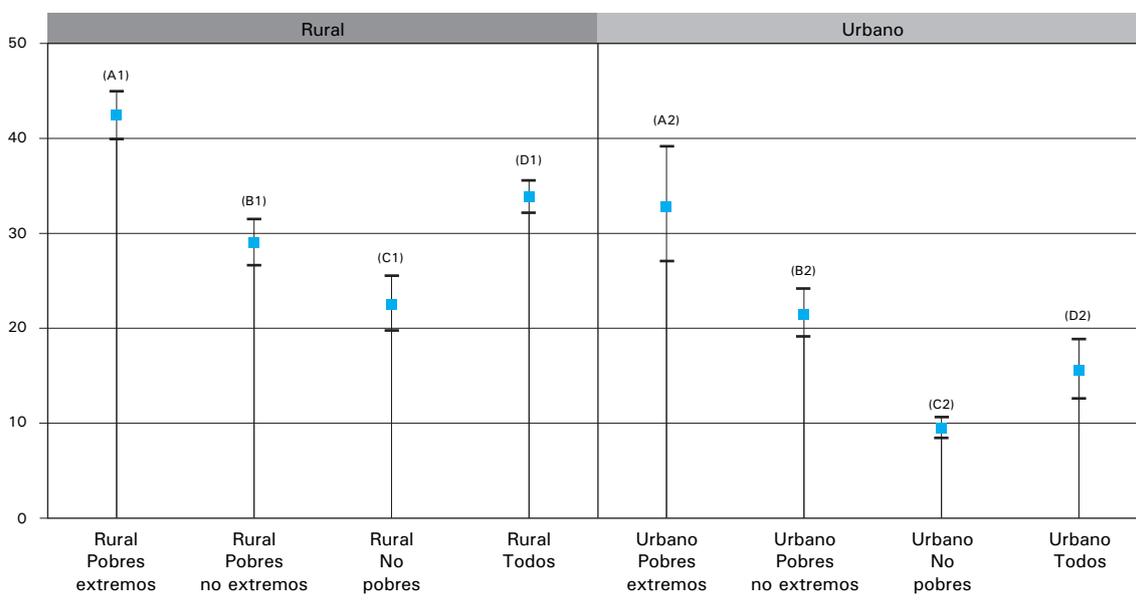
^{1/} Cabe notar que la población analizada en el gráfico 18 es distinta a la del cuadro 16. En este cuadro se evalúa si un niño ha aprobado menos años de educación de los que le corresponden para su edad, independientemente de si está asistiendo a la escuela en el momento de la encuesta o no. Una diferencia adicional es que este cuadro se basa en el total de reportes de la ENAHO 2006, en tanto el cuadro anterior es hecho solo con reportes de abril a diciembre.

Estas diferencias departamentales, si bien pueden estar en cierta medida influenciadas por la incidencia de pobreza, también estarían reflejando otros factores: en el gráfico 18 es posible encontrar departamentos con altas tasas de pobreza y niveles de atraso intermedios en términos comparativos al promedio nacional, como es el caso de Apurímac y Puno. Una característica que tiene un rol importante en explicar las diferencias en atraso escolar parece ser el área de residencia, urbano o rural. En el gráfico 19, donde se cruza el atraso con variables de pobreza y área de residencia, se observa que niños con similar nivel de pobreza tienen mayores probabilidades de estar en una situación de atraso escolar si viven en áreas rurales que si lo hacen en áreas urbanas (ver la relación entre A1 y A2; B1 y B2; y C1 y C2 del gráfico 19). Las diferencias en atraso escolar asociadas a la condición de pobreza se observan más claramente cuando nos concentramos en niños que residen en la misma área (urbana o rural): hay proporcionalmente más niños rurales pobres con atraso escolar que niños rurales no pobres con algún grado de atraso. Lo mismo ocurre en el área urbana.

Gráfico 19

Niños con algún atraso escolar por situación de pobreza y área de residencia

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

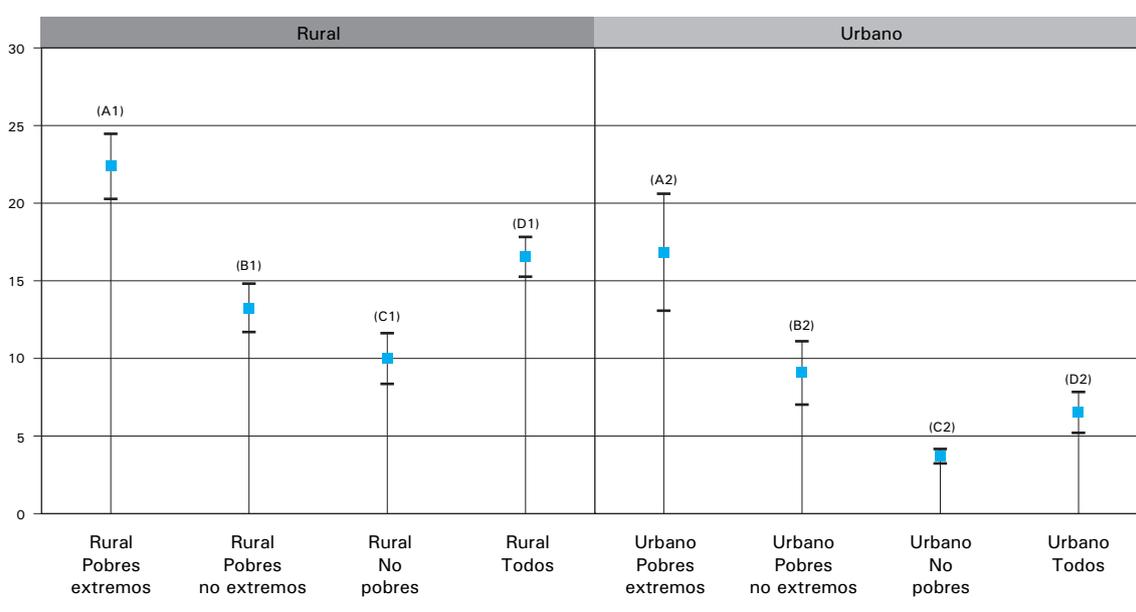
Finalmente, más allá del porcentaje de niños y niñas con algún atraso, vale la pena resaltar que las diferencias en el grado de atraso son también significativas⁴⁰. Es decir, además de que un niño en situación de pobreza tiene mayor probabilidad de tener algún atraso escolar (1 año o más) que un niño de familia no pobre, el grado de atraso del niño en condición de pobreza tiende a ser mayor que el que tiene un niño no pobre. Tanto la asociación entre área de residencia del niño y grado de atraso escolar como la de pobreza y grado de atraso son similares a las observadas anteriormente: niños que tienen una situación de mayor pobreza tienden a tener mayores grados de atraso que los que tienen una situación de menor pobreza cuando se comparan al interior de sus áreas de residencia (ver relación entre A1, B1 y C1 y entre A2, B2 y C2 del gráfico 20); y los niños con similares condiciones de pobreza tienden a tener mayor grado de atraso en el área rural que en la urbana (ver relación entre A1 y A2; B1 y B2; y C1 y C2 del gráfico 20).

⁴⁰ El grado de atraso es medido aquí como la diferencia entre el número de años aprobados que un niño debería tener para su edad (norma) y el número de años que efectivamente aprobó, expresado en porcentaje con relación a esa norma.

Gráfico 20

Brecha de atraso escolar (porcentaje de atraso escolar sobre el número de años que debería haber aprobado) por situación de pobreza y área de residencia

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006, INEI.

Rendimiento escolar

En cuanto al rendimiento escolar de las niñas y niños de sexto grado de primaria, los distintos estudios de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (UMC) del Ministerio de Educación muestran que la casi totalidad de los estudiantes no cuentan con los niveles mínimos requeridos en las áreas evaluadas.

Según la última evaluación realizada por el Ministerio de Educación en el año 2004⁴¹, en sexto grado de primaria sólo 12 de cada 100 estudiantes y 8 de cada 100 estudiantes domina las competencias de comunicación integral y lógico matemática, respectivamente. Más de la mitad de los alumnos evaluados tiene un nivel previo o por debajo del previo en comunicación integral (60%) y lógico matemática (58%). Esto quiere decir que, en el mejor de los casos, llegan a manejar las competencias de los grados anteriores pero no del grado evaluado.

⁴¹ La evaluación identifica cuatro niveles de desempeño: suficiente, básico, previo y por debajo del previo. Estos dos últimos niveles reflejan un manejo de competencias correspondientes a grados previos. El nivel básico no es el esperado, pero refleja que el o la estudiante maneja algunas competencias básicas que se espera adquiera durante el sexto de primaria.

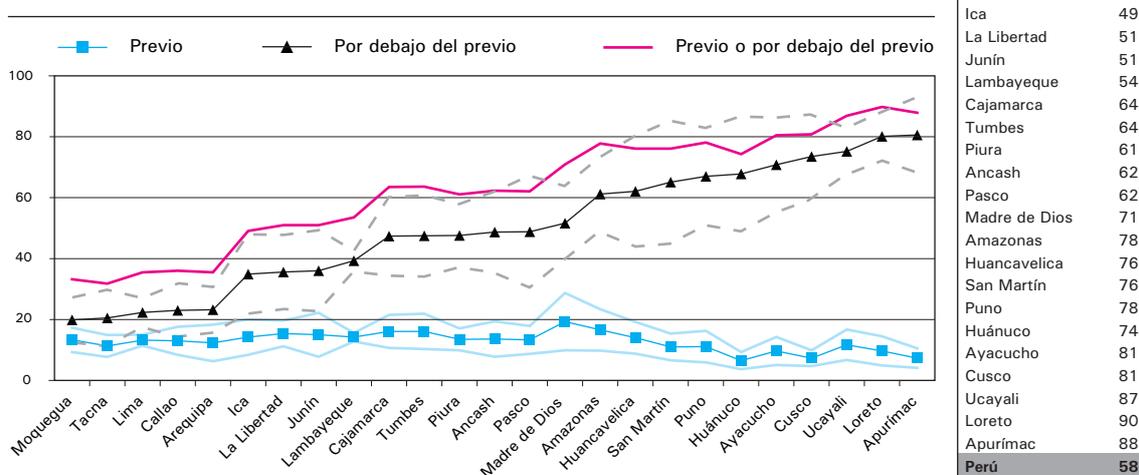
Los gráficos 21 y 22 muestran las enormes brechas existentes a nivel departamental⁴². En la mayoría de los departamentos del país los estudiantes no han aprendido⁴³ lo que debieran para ese año. Quizás, en el mejor de los casos, están aprendiendo cosas de años anteriores, lo cual puede ser consistente con lo que señalan los estudios sobre oportunidades de aprendizaje: el currículo no se llega a enseñar por completo en las aulas peruanas (Zambrano, 2002).

Gráfico 21

Niños de 6^{to} de primaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado

LÓGICO MATEMÁTICA

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe de la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004 – UMC/MED.

Asimismo, se puede apreciar que el porcentaje de estudiantes cuyo rendimiento está por debajo del nivel previo en las dos áreas evaluadas varía significativamente entre los departamentos: por ejemplo en lógico matemática varía de 20% en Moquegua a 80% en Apurímac y Loreto (▲ del gráfico 21). En el caso del porcentaje de estudiantes cuyo rendimiento está en nivel previo, dicha variación no es tan significativa. Por otra parte, se puede observar cómo en las dos áreas evaluadas los departamentos que tienen mejores resultados son Tacna, Moquegua, Lima, Callao y Arequipa, mientras que aquellos que tienen los menores resultados son Apurímac, Cusco, Loreto, Ucayali y Ayacucho. Un dato adicional es que las cuatro regiones con mayor porcentaje de población con lengua materna nativa, son las que tienen menores resultados en términos del rendimiento de sus estudiantes en la Evaluación Nacional 2004.

⁴² Es importante mencionar que la información departamental para dichos niveles (previo y por debajo del previo) debe ser tomada con cautela debido a la magnitud de los errores estándar.

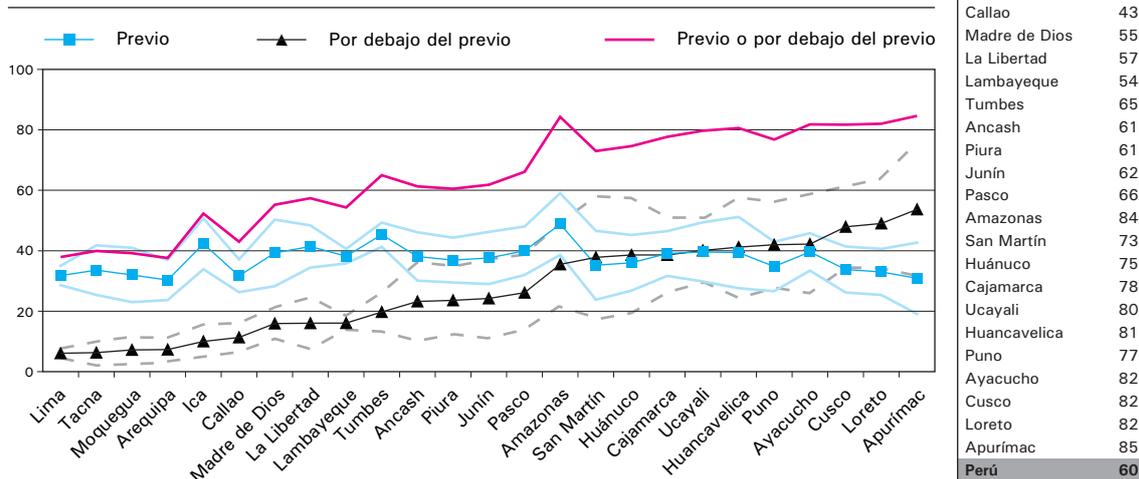
⁴³ De lo que se espera estén aprendiendo. Durante el año escolar los niños y niñas rurales pueden estar aprendiendo cosas que no necesariamente se conectan con la escolaridad formal y son más cercanas al mundo de los saberes previos de las comunidades.

Gráfico 22

Niños de 6^{to} de primaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado

COMUNICACIÓN INTEGRAL

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe de la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004 – UMC/MED.

A pesar del bajo rendimiento escolar de los niños y niñas de sexto grado, sólo un 5% de estudiantes en primaria desaprueba. Aquellos que aprueban no están aprendiendo lo que deberían para el grado, al menos según el currículo nacional. A esto hay que agregarle el atraso escolar: muchos de los estudiantes tienen una edad mayor para el grado, habiendo experimentado situaciones de repetición y deserción, y por ende no han ido acumulando los conocimientos necesarios año a año. Los profesores tienen así que enfrentarse a aulas sumamente diversas, más aún en los contextos multigrado⁴⁴ que se dan en casi el 90% de las escuelas rurales.

En ese contexto, la pregunta sobre la calidad de las prácticas docentes es muy relevante. Se sabe que los centros de formación docente vienen experimentando problemas de calidad y al mismo tiempo existe la necesidad de una mayor especialización de los profesores para poder lidiar con los diversos contextos educativos peruanos. Los problemas de la formación docente terminan expresándose en la baja calidad profesional de los profesores, tal y como diversas pruebas aplicadas han mostrado al menos en lo que son sus conocimientos para los grados y materias que enseñan (UMC, 2005 y 2007).

A la baja calidad de los docentes se suman los problemas con los que llegan los estudiantes (déficits nutricionales, falta de recursos escolares en el hogar) y la dificultad de los contextos, sobre todo rurales, en los cuales tienen que trabajar los profesores. Las distancias de las escuelas rurales a las UGEL dificultan el necesario trabajo de supervisión educativa, el acceso oportuno a materiales de enseñanza y limita el cumplimiento de las horas de enseñanza por los constantes traslados de los maestros. En dichos contextos es esperable que las oportunidades de aprendizaje no logren ser desarrolladas en clase.

⁴⁴ Escuelas donde los docentes se hacen cargo de más de un grado en una misma aula.

Sea porque los profesores no tienen las capacidades y facilidades necesarias, o por los problemas mencionados por el lado de los estudiantes, el currículo peruano sólo se llega a cumplir parcialmente en las aulas. Tanto en lógico matemática como en comunicación integral se desarrollan fundamentalmente actividades de tipo mecánico y no las actividades de alta demanda cognitiva (Cueto *et al.*, 2006).

Educación Intercultural Bilingüe

Los problemas son aún mayores para ciertos grupos. La evaluación nacional del 2001 ya señalaba los problemas de los estudiantes de habla nativa en comparación con los de lengua materna castellana. En el análisis de los factores asociados al rendimiento estudiantil, aplicado sobre la base de la Evaluación Nacional 2004, se ha mostrado cómo los estudiantes de lengua materna no castellana tienen rendimientos significativamente menores a los de habla castellana, incluso si se comparan niños con otras características iguales (Miranda, 2007). De igual modo, el análisis departamental que se presentó anteriormente nos señala una posible relación entre el porcentaje de la población de lengua indígena y el bajo desempeño relativo de los estudiantes.

Los resultados confirman la situación de desventaja de la población de lengua nativa en términos de su limitado acceso a una educación de calidad. Esto puede relacionarse con una situación de pobreza y de falta de recursos (variables muy correlacionadas con la lengua) que podrían obligar a las familias a retirar a sus hijos o hijas de la escuela o que no les permiten tener el entorno adecuado para acompañar la experiencia escolar en el hogar. Al mismo tiempo, el sistema educativo peruano no ha ofrecido una educación que sea capaz de amoldarse a la diversidad lingüística del país.

La diversificación curricular no ha sido suficiente para brindar una educación que incorpore los saberes previos de las localidades, teniendo en cuenta que los profesores encargados de hacerla cumplir carecen de las herramientas, y en algunos casos la sensibilidad para poder implementarla adecuadamente. En muchos casos, se ha confundido la diversificación con una simplificación por las bajas expectativas que tienen los docentes sobre lo que pueden o no aprender los estudiantes (Balarín *et al.*, 2007).

A esto se aúna que en la actualidad no se cuenta con información adecuadamente sistematizada sobre la cobertura y calidad de los programas de Educación Intercultural Bilingüe del Ministerio de Educación⁴⁵, siendo este el primer paso que debe darse para plantear estrategias alternativas que contribuyan a brindar una EIB de calidad en los lugares que se requiere.

Esto se da en un contexto en el cual existe un conocimiento acumulado de experiencias que incorporando adecuadamente la diversidad pueden tener resultados exitosos en la escolaridad de los niños y niñas (ver Box 6).

⁴⁵ El único dato que se tiene es el procedente del Censo Escolar donde se le pregunta al Director si su escuela es Educación Intercultural Bilingüe (EIB). Diversos especialistas sugieren tomar con precaución esa información dado que depende de la opinión del director sobre si su escuela es EIB o no. Podría ser que la percepción del director se relacione al tipo de población que atiende pero no al hecho de efectivamente incorporar una metodología EIB.

Box 7

Formando maestros para una Educación Intercultural Bilingüe en Canchis

El distrito de Maranganí de la provincia de Canchis en el Cusco es un distrito pobre, donde el 87% de la población tiene al quechua como lengua materna. En las comunidades rurales alto andinas de Maranganí, en el año 2002, sólo 6.9% de los niños y niñas de cuarto grado de primaria lograba leer comprensivamente un texto en castellano y el 27.6% podía producir textos en la misma lengua. En el caso de la lengua quechua los resultados se agudizaban, ninguno de los niños fue capaz de leer un texto comprensivamente y sólo el 6.9% logró producir un texto. Los procesos de enseñanza y aprendizaje se daban de manera casi exclusiva en castellano, sólo 1 de 40 profesores evaluados aplicaba una propuesta de Educación Intercultural Bilingüe en la escuela, el resto utilizaba el quechua de manera instrumental, como lengua puente hacia el castellano.

En este marco surge el programa de formación de maestros para la Educación Intercultural Bilingüe, desarrollado por la ONG Tarea y el Instituto Superior Pedagógico Público Túpac Amaru de Tinta (ISPPTA), con el objetivo de propiciar el logro de tres competencias básicas en los niños y niñas: comprender y expresar mensajes orales, leer comprensivamente y producir textos en lengua quechua y castellana.

El programa se implementó, entre enero del 2002 a diciembre del 2005, en 20 instituciones educativas⁴⁶ ubicadas en 20 comunidades rurales, donde trabajan 40 maestros que atienden a aproximadamente 800 niños y niñas. Las líneas de trabajo fueron: (i) el desarrollo de las capacidades pedagógicas de los profesores, (ii) la concertación de acciones entre la escuela, las familias y la comunidad, (iii) la producción de conocimiento a través de la investigación, la elaboración de materiales y la sistematización de la experiencia y (iv) la concertación y

participación en espacios de incidencia a nivel regional.

El involucramiento de los padres de familia y los pobladores de las comunidades, el compromiso de los maestros, y la metodología y estrategias de trabajo innovadoras utilizadas por el equipo de formadores fueron factores clave que permitieron el logro de los siguientes resultados en las capacidades de comunicación integral de los niños y niñas del 4to grado de primaria:

- Mejoró su capacidad de expresión oral en quechua, de 59% en el año 2002 a 86% en el 2005. En castellano dicha capacidad también se incrementó, de 83% en el 2002 a 92% en el 2005.
- En el año 2002 ningún niño era capaz de leer comprensivamente en quechua, lográndose que al finalizar el programa el 40% pudiera hacerlo. En castellano hubo un cambio significativo en el desarrollo de esta capacidad, de 7% a 89% en el mismo período.
- Al finalizar el programa el 53% pudo producir un texto escrito en quechua, en comparación con sólo el 7% que lo hacía al inicio del programa. El incremento de esta capacidad en castellano fue de 28% en el año 2002 a 74% en el 2005.
- El quechua fue incorporado como lengua de aprendizaje, dándose una mayor valoración de la cultura y la lengua en la escuela y la comunidad. Los maestros introdujeron elementos culturales andinos y la enseñanza en quechua y castellano, asumiendo la Educación Intercultural Bilingüe como una opción pedagógica. Son capaces de dar cuenta respecto a los resultados de aprendizaje de sus estudiantes y a la articulación del trabajo a la vida comunal.

⁴⁶ 15 de educación primaria y 5 centros de educación inicial. De las 20 escuelas, 13 son unidocentes, 5 multigrado y 2 polidocentes.

3.4 ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS EN LA NIÑEZ

En esta sección se abordan variables relacionadas con el trabajo infantil y el acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento, como aproximación a las condiciones en las que se desarrollan los niños en esta etapa.

Trabajo infantil

Según los últimos datos disponibles, al año 2006 alrededor del 20% de los niños y niñas entre 6 y 11 años realizaba algún trabajo. En áreas rurales trabajaba casi el 40% de los niños y niñas y en áreas urbanas el porcentaje bordeaba el 5%⁴⁷. Estas cifras, que algunos indican subestiman la extensión del trabajo infantil, no permiten capturar la heterogeneidad del trabajo infantil en términos de la intensidad de las jornadas de trabajo y la severidad de las tareas realizadas⁴⁸.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que el niño tiene derecho a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación. Asimismo, tiene derecho a estar protegido contra cualquier trabajo que sea nocivo para su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Como complemento, el Perú aprobó en el año 2001 el convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que prohíbe las peores formas de trabajo infantil y adolescente, y en conformidad con el convenio 138 de la OIT se establece los 14 años como edad mínima para empezar a trabajar. Con el fin de asegurar el cumplimiento progresivo de la normatividad que prohíbe el trabajo infantil y regula el trabajo adolescente, en el año 2003 se creó el Comité Directivo Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil.

A pesar de las iniciativas, poco se conoce sobre la naturaleza del trabajo infantil en el Perú, la participación de los niños en determinadas actividades que podrían poner en riesgo su salud y educación y la intensidad de las jornadas laborales a la que están expuestos. Aquí presentamos algunas de las características que la información disponible permite conocer.

Como se observa en el cuadro 17, 94% de los niños y niñas de 6 a 11 años que reside en áreas urbanas se dedica al estudio y no al trabajo, cifra que en el área rural se reduce a 60%. Los datos del gráfico 23 nos muestran que mientras el 91% de los niños y niñas no pobres se dedica a estudiar y no trabaja, sólo el 55% de los niños y niñas en situación de

⁴⁷ Este reporte incluye la ayuda en el negocio de la casa o de algún familiar, en labores domésticas en otra vivienda, en la elaboración de productos para la venta, en la chacra o pastoreo, vendiendo productos (caramelos, dulces, etc.), lavando carros, lustrando zapatos, entre otros; no incluye el apoyo en los quehaceres del hogar. Dos factores sugieren que el indicador de trabajo infantil estaría subestimado: (i) el reporte no es realizado por el niño o niña sino por un informante calificado del hogar, (ii) el trabajo de menores de 14 años no es permitido según la legislación laboral peruana, y por ello el informante calificado podría preferir no reportar el trabajo del niño. Adicionalmente, la omisión del rubro «quehaceres del hogar» podría estar subestimando el número de niños y niñas que enfrentan responsabilidades que entran en conflicto con su desarrollo, especialmente en su desempeño educativo y proceso de socialización. Sin embargo, para incluirla en el análisis sería necesario contar con información sobre intensidad de este tipo de trabajo, información que no está disponible.

⁴⁸ En el año 2008 estará disponible la Encuesta sobre Trabajo Infantil realizada por el INEI en convenio con la OIT, la que tendrá representatividad urbano/rural y por región natural y permitirá caracterizar mejor el trabajo infantil en el Perú.

Cuadro 17**Niños trabajadores de 6 a 11 años de edad según área de residencia**

En porcentaje

	Urbano	Rural	Nacional
Estudia y no trabaja	94	60	79
Estudia y trabaja	5	35	18
No estudia y trabaja	0	3	1
No estudia ni trabaja	1	2	2
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

pobreza extrema se dedica exclusivamente a estudiar. Como veremos en la sección sobre trabajo adolescente, los porcentajes de niños y niñas trabajadores crecen significativamente conforme aumenta la edad.

Un aspecto interesante es que así como no hay diferencias de género en la asistencia a la escuela en esta etapa del ciclo de vida, tampoco se observan diferencias en la participación laboral de los niños y las niñas.

Las diferencias más notorias son las asociadas al lugar de residencia. Como se mencionó anteriormente, en áreas rurales el trabajo infantil está más extendido. En la sierra el porcentaje de niños y niñas que trabajan es el más alto llegando a casi el 40%, seguido por la selva donde casi el 15% de niños y niñas trabaja en época escolar.

Vale la pena mencionar la importancia de diferenciar entre tipos de trabajo infantil. Jornadas muy intensas parecen ser incompatibles con la asistencia a la escuela y el aprendizaje, y jornadas laborales menos intensas podrían llegar a ser compatibles con la escuela en la medida que las condiciones estén dadas para fomentar el desarrollo del niño en el ámbito educativo y en su espacio de socialización.

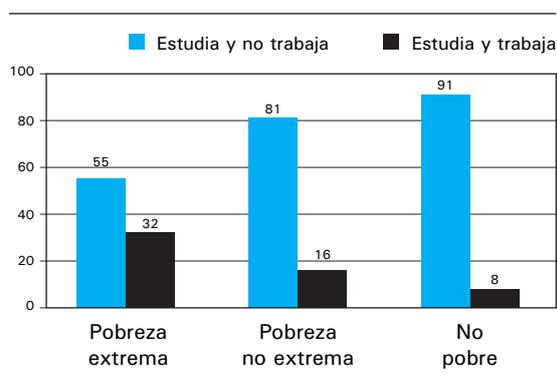
Medio ambiente, agua y saneamiento

Como se señaló en la sección inicial, existe una fuerte relación entre las condiciones del entorno y el desarrollo saludable de niños y niñas, especialmente en edades tempranas.

En nuestro país se ha discutido mucho la contaminación por mercurio en La Oroya como producto de la actividad minera o la contaminación en la cuenca del río Corrientes en Loreto producto de la actividad petrolera. La deficiente regulación durante décadas dejó a su paso este desolador escenario. En el año 2007 La Oroya fue seleccionada entre las 10 ciudades

Gráfico 23**Niños trabajadores según condición de pobreza**

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

más contaminadas en el mundo por el Blacksmith Institute. El informe reporta que el 90% de los niños y niñas entre 6 meses y 10 años de edad presentan altos niveles de plomo en la sangre (el triple del nivel máximo establecido por la OMS), además de la proliferación de males respiratorios en la población, altas tasas de muertes prematuras, altas concentraciones de dióxido de sulfuro (que excede 10 veces el nivel establecido por la OMS), entre otros problemas de contaminación en la zona. Además de La Oroya, Huancavelica fue seleccionada en el grupo de 30 ciudades más contaminadas del mundo debido a la contaminación por mercurio que data de hace 400 años.

La importancia de monitorear la calidad del agua que consumen niños y niñas, además de la calidad del aire que respiran y la salubridad de los servicios de saneamiento a los que acceden en su comunidad y en sus viviendas es innegable. Sin embargo, la falta de información representativa a nivel departamental nos impide ofrecer un panorama detallado y nos restringe a observar indicadores que aproximan el acceso y de manera más limitada la calidad del agua que consumen niños y niñas y los servicios de saneamiento a los que acceden en sus hogares⁴⁹.

Con el fin de identificar condiciones que en entornos urbanos y rurales sugieren situaciones de riesgo ambiental en el entorno físico de la vivienda, analizamos indicadores de acceso a condiciones básicas de agua y saneamiento, en base a las definiciones de fuentes mejoradas de la OMS/UNICEF para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵⁰.



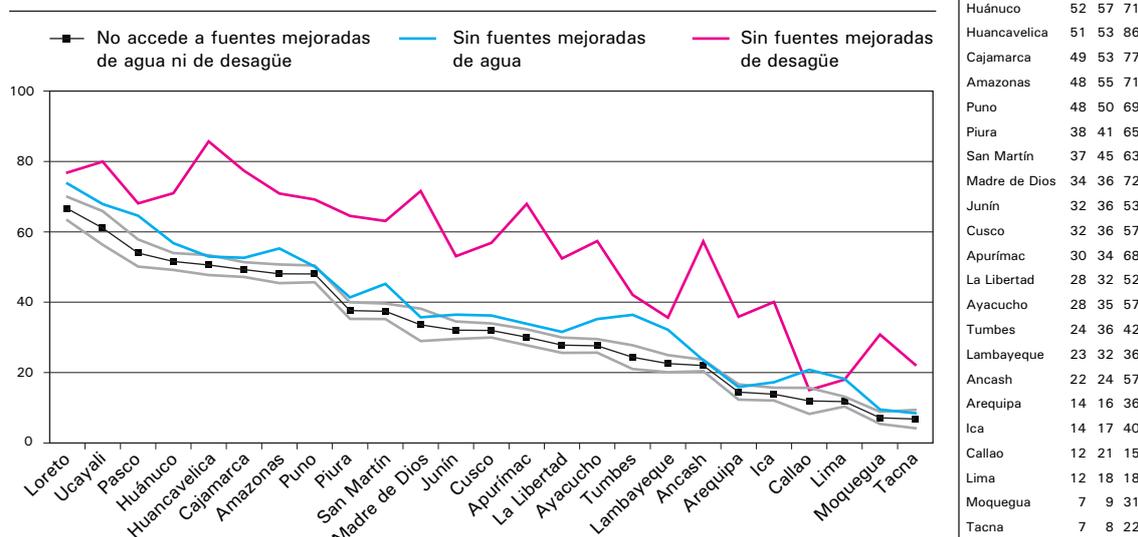
©UNICEF/PERA-5133

⁴⁹ Algunos de los documentos que dan cuenta de los riesgos y avances en esta materia han sido desarrollados por la Defensoría del Pueblo (como los informes 103, 116, 124, 125 y el Informe Extraordinario: conflictos socioambientales por actividades extractivas en el Perú (2007)), y pueden ser consultados en su página web: <http://www.defensoria.gob.pe/>.

⁵⁰ Se considera fuente mejorada de agua a la proveniente de conexión a red pública dentro la vivienda o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o a la proveniente de un pilón de uso público. En tanto las fuentes no mejoradas incluyen la provisión de agua a través de camión cisterna, pozo, río, acequia, manantial u otra fuente natural. En el caso del servicio de saneamiento o desagüe, las fuentes mejoradas incluyen servicios higiénicos conectados a red pública dentro la vivienda, o fuera de la vivienda pero dentro del edificio, o los pozos sépticos. En tanto las fuentes no mejoradas incluyen pozos ciegos o negros, o el uso directo del río, la acequia, el canal, u otro espacio sin tratamiento adecuado de desechos.

El gráfico 24 muestra la inequidad en el acceso a servicios de agua y desagüe en el país. En departamentos como Loreto y Ucayali, más de 60% de los niños y niñas entre 0 y 11 años carece de acceso a fuentes mejoradas de agua y desagüe. En cambio, en Tacna y Moquegua sólo el 7% carece de acceso a dichos servicios. Los departamentos más pobres tienden a ser los más desabastecidos. Cabe señalar que las condiciones de salubridad de agua y saneamiento en las ciudades pueden tornarse en emergencias de salud pública debido a la tugurización de las viviendas. En este sentido, la preocupación por las condiciones de entorno y las políticas diseñadas para mejorarlas debe tomar en cuenta, además de la presencia de actividades extractivas o industriales contaminantes, la tugurización de las viviendas mismas y las prácticas cotidianas de su población.

Gráfico 24
Niños entre 0 y 11 años de edad que no tienen acceso a fuentes mejoradas de agua o desagüe
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006, INEI.



© UNICEF/PERA/2006/Ouvrard

4. LA SITUACIÓN DE LA ADOLESCENCIA (DE 12 A 17 AÑOS)

4. LA SITUACIÓN DE LA ADOLESCENCIA (DE 12 A 17 AÑOS)

4.1 EL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO EN LA ADOLESCENCIA A NIVEL DEPARTAMENTAL

La adolescencia es una de las transiciones más complejas en la vida. Esta es sólo superada por la primera infancia en cuanto a ritmo acelerado de crecimiento y cambio. En esta etapa los adolescentes definen su personalidad, establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad. Los cambios físicos y emocionales que se producen terminan de definir las características con las que el adolescente afrontará su etapa adulta (UNICEF, 2002).

Tomando en cuenta las características propias de esta etapa se utilizaron los indicadores que se presentan en el cuadro 18 para construir el IDN de la adolescencia.

Cuadro 18

Indicadores utilizados en el IDN en la adolescencia (de 12 a 17 años)⁵¹

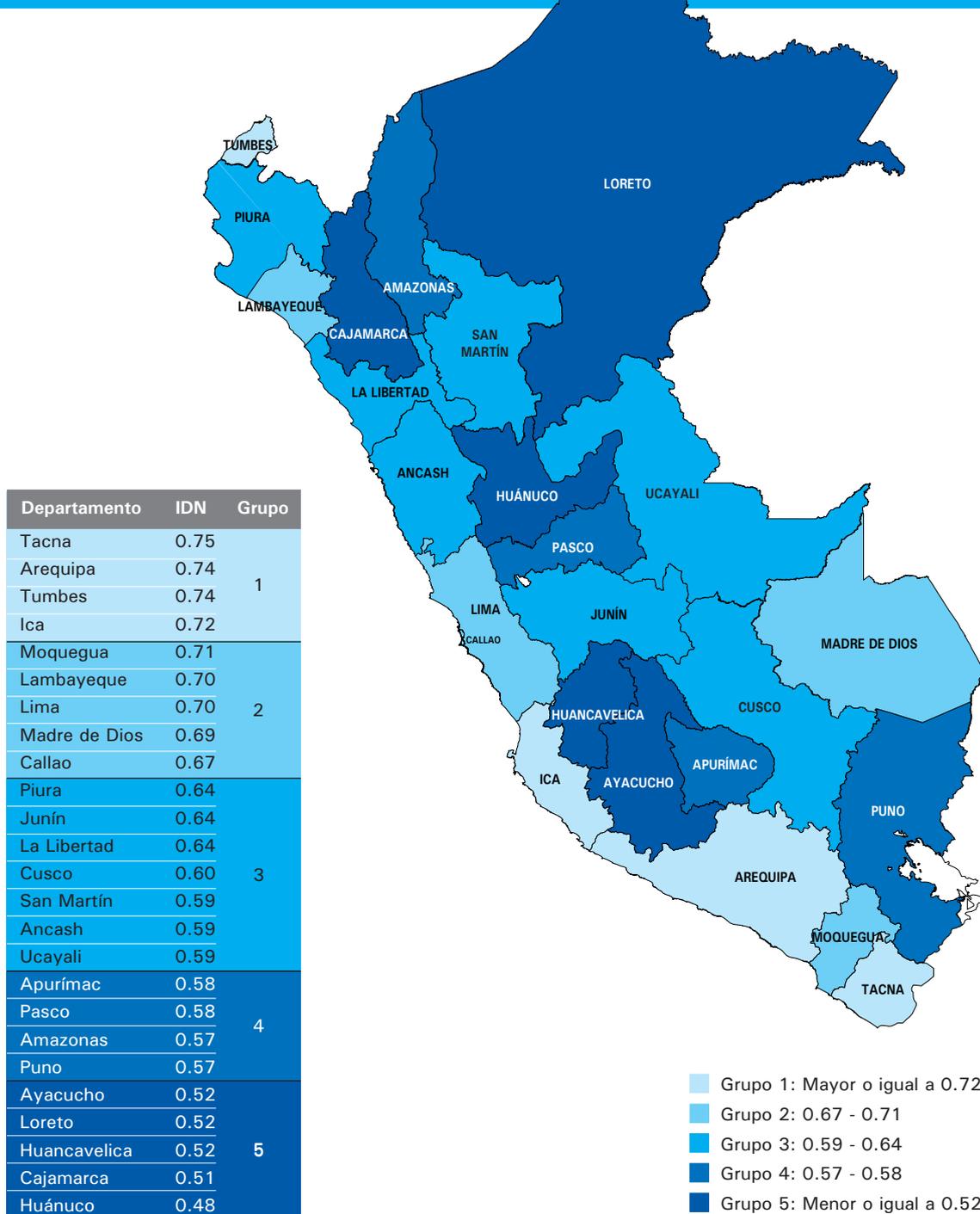
DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN
Tasa de anemia en adolescentes de 10 a 19 años (MONIN 2004).
DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN
Proporción de adolescentes de 12 a 17 años con algún atraso escolar respecto al nivel esperado para su edad (ENAH0 2006).
DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS
Proporción de mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (ENCO 2006).
Proporción de adolescentes de 12 a 17 años que viven en hogares con alta dependencia económica (ENAH0 2006).

Los departamentos que en el IDN de la adolescencia tienen el menor desempeño relativo son Huánuco, Cajamarca, Huancavelica, Loreto y Ayacucho. Por el contrario, los que muestran mejor desempeño son Tacna, Arequipa, Tumbes e Ica. El ranking del índice global es muy similar al de la dimensión de aprendizaje y educación, y menos parecido al de la dimensión de salud y nutrición. Esto contrasta con el IDN de la niñez, donde el ranking del índice global era más bien parecido al de la dimensión de entorno y protección de derechos.

⁵¹ En el anexo 2 se presenta la definición de los indicadores utilizados en la construcción del IDN en la adolescencia.

Mapa 3

Índice de Desarrollo del Niño en la adolescencia



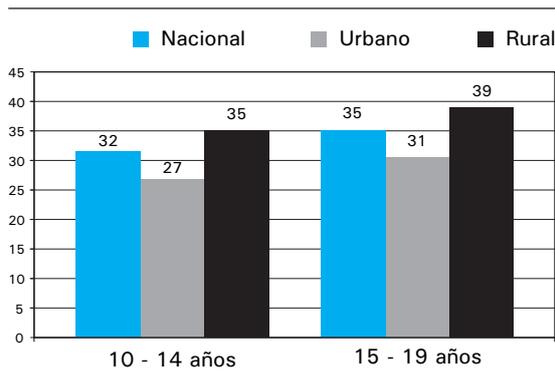
Fuente: Elaboración propia en base a la ENCO 2006 y la ENAHO 2006 del INEI, y el MONIN 2004 del CENAN.

4.2 DERECHO A LA SALUD Y NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Anemia

Como en la primera infancia (desde la concepción hasta 5 años) y en la niñez (6 a 11 años), los problemas de nutrición siguen siendo importantes en esta etapa del ciclo de vida. En la adolescencia, el problema central parecería ser la deficiencia de hierro. La anemia afecta a 3 de cada 10 adolescentes de 10 a 19 años, y está ligeramente más extendida en áreas rurales que en áreas urbanas como se observa en el siguiente gráfico. Esto podría estar asociado a las condiciones de pobreza que limitan el consumo de fuentes importantes de hierro, como carnes, legumbres, frutos secos y mariscos, pero también a patrones inadecuados de alimentación.

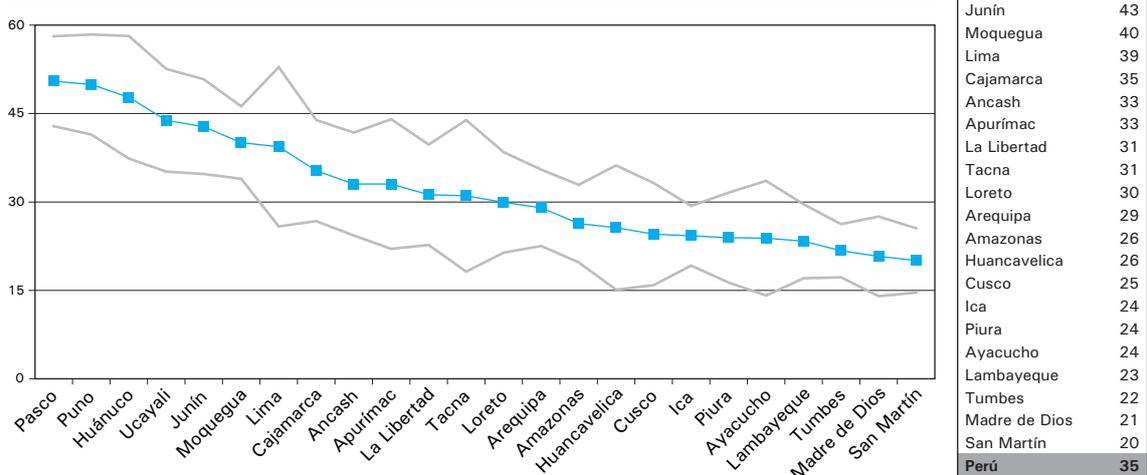
Gráfico 25
Anemia en adolescentes según grupos de edad y área de residencia
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base al MONIN 2004 del CENAN.

En cuanto a la anemia entre adolescentes de 15 a 19 años a nivel departamental, Pasco (50%), Puno (50%), Huánuco (48%), Ucayali (44%) y Junín (43%), al igual que en la etapa de la niñez, siguen presentando los mayores porcentajes. Lima, al igual que en la población de 10 a 14 años, muestra una tasa bastante alta de anemia en sus adolescentes de 15 a 19 años de edad, similares a las de los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Ayacucho,

Gráfico 26
Anemia en adolescentes de 15 a 19 años de edad
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base al MONIN 2004 del CENAN.

poseedores de las mayores tasas de pobreza extrema en el país. Esto podría estar indicando que más allá de las intervenciones de apoyo alimentario, es necesario fortalecer programas de información sobre prácticas adecuadas de nutrición dirigidas a los adolescentes de 15 a 19 años de edad, y no restringirlas sólo a las madres de niños pequeños.

Sobrepeso

Además de la anemia, el sobrepeso es otro aspecto que empieza a manifestarse como un problema que requiere atención. La OPS/OMS señala que si bien en los países en desarrollo, como el Perú, no hay un alto consumo de grasas como en los países desarrollados, sí hay una mono alimentación en base a cereales que es una de las principales causas de la obesidad y, concomitantemente con la obesidad, se presentan carencias de nutrientes esenciales, sobre todo de proteínas «completas» (con todos los aminoácidos esenciales) a causas del bajo consumo de carnes (Peña, Bacallao, 2005).

En áreas urbanas, 15 de cada 100 adolescentes presentan problemas de peso, no observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres. En otros países el sobrepeso es un tema de preocupación significativo para este grupo etáreo. Actualmente en el Perú muchos adolescentes de la zona urbana no cuentan con una adecuada alimentación e invierten gran parte de su tiempo libre en video juegos e Internet. Lamentablemente no se cuenta con mayor información sobre las actividades de los niños y jóvenes durante su tiempo libre, pero estos resultados abren futuras líneas de investigación.

Cuadro 19

Adolescentes de 10 a 19 años con déficit de peso y sobre peso^{1/}

En porcentaje

	Déficit de peso	Peso normal	Sobrepeso
Adolescentes			
Urbano	4 *	82	15
Rural	4	88	8
Nacional	4	85	11
Mujeres			
Urbano	2 *	82	16
Rural	3 *	89	8
Nacional	3 *	86	12
Hombres			
Urbano	5 *	81	14
Rural	5 *	87	8 *
Nacional	5	85	11

Fuente: MONIN 2004 del CENAN.

^{1/} Nivel de confiabilidad de los indicadores a nivel nacional: Los datos con el símbolo * deben ser tomados con cautela (tienen un error estándar relativo entre 10% y 30%).

VIH-SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual

Según datos del Ministerio de Salud (2007), entre el año 1983 y finales del 2007, el Perú ha presentado 20,154 casos acumulados de SIDA y 29,984 casos acumulados de VIH. Se manifiesta una alta incidencia de personas con VIH-SIDA en jóvenes de 20 a 29 años; una de cada 3 personas con SIDA se encuentra en este grupo etáreo. Tomando en cuenta de que una vez transmitida la infección del virus VIH, pueden pasar varios años antes de manifestarse como SIDA, es posible que una proporción importante de estos jóvenes haya contraído el virus durante la adolescencia.

Cuadro 20

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

En porcentaje

Conocimiento del VIH-SIDA	
No han oído hablar del VIH-SIDA	9
Han oído hablar pero no conoce ninguna forma de evitar la infección	25
Conoce alguna forma de evitar la infección	48
Conoce más de una forma de evitar la infección	18
Total	100
Conocimiento de formas específicas de evitar la infección (puede reportar más de una)	
Sabe que el uso del condón es una de las formas de evitar la infección del VIH-SIDA	41
Sabe que limitar el número de parejas sexuales es una de las formas de evitar la infección del VIH-SIDA	28
Conocimiento sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	
No conoce sobre las ETS	50
Conoce de las ETS pero no de los síntomas asociados	13
Conoce de 1 síntoma asociado a las ETS	12
Conoce de 2 síntomas o más asociados a las ETS	25

Fuente: Elaboración en base a la ENDES 2004-2006 del INEI.

Para evitar nuevos casos de infección entre adolescentes y jóvenes, es vital que estos tengan un conocimiento amplio y correcto acerca del VIH. A pesar de las campañas orientadas a informar a los y las adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva, todavía hay mucho por hacer. Según los datos de la ENDES 2004-2006, el 9% de las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años desconoce la existencia del VIH-SIDA, y el 25% afirma conocer el problema del VIH-SIDA pero no saber cómo evitar la infección. No se observan cambios estadísticamente significativos en relación al 28% reportado en la ENDES 2000.

Algo similar ocurre para el caso de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Según la ENDES 2004-2006, sólo la mitad (50%) de las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años afirma conocer sobre las ETS, lo que refleja que no ha habido mejoras en los últimos 6 años cuando la ENDES 2000 reportó una cifra similar (51%).

Por otro lado, se ha observado un incremento en el uso del condón en las relaciones sexuales. Entre las adolescentes mujeres que han mantenido relaciones sexuales, el 20% afirma que ha usado condón, según datos de la ENDES 2004-2006.

Cuadro 21

Uso del condón en adolescentes que tienen parejas sexuales^{1/}

En porcentaje

Uso del condón en adolescentes	%
Adolescentes que usaron condón en la última relación sexual	20

^{1/} El dato está basado en un número bastante limitado de casos por lo que debe ser tomado con cautela. El grupo consultado incluye sólo a adolescentes que reportaron haber tenido alguna pareja sexual (estable o eventual) en los últimos 12 meses, que representa el 20% de adolescentes entre 15 y 19 años.

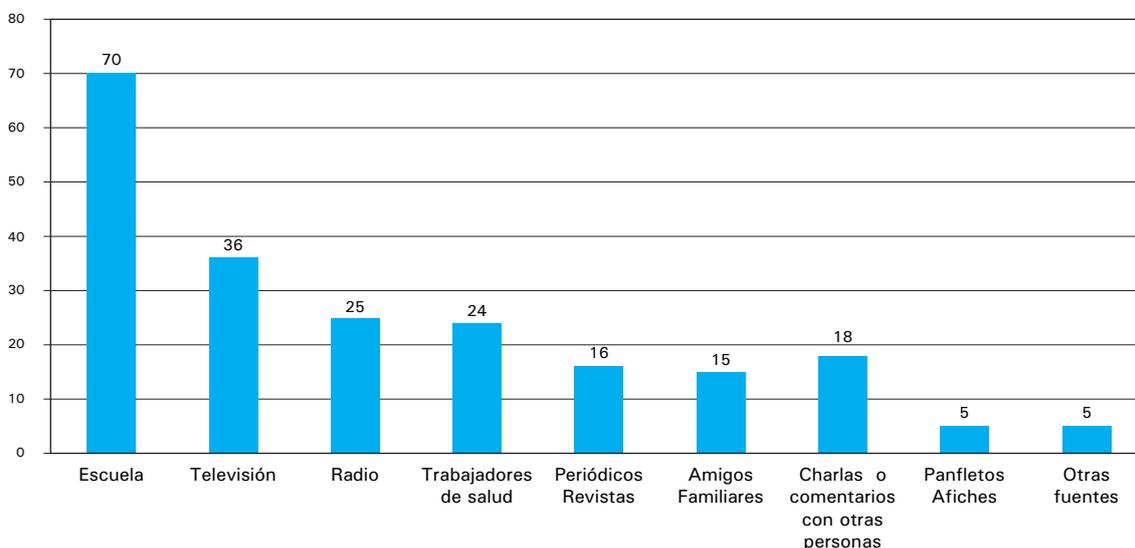
Fuente: Elaboración en base a la ENDES 2004-2006 del INEI.

Es importante destacar el rol que juegan las escuelas y los medios de comunicación (radio y televisión) en la difusión de los riesgos de infección del VIH y otras ETS y las maneras de evitar tales riesgos. Según los reportes de las adolescentes entre 15 y 19 años, éstas han sido las dos vías más importantes a través de las cuales obtuvieron información sobre el VIH-SIDA (ver gráfico 27).

Gráfico 27

Fuentes de información de las que aprendieron sobre VIH-SIDA las adolescentes de 15 a 19 años de edad (pueden haber reportado más de una fuente)

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base a la ENDES 2004-2006 del INEI.

4.3 DERECHO AL APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Cobertura de la educación secundaria

Observamos en la educación secundaria problemas de matrícula no identificados en la primaria (PREAL-GRADE, 2006). A diferencia de lo que ocurre en la primaria, sólo el 73% de los adolescentes entre 12 y 16 años se encuentran matriculados en la secundaria⁵². Del 27% restante, el 14% está cursando la primaria y 13% se ubica fuera de la escuela⁵³.

Este promedio nacional esconde algunas brechas por área de residencia, condición de pobreza, y lengua materna, tal y como se puede observar en el cuadro 22. En la zona urbana un 84% de adolescentes está matriculado en el nivel que le corresponde a su edad frente a un 56% de adolescentes de la zona rural. Mientras que un 84% de adolescentes procedentes de familias no pobres está matriculado, sólo un 49% de los pobres extremos está en la misma situación; de igual forma, mientras un 76% de adolescentes con lengua materna castellana está matriculado, sólo un 57% con lengua materna quechua tiene esa condición. Ante estas cifras se presenta una serie de retos como el aumento de la oferta educativa en secundaria y la mejora en infraestructura, equipamiento y formación de docentes, sobre todo en la zona rural.

Cabe mencionar que las diferencias de género aparecen sólo en áreas rurales, donde el 60% de hombres están matriculados en la escuela secundaria, frente a un 53% de mujeres. En áreas urbanas esa diferencia no se nota.

Cuadro 22
Cobertura neta de secundaria en adolescentes de 12 a 16 años de edad^{1/}
Porcentaje de adolescentes matriculados en secundaria respecto al total de adolescentes

	Matriculados en secundaria
Área de residencia	
Urbano	84
Rural	56
Nacional	73
Condición de pobreza	
Pobre extremo	49
Pobre no extremo	70
No pobre	84
Total	73
Lengua materna	
Castellano	76
Quechua	57
Aymara	72 *
Otras lenguas nativas	43 *
Total	73
Género	
Mujer	72
Hombre	73
Total	73

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

^{1/} Los asteriscos representan alertas sobre la imprecisión del indicador.

* El indicador debe ser tomado con cautela. Su error estándar relativo (EER) es mayor a 10% y menor a 30%.

⁵² En el Anexo 1 se presenta un resumen sobre la definición de la edad del niño y adolescente para la medición del atraso escolar.

⁵³ Menos del 1% se encuentra en algún nivel superior.

Atraso escolar

El indicador de cobertura neta es limitado en la medida que captura sólo el atraso por niveles y no por años de educación. Permite identificar únicamente a los adolescentes que no han llegado a la secundaria, pero no a los que habiendo llegado a la secundaria también han experimentado retrasos en su educación. El cuadro 23 muestra el atraso escolar en base a la proporción de adolescentes que asiste a grados menores a los correspondientes según su edad (independientemente del nivel al que asisten). Se observa que un 41% de ellos tiene algún grado de atraso escolar. En el cuadro 23 encontramos nuevamente notables diferencias en la situación de atraso entre los alumnos y alumnas de zonas urbanas (30%) y rurales (60%), de lengua materna castellana (36%) y quechua (73%), así como entre estudiantes de familias no pobres (28%), pobres (46%) y pobres extremas (71%).

Cuadro 23

**Situación de los alumnos matriculados de 12 a 16 años de edad:
en el año que les corresponde, adelantados, y en algún grado inferior^{1/}**

En porcentaje

	En edad	Adelantados	En algún grado inferior	Total
Área de residencia				
Urbano	51	19	30	100
Rural	32	8	60	100
Nacional	44	15	41	100
Condición de pobreza				
Pobre extremo	25	4 *	71	100
Pobre no extremo	41	13	46	100
No pobre	53	19	28	100
Total	44	15	41	100
Lengua materna				
Castellano	48	16	36	100
Quechua	22	5 *	73	100
Aymara	30 *	25 *	45 *	100
Otras lenguas nativas	11 *	(.) **	86	(.)
Total	44	15	41	100
Género				
Mujer	46	16	38	100
Hombre	43	13	44	100
Total	44	15	41	100

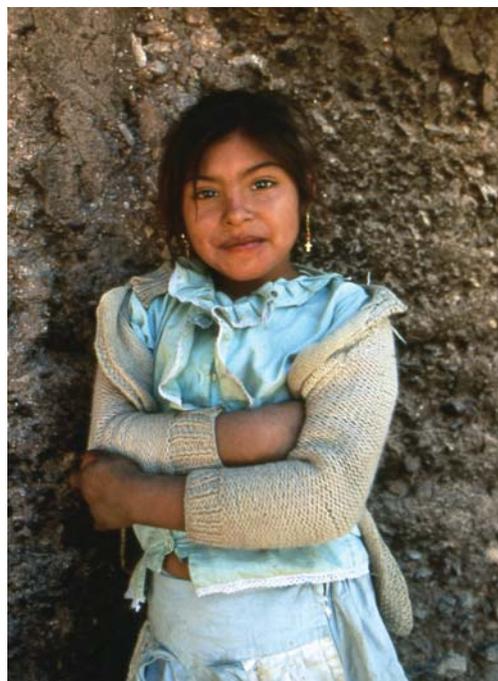
Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

^{1/} Los asteriscos representan alertas sobre la imprecisión del indicador.

* El indicador debe ser tomado con cautela. Su error estándar relativo (EER) es mayor a 10% y menor a 30%.

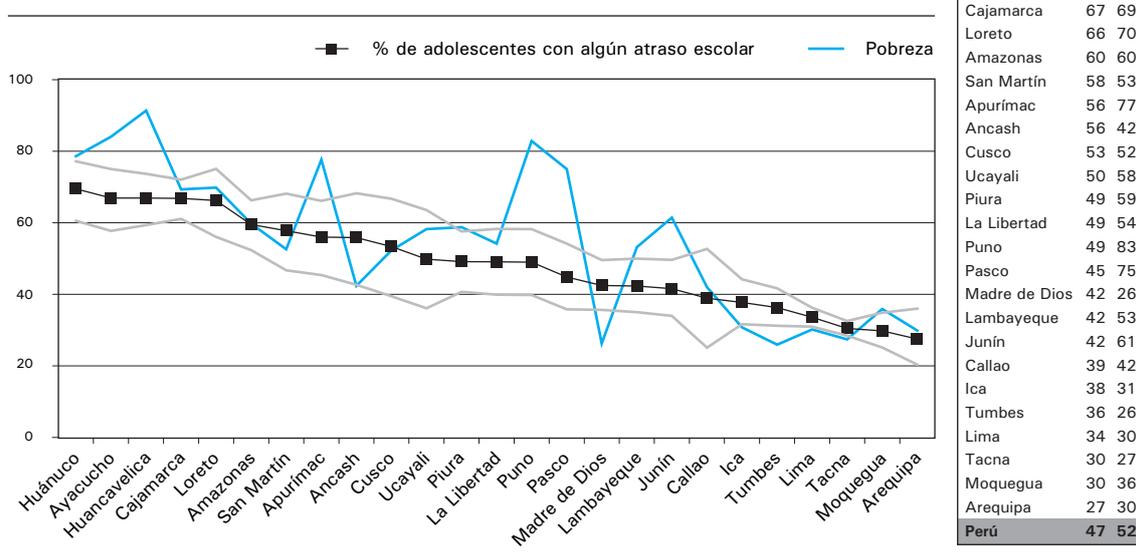
** El indicador presenta niveles de confiabilidad inaceptables. Su EER es igual o mayor a 30%.

Complementariamente, cabe preguntarse por el atraso escolar de todos los adolescentes, y no sólo de aquellos que asisten a la escuela. En el gráfico 28 se presenta la proporción de adolescentes con algún grado de atraso escolar en cada departamento del país (incluidos los que asisten y los que no asisten a la escuela). A nivel departamental parece existir cierta asociación entre el atraso escolar de los adolescentes y el nivel de pobreza. Si bien hay excepciones como el caso de Puno, donde el alto nivel de pobreza no va acompañado de una alta incidencia de atraso escolar comparado con otros departamentos, los resultados de las evaluaciones de rendimiento escolar allí muestran un desempeño educativo bajo en términos comparativos con otros departamentos del país.



©UNICEF/PERA-9055

Gráfico 28
Adolescentes de 12 a 17 años de edad con algún atraso escolar según situación de pobreza^{1/}
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI.

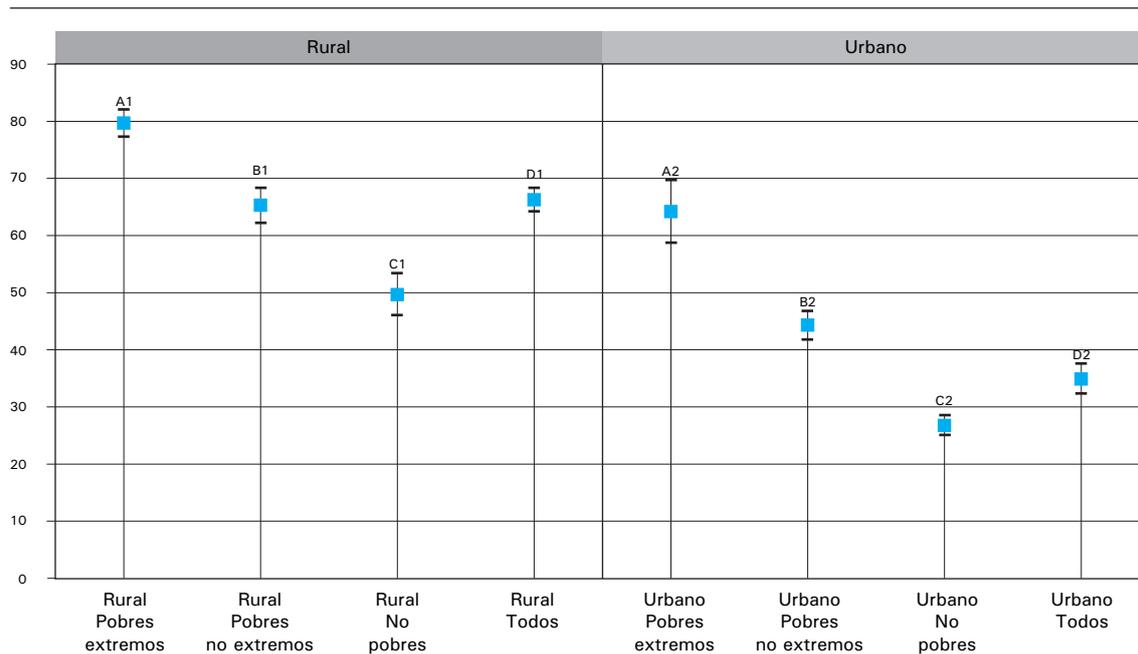
^{1/}La discrepancia en el dato nacional entre este cuadro y el cuadro 38 se debe a que la población analizada es distinta en ambos. En este cuadro se evalúa si un adolescente ha aprobado menos años de educación de los que le corresponden para su edad, independientemente de si está asistiendo a la escuela en el momento de la encuesta o no. Una diferencia adicional es que este cuadro se basa en el total de reportes de la ENAHO 2006, en tanto el cuadro anterior es hecho con reportes de abril a diciembre (debido a que depende del dato de asistencia).

En el gráfico 29 se puede observar que en los adolescentes con similar situación de pobreza existen diferencias significativas de atraso escolar, entre los que viven en zonas urbanas y rurales (Ver la relación entre A1 y A2; B1 y B2; y C1 y C2). De igual modo, al interior de las zonas, se puede notar las diferencias en los niveles de atraso entre adolescentes con diferentes niveles de pobreza.

Gráfico 29

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

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI.

Conclusión de la educación secundaria

Finalmente, una expresión de los significativos niveles de atraso de los adolescentes peruanos es que sólo un 57% de adolescentes entre 17 y 19 años ha concluido la secundaria. Nuevamente son importantes las diferencias: mientras un 62% de adolescentes entre 17 y 19 años con lengua materna castellana ha terminado la secundaria, sólo un 25% de adolescentes con lengua materna quechua ha culminado; y el 71% de los y las adolescentes no pobres ha terminado la secundaria en comparación al 48% en el grupo en situación de pobreza y al 22% en el grupo en situación de pobreza extrema. Si bien entre los 20 y 21 años el porcentaje de egresados de la secundaria aumenta significativamente, las brechas entre grupos se acortan muy poco, especialmente entre grupos socioeconómicos.

Cuadro 24

Adolescentes de 17 a 19 años de edad y jóvenes de 20 a 21 años de edad que han concluido la educación secundaria^{1/}

En porcentaje

	Adolescentes de 17 a 19 años con secundaria completa	Jóvenes de 20 a 21 años con secundaria completa
Área de residencia		
Urbano	70	82
Rural	33	49
Nacional	57	72
Condición de pobreza		
Pobre extremo	22	35 *
Pobre no extremo	48	61
No pobre	71	85
Total	57	72
Lengua materna		
Castellano	62	75
Quechua	25 *	52
Aymara	62 *	84
Otras lenguas nativas	22 *	32 *
Total	57	72
Género		
Mujer	59	73
Hombre	56	72
Total	57	72

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI.

^{1/} Los asteriscos representan alertas sobre la imprecisión del indicador.

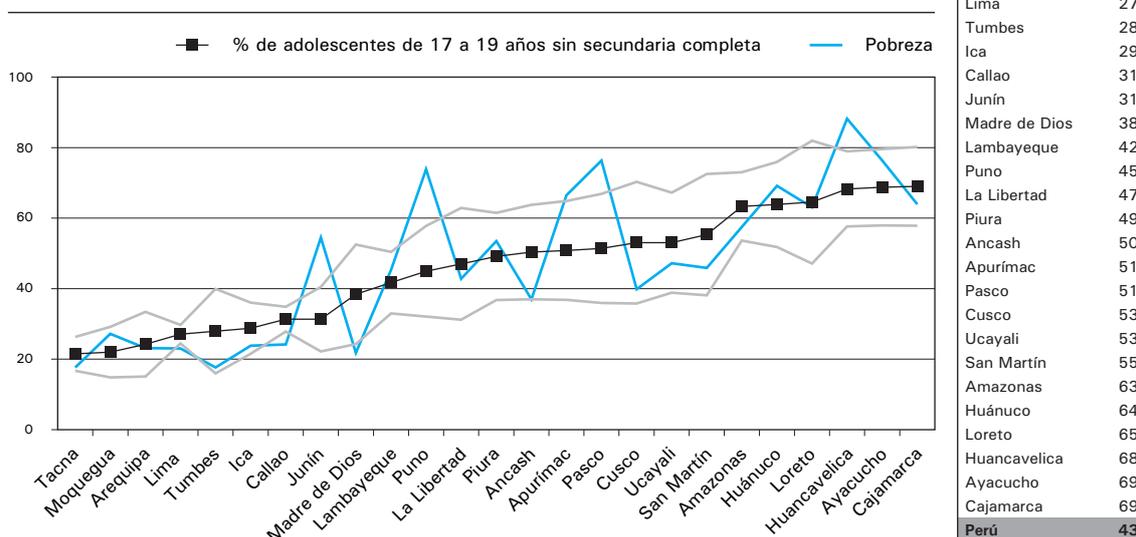
* El indicador debe ser tomado con cautela. Su error estándar relativo (EER) es mayor a 10% y menor a 30%.

En el gráfico 30 se observa la asociación entre pobreza y conclusión tardía de la secundaria de los y las adolescentes entre 17 y 19 años, edades cercanas a la normativa. Varios de los departamentos con importante presencia de lenguas nativas presentan las tasas de conclusión más bajas. No obstante, cabe notar el caso de Cajamarca, departamento sin presencia de lenguas nativas, pero con altas tasas de pobreza y atraso escolar y con menos de la tercera parte de sus adolescentes de esta edad con secundaria completa.



©UNICEF/PERA-5585

Gráfico 30
Adolescentes de 17 a 19 años de edad que NO han concluido secundaria
 En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI.

Rendimiento escolar

La experiencia escolar de los y las adolescentes, en términos de sus aprendizajes logrados, es muy similar a la de los estudiantes de primaria. Los alumnos y las alumnas de secundaria tampoco logran los resultados esperados por el currículo, buena parte de ellos sólo llegan a mostrar el manejo de competencias correspondientes a grados anteriores. Según la Evaluación Nacional del 2004⁵⁴ esta situación es más crítica en matemática, donde un 85% de los estudiantes de quinto de secundaria se ubica por debajo del nivel básico. En comunicación dicho porcentaje es de 45%.

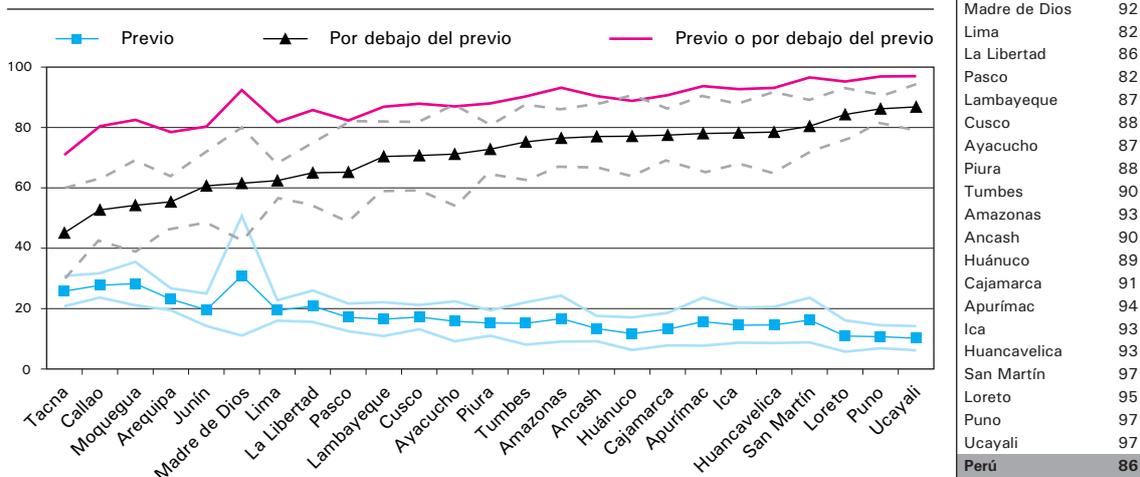
Tal y como se observa en los siguientes gráficos, son menores las diferencias entre departamentos en el porcentaje de estudiantes de quinto de secundaria por debajo del nivel básico, en comparación con las encontradas en el sexto de primaria⁵⁵. Lamentablemente esta mayor homogeneidad en el desempeño en matemática de los estudiantes que culminan la secundaria refleja un desempeño deficiente generalizado en el país.

Gráfico 31

Adolescentes de 5^o de secundaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado

MATEMÁTICA

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe de la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004 – UMC/MED.

En el caso de comunicación integral, se encuentra una diferencia significativa entre departamentos. El 24% de los estudiantes de Tacna no alcanza el nivel de aprendizaje básico en contraste con el 78% de estudiantes en Puno. Entre los departamentos con más del 50% de estudiantes por debajo del nivel básico en comunicación encontramos a Puno (78%), Huancavelica (73%),

⁵⁴ La evaluación identifica cuatro niveles de desempeño: suficiente, básico, previo y por debajo del previo. Estos dos últimos niveles reflejan un manejo de competencias correspondientes a grados previos. El nivel básico no es el esperado, pero refleja que el o la estudiante maneja algunas competencias básicas que se espera adquiera durante el quinto de secundaria.

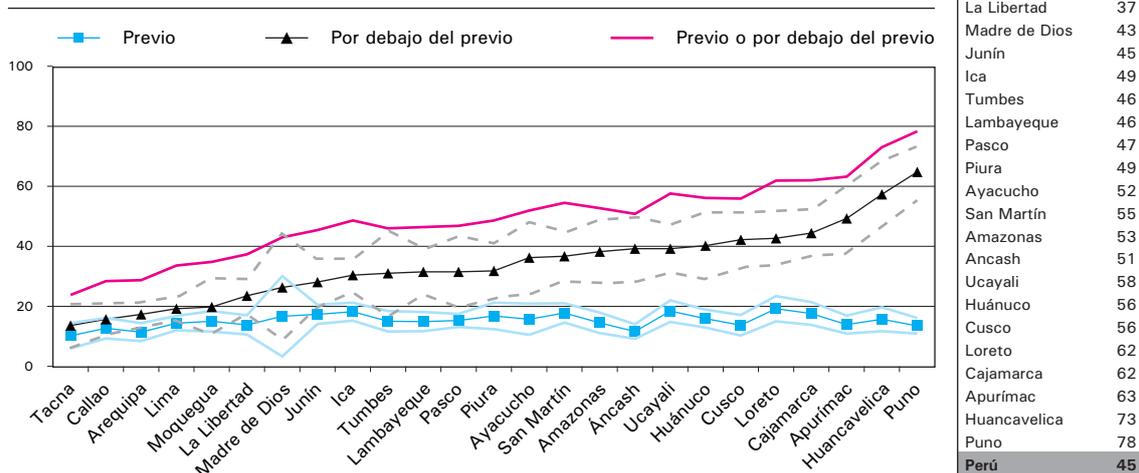
⁵⁵ Es importante mencionar que la información departamental para dichos niveles (previo y por debajo del previo) debe ser tomada con cautela debido a la magnitud de los errores estándar.

Gráfico 32

Adolescentes de 5^{to} de secundaria que no alcanzan el nivel de aprendizajes básicos para el grado

COMUNICACIÓN INTEGRAL

En porcentaje



Fuente: Elaboración en base al Informe de la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil 2004 – UMC/MED.

Apurímac (63%), Ayacucho (52%) y Cusco (56%) que al mismo tiempo presentan los más altos porcentaje de adolescentes con lengua materna distinta al castellano y, en el caso de Huancavelica y Ayacucho presentan además los mayores problemas de atraso escolar.

Las razones de los problemas de rendimiento en este nivel son similares a las expuestas en la etapa de los niños y niñas de 6 a 11 años de edad, con algunas particularidades. Por el lado de la oferta educativa hay estudios que muestran que los constantes cambios de currículo, como los experimentados en el país, no permiten consolidar un uso adecuado del mismo por parte de los profesores (GRADE 2004 y Balarín *et al.*, 2007). Esto, sumado a los problemas de formación ya mencionados, ha impedido que los profesores logren hacer suyos los contenidos que el currículo promueve, a pesar de que muchos de ellos indican emplear las llamadas metodologías activas. El escaso manejo de los temas del currículo por parte de los profesores se convierte en uno de los problemas más fuertes por el lado de la calidad de la enseñanza.

Por otra parte, en la adolescencia se agudiza el conflicto entre actividades laborales y educativas, como se hará evidente cuando se aborde el tema de trabajo adolescente asociado al atraso escolar. En ese sentido, las escuelas secundarias, sobretudo en contextos rurales, tendrían que hacer esfuerzos adicionales para poder responder a esta situación. Salvo algunos intentos por el lado de proyectos experimentales como las escuelas de alternancia o la educación a distancia⁵⁶, no se tiene evidencia de una mejora significativa de la calidad de la oferta educativa para este grupo de la población en el nivel de secundaria.

⁵⁶ No se tiene información sobre los impactos de dichas experiencias en la calidad educativa.

4.4 ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS EN LA ADOLESCENCIA

En la dimensión de entorno y protección de derechos en la adolescencia se abordan aspectos relacionados con el trabajo adolescente y la maternidad en la adolescencia. La explotación sexual infantil y adolescente es uno de los temas que se consideró necesario incluir en esta sección por su importancia como problemática que afecta en especial a las adolescentes. Sin embargo, no fue posible presentar un diagnóstico del tema debido a la limitada información disponible. Por su relevancia es necesario tomar en cuenta el levantamiento de información sobre este tema.

Trabajo adolescente

Según la ENAHO 2006, el 50% de adolescentes peruanos entre 14 y 17 años trabaja, con significativas diferencias entre áreas urbanas y rurales. Mientras en el área urbana el 32% de adolescentes trabaja, en el área rural este porcentaje llega al 80%⁵⁷.

A diferencia de la niñez, en la adolescencia se observan brechas de género, especialmente en áreas rurales donde el 84% de hombres entre 14 y 17 años trabaja frente a un 75% de las mujeres de la misma edad. Cabe señalar, sin embargo, que la información disponible no permite capturar el trabajo en actividades del hogar, lo que podría llevarnos a subestimar el efecto que las responsabilidades laborales pueden estar teniendo en el desempeño en la escuela de estas adolescentes, entre otros aspectos de su desarrollo.

No obstante las diferencias de género, la brecha más notable se produce en la participación laboral de adolescentes de distintos estratos socioeconómicos. A esta edad las diferencias en la participación laboral asociadas a la condición de pobreza del hogar se acentúan al asumir el adolescente un rol más activo en la familia. En el cuadro 25 se puede observar que en áreas urbanas la participación laboral de los y las adolescentes en situación de pobreza extrema (43%) es bastante más alta que la de los no pobres (28%). Aunque las diferencias no son tan marcadas entre adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos en la zona rural, en ambas áreas de residencia se observa una fuerte asociación entre pobreza y trabajo.

Cuadro 25

Adolescentes trabajadores según condición de pobreza

En porcentaje

Condición socioeconómica del adolescente	Nacional	Urbano	Rural
Pobreza extrema	75	43	83
Pobreza no extrema	55	38	81
No Pobre	38	28	75
Total	50	32	80

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

⁵⁷ Estas cifras corresponden al período escolar (abril a diciembre). Para el período de vacaciones los indicadores no varían en más de dos puntos tanto en el área urbana como en la rural. Cabe notar que la definición de trabajo utilizada aquí se refiere al reporte de por lo menos una hora a la semana.

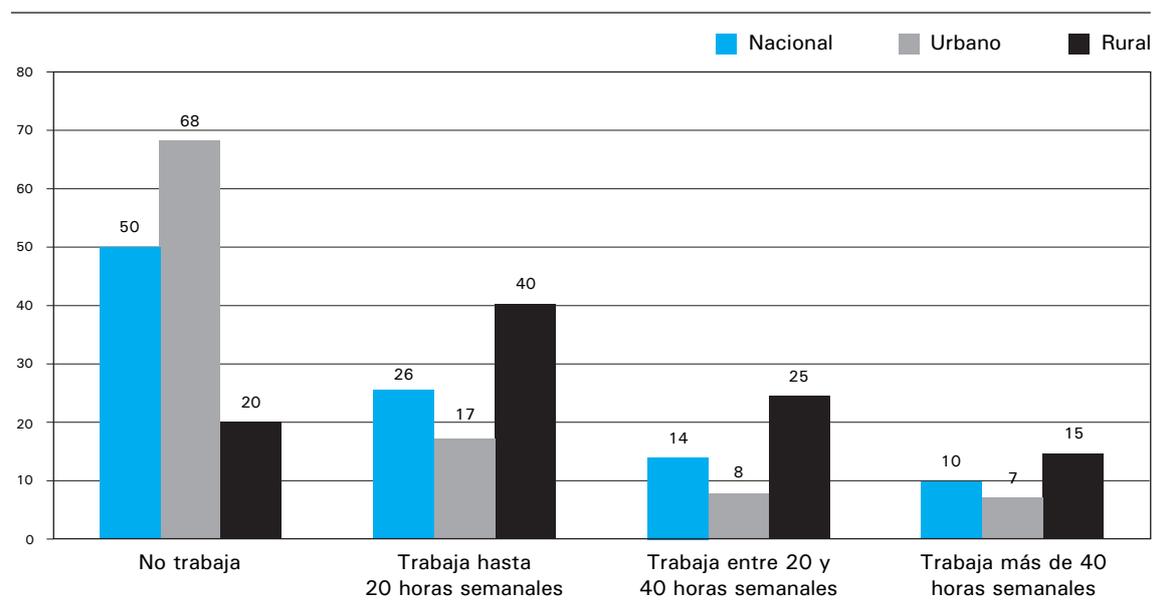
Un dato que llama la atención es que la tercera parte de los y las adolescentes no pobres entre 14 y 17 años de edad participa en el mercado laboral en época de clases. Al respecto, cabe resaltar que la clasificación de los adolescentes en pobres y no pobres tiene un componente de arbitrariedad que es necesario considerar al interpretar estos resultados. Como se sabe, el indicador de pobreza es muy sensible a la definición de la línea de pobreza y es posible que una proporción de adolescentes cuyo gasto per cápita está por encima de la línea de pobreza (lo que los hace calificar como no pobres) vivan en realidad en hogares con grandes carencias y que por tanto enfrenten responsabilidades mayores a las que enfrentan adolescentes de hogares «estructuralmente» no pobres. Si bien esto es válido para otras secciones del documento, dado que los reportes de trabajo hacen referencia a la última semana, los datos analizados en esta sección pueden ser muy variables entre épocas del año (la estacionalidad es importante sobre todo en las áreas rurales) y sensibles a la volatilidad de los ingresos familiares.

El impacto que la actividad laboral tiene en el desarrollo del adolescente depende fundamentalmente de la duración y riesgos de la actividad en la que se desempeñe. Si bien no tenemos información sobre los riesgos, el gráfico 33 alerta sobre la alta proporción de adolescentes que, en época de clases, se dedican al trabajo la mayor parte de su tiempo: el 14% de adolescentes dedica más de 20 horas a la semana al trabajo y un 10% dedica jornadas mayores a 40 horas semanales⁵⁸. Independientemente de los posibles riesgos que algunos trabajos imponen al adolescente, estas largas jornadas limitan el desempeño del adolescente en la escuela y potencialmente su participación en otros espacios que podrían contribuir en su proceso de transición a la vida adulta.

Gráfico 33

Condición de trabajo en adolescentes de 14 a 17 años de edad según intensidad de la jornada laboral

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

⁵⁸ Tomando en consideración sólo a los y las adolescentes que trabajan, mientras el 28% de los adolescentes trabajadores dedican entre 21 y 40 horas a la semana al trabajo, 20% lo hace más de 40 horas. El restante 52% trabaja medio tiempo o menos.

Más allá de la incidencia del trabajo adolescente, es útil explorar las diferencias en el tipo de trabajo más común en áreas urbanas y rurales. Como se observa en el cuadro 26a, en las áreas rurales el trabajo familiar no remunerado es la norma y alcanza al 60% de los y las adolescentes entre 14 y 17 años. La duración de la jornada laboral no remunerada varía dependiendo de si el adolescente asiste o no a la escuela: los y las adolescentes que asisten a la escuela trabajan alrededor de 16 horas a la semana mientras que los que no lo hacen trabajan alrededor de 31 horas semanales. En el caso de trabajadores remunerados en áreas rurales, como indica el cuadro 26b, la dedicación a actividades laborales por parte de los y las adolescentes que no estudian es de 46 horas a la semana, siendo más del doble que la de los adolescentes que estudian en zonas rurales (22 horas).



©UNICEF/PERA-9059

En el contexto urbano la duración de la jornada laboral remunerada varía también dependiendo de si el adolescente asiste o no a la escuela: aquéllos que estudian trabajan 20 horas, en comparación a las 48 horas de trabajo de quienes no estudian. Lo mismo ocurre en el caso de la jornada laboral no remunerada: mientras que los que estudian trabajan 14 horas, aquellos que no lo hacen trabajan 24 horas a la semana.

Cuadro 26a

Tipos de trabajo y horas de trabajo en adolescentes de 14 a 17 años de edad

Tipo de trabajo realizado	Urbano		% de adolescentes	Rural		Nacional % de adolescentes
	% de adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*		% de adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana)*	
Trabajador remunerado	11	40	19	40	14	
Trabajador familiar no remunerado	21	21	60	18	35	
No trabaja	68		21		51	
Total	100		100		100	

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

* Número de horas trabajadas durante la semana, incluyendo ocupación principal y secundaria.

Cuadro 26b

Horas trabajadas a la semana entre adolescentes de 14 a 17 años de edad que asisten y no asisten a la escuela por tipo de trabajo realizado

Tipo de trabajo realizado	Urbano		Rural		Nacional
	% de adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana) *	% de adolescentes	Horas de trabajo a la semana (mediana) *	% de adolescentes
Trabajador remunerado					
Estudia y trabaja	4	20	10	22	6
No estudia y trabaja	7	48	9	46	8
Trabajador familiar no remunerado					
Estudia y trabaja	17	14	43	16	27
No estudia y trabaja	4	24	17	31	9
No trabaja					
Estudia y no trabaja	59	0	16	0	43
No estudia ni trabaja	9	0	5	0	7
Total	100		100		100

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

* Número de horas trabajadas durante la semana, incluyendo ocupación principal y secundaria. Incluye a los adolescentes entre 14 y 17 años de edad.

Actividades desempeñadas

Si bien la legislación peruana permite el trabajo de adolescentes de 14 años a más, el Convenio 182 de la OIT prohíbe la participación de estos adolescentes en actividades que puedan poner en riesgo su salud física o moral. Conforme al D.S. Nro. 007-2006-MIMDES las actividades y trabajos peligrosos o nocivos para los adolescentes vigentes para el período julio 2006- julio 2008, incluyen algunas en las que parecería ser común la participación de adolescentes: el cuidado y vigilancia de ancianos, enfermos, niños y niñas o parientes; el trabajo en minas de oro; la fabricación artesanal de ladrillos; trabajo en horarios nocturnos; recolección y selección de basura; levantamiento y traslado manual de carga que exceda los límites permitidos (estibadores, transportistas manuales en mercados, muelles o almacenes); trabajos que excedan las 6 horas diarias; trabajos sin condiciones de higiene y seguridad; trabajo en medios de transporte público; trabajos que impidan la asistencia a la escuela; trabajo doméstico que impida la supervisión o inspección de trabajo; entre otras actividades. Además, en el caso del Perú, se da la problemática de la explotación sexual comercial infantil y adolescente, que la ley peruana tipifica como un delito que pone en riesgo su moral y salud física.

Aunque no se cuenta con información detallada sobre el tipo de actividad que desempeñan los y las adolescentes en el Perú, según la ENAHO 2006 los principales tipos de ocupación en los que se emplean los y las adolescentes entre 14 y 17 años son los siguientes (código de ocupación a dos dígitos⁵⁹):

- En el caso de trabajadores familiares no remunerados: el 14% trabaja como comerciante al por mayor o menor, el 12% como personal doméstico o de servicio (limpiando, lavando, planchando o realizando actividades afines), el 66% trabaja como peón agropecuario o de la pesca y menos del 1% trabaja como peón de minería o de suministro eléctrico, gas o agua.
- En el caso de trabajadores que reciben una remuneración por su trabajo: el 26% de ellos trabaja como personal doméstico o de servicio (limpiando, lavando, planchando o realizando algún otro servicio afín), el 34% trabaja como peón agropecuario o de la pesca, el 8% como peón de minería o de suministro eléctrico, gas o agua, y el 8% como comerciante al por mayor y menor.

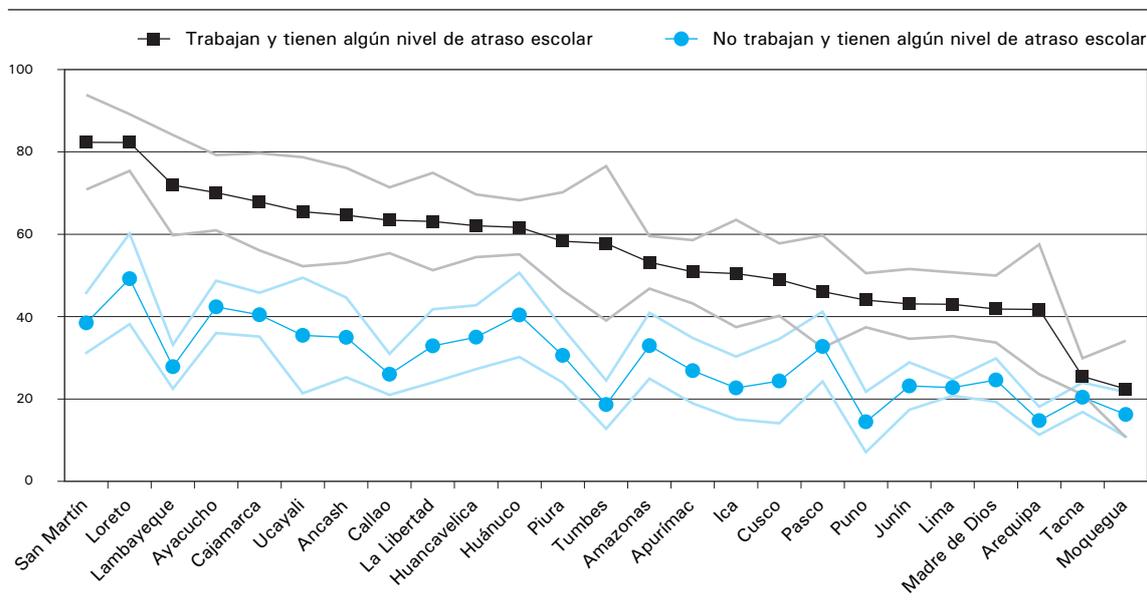
Si bien estos datos no son suficientes para identificar posibles incompatibilidades con la normatividad de trabajo adolescente antes referida, su revisión permite un primer acercamiento a la magnitud del problema. Un análisis que tampoco es posible hacer con la información disponible es la heterogeneidad al interior de estas actividades en función a la condición de pobreza del niño, niña o adolescente. Es de esperar que los más pobres sean los más vulnerables a condiciones laborales insalubres y de riesgo. Habrá que esperar a la Encuesta de Trabajo Infantil y Adolescente del INEI que en el año 2008 proveerá un mayor detalle sobre el perfil de los niños, niñas y adolescentes trabajadores y sobre la incompatibilidad de su actividad laboral con las condiciones que la normatividad pretende asegurar para los y las adolescentes.

El atraso escolar y el trabajo adolescente

Como se ha mencionado a lo largo del texto, los datos positivos de cobertura educativa contrastan fuertemente con aquellos relacionados con el atraso escolar, especialmente en el caso de la educación primaria. La experiencia educativa de los niños, niñas y adolescentes no transcurre como normativamente se espera: entran tardíamente a la escuela, repiten de año, salen de la escuela y vuelven a entrar o salen de la misma y ya no vuelven más. Son múltiples las razones por las cuales un niño o adolescente se atrasa en su ciclo educacional.

Más allá de los aspectos vinculados a sus propias características como la motivación, u otros relacionados a la calidad de las escuelas a las cuales acuden, la pobreza de las familias aparece siempre en los estudios como una variable relevante. El efecto de la pobreza podría darse de múltiples formas, siendo una de ellas la de generar la necesidad de que los niños, niñas y adolescentes trabajen. Se puede así establecer una relación entre atraso escolar y pobreza a

⁵⁹ El reporte no permite especificar cuál de las actividades al interior de estos rubros es la realizada por el adolescente, pero la codificación a dos dígitos proporciona algún detalle sobre el tipo de trabajo realizado. La ocupación a la que se hace referencia es la declarada como actividad principal.

Gráfico 34**Niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad con atraso escolar según condición de trabajo**
En porcentaje

Fuente: Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI. Reportes de abril a diciembre.

Notas: En el caso de los adolescentes de 17 años, el atraso escolar se define como no haber egresado de la secundaria. Para tener reportes de niños, niñas y adolescentes, la condición de trabajador se obtuvo del módulo 200 de la ENAHO 2006 (a diferencia de los datos utilizados para el análisis de trabajo de los adolescentes de 14 a 17 años, en los cuadros 44, 45a y 45b, que pudo ser hecho con información detallada del módulo de empleo). Para mayor información sobre la comparabilidad de estos reportes ver Rodríguez y Vargas (2006).

través de la participación laboral de niños, niñas y adolescentes (Alcázar, 2007). Tal y como se aprecia en el gráfico 34, en la mayoría de departamentos la proporción de niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años que tiene atraso escolar es mayor en el grupo de los que trabajan que para los que no lo hacen, salvo en el caso de Pasco, Tacna y Moquegua, que no presentan diferencias significativas entre ambos grupos, dado que los intervalos de confianza se cruzan. Poniendo como muestra a los departamentos extremos, en San Martín el atraso escolar se presenta en el 39% de los niños, niñas y adolescentes que sólo estudia frente al 82% de los que trabaja y estudia. En Tacna presentan atraso escolar el 16% de los que sólo estudia y el 22% de los que trabaja y estudia (cifras estadísticamente indistinguibles).

La maternidad en la adolescencia

La experiencia de la maternidad en la adolescencia ha sido considerada una variable relevante para entender las diferencias en las trayectorias educativas y laborales de las mujeres. De hecho, el embarazo es considerado una de las principales razones para no continuar estudiando entre las adolescentes peruanas (Alcázar y Valdivia, 2005).

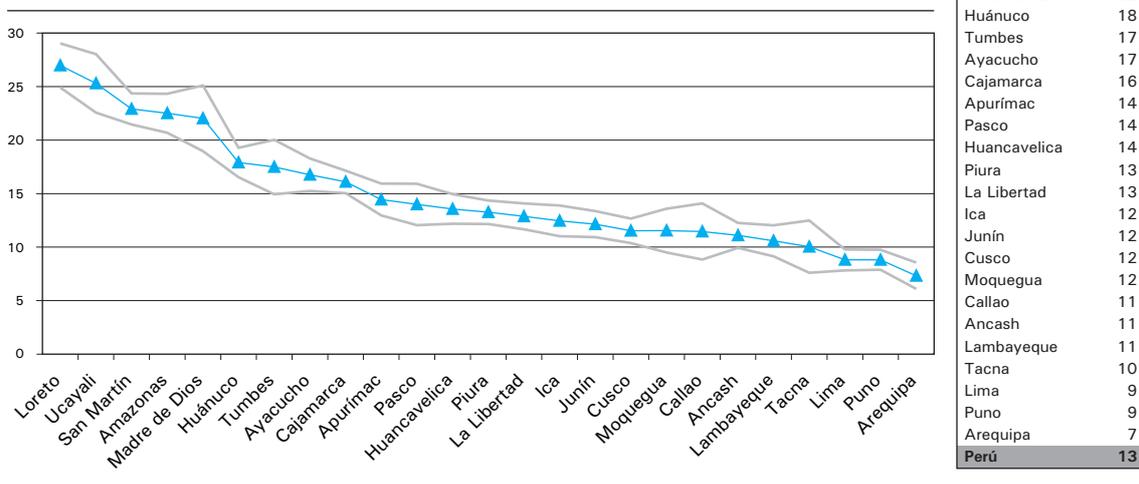
Una preocupación asociada al embarazo en la adolescencia radica en los riesgos potencialmente mayores para la salud de la madre y del niño. Según estudios de CEPAL y UNICEF (2007), la maternidad en la adolescencia se relaciona con probabilidades más altas de pérdida

intrauterina, mortalidad y morbilidad infantil, y de complicación en la salud materna, dado que biológicamente la capacidad reproductiva de las adolescentes menores de 18 años no ha alcanzado su plenitud. Adicionalmente, los altos riesgos de la maternidad en la adolescencia pueden estar asociados a una mayor precariedad en las condiciones de salud en las que viven las poblaciones que, por razones culturales o de otro tipo, inician su vida adulta a edades más tempranas en comparación con parámetros ciudadanos. En este sentido, la información detallada sobre incidencia de embarazo en la adolescencia puede contribuir a la discusión sobre la relevancia de la oferta de servicios de salud e información en determinadas zonas del país con el fin de prevenir los riesgos para esta población.

Gráfico 35

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

En porcentaje



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006 del INEI.

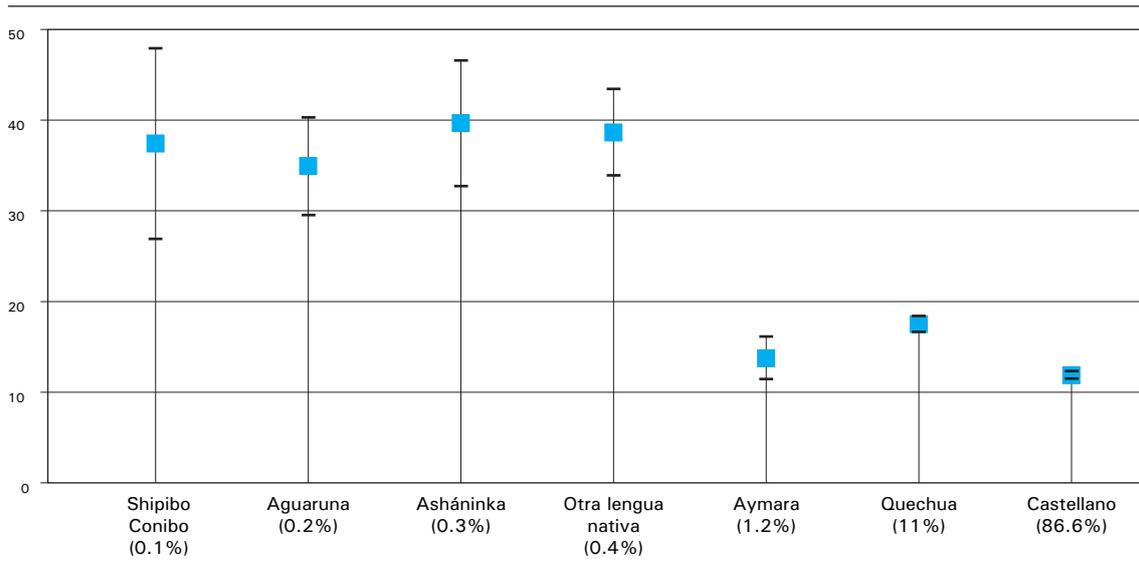
Según datos de la ENCO 2006, un 13% de las mujeres entre 15 y 20 años afirma haber experimentado la maternidad (dio a luz a un hijo vivo por lo menos una vez). El gráfico 35 muestra una alta incidencia de embarazos durante la adolescencia en los departamentos de la Amazonía. En el caso de Loreto y Ucayali, 1 de cada 4 adolescentes mujeres entre 15 y 20 años reportaron ser madres o haberlo sido; reduciéndose la tasa a 1 de cada 5 en los departamentos de San Martín, Amazonas y Madre de Dios.

De igual modo, como se observa en el gráfico 36, el inicio de la maternidad durante la adolescencia ocurre con mayor frecuencia entre mujeres adolescentes con lenguas maternas nativas como el shipibo-conibo, aguaruna y asháninka, que entre mujeres adolescentes con lengua materna quechua, aymara o castellana.

Gráfico 36

Madres adolescentes entre 15 y 20 años de edad por lengua materna^{1/}

En porcentaje (del total de mujeres adolescentes que comparten una misma lengua materna)



Fuente: Elaboración propia en base a ENCO 2006 del INEI.

^{1/} Debajo del nombre de cada grupo lingüístico se observa el porcentaje de población con respecto al total nacional que representa dicho grupo.

Box 8

La explotación sexual infantil en el Perú

La explotación sexual infantil en el Perú es un problema grave que afecta a un número creciente de niños, niñas y adolescentes. Entre las múltiples y complejas causas, se destacan la tolerancia o indiferencia de la población, las equivocadas pautas de crianza basadas en el uso de la violencia (sea psicológica, física y sexual), las deficiencias del sistema de administración de justicia que facilita la impunidad de los agresores sexuales y de explotadores (proxenetas, clientes y facilitadores) y las condiciones de pobreza y exclusión en la que vive la mayoría de las familias peruanas.

Es en este contexto que el MIMDES lidera el programa «El Estado y la Sociedad Civil contra el Abuso y la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes». Con el proyecto se busca fortalecer el sistema público de intervención en casos de violencia, abuso sexual y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes a través de los siguientes ejes estratégicos:

- a) Promoción y prevención, como una forma de generar cambios en los modelos de crianza para estimular un adecuado desarrollo socio-emocional de niños, niñas y adolescentes, reconociéndoles como personas con derechos, trabajando con madres, padres y maestros de escuela, proporcionándoles información y promoviendo habilidades y destrezas que faciliten cambios de conducta, percepciones y actitudes.
- b) Atención y protección de víctimas mediante un sistema de detección, denuncia oportuna

y respuesta eficaz frente a los casos, para interrumpir la cadena intergeneracional de la violencia.

- c) Recuperación y reinserción social de las niñas, niños y adolescentes víctimas, mediante el fortalecimiento y mejora de la respuesta de los servicios públicos.
- d) Adecuación de las políticas públicas y participación de las comunidades para desarrollar e implementar mecanismos de vigilancia y apoyo social contra las prácticas de violencia, abuso sexual infantil y explotación sexual infantil.

Si bien todos los ejes estratégicos vienen trabajándose desde el año 2006, UNICEF destaca como uno de los avances en la primera etapa de implementación del programa la labor desarrollada en la prevención de la re-victimización⁶⁰ de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y abuso sexual a través del uso de cámaras Gessel, permitiendo atender a estas víctimas de agresión sexual a través de una «Entrevista Única», evitando así que narre más de una vez lo sucedido porque cada vez que lo haga revivirá la situación y volverá a sufrir.

En los años 2006 y 2007 se han instalado dos cámaras Gessel en el Instituto de Medicina Legal y en Lima Norte y en el año 2008 se estima la instalación de cámaras en 7 localidades priorizadas por la alta incidencia de la violencia y explotación sexual.

⁶⁰ La re-victimización se refiere a los interrogatorios a los que son expuestos las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y abuso sexual en el proceso de denuncia de su caso, por parte de diferentes operadores como la policía, fiscalía, médico legista, abogado defensor, ONGs, defensorías entre otros.



©UNICEF/PERA-9143

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

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

Los resultados departamentales presentados a lo largo del documento ofrecen un panorama agregado de la situación de los niños, niñas y adolescentes. Con el fin de contribuir a conocer la heterogeneidad que se enfrenta al interior de los departamentos y con ello los retos por delante para reducir las brechas de exclusión a las que los niños, niñas y adolescentes peruanos están expuestos, se presenta un conjunto de indicadores provinciales, calculados para los grupos lingüísticos predominantes en cada departamento. La información presentada proviene de cuatro fuentes:

1. La Encuesta Continua ENCO 2006⁶¹ del INEI, única encuesta de hogares con representatividad provincial, a partir de la cual se obtiene el dato de lengua materna, población rural, asistencia a educación inicial, culminación de la primaria y de la secundaria y experiencia de maternidad entre adolescentes de 15 a 20 años.
2. La página web del MIMDES donde se consigna el número de defensorías del niño y adolescente a nivel provincial.
3. Resultados del Censo de Talla en Escolares de 6 a 9 años 2005 del Ministerio de Educación.
4. El Censo de Damnificados del Terremoto del 15 de agosto del 2007, para provincias afectadas de los departamentos de Ica, Huancavelica y Lima.

En lo que respecta al número de Defensorías del Niño y el Adolescente, el mayor número de defensorías tiende a concentrarse en las capitales de los departamentos, como ocurre en Arequipa, Ayacucho y Huancavelica, entre otros. Sin embargo, en algunos otros casos la concentración de defensorías ocurre en otras provincias, como en el caso de Amazonas donde 46 de las 53 defensorías del departamento, que equivale al 87%, se encuentran situadas en la provincia de Condorcanqui. Cabe resaltar que en los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Huánuco, La Libertad, Lima, Madre de Dios y Tacna, pueden identificarse provincias que no cuentan con Defensorías del Niño y el Adolescente.

Antes de abordar los indicadores provinciales, se presenta un recuento de los principales indicadores departamentales analizados en las secciones anteriores del documento.

⁶¹ Debido a que los tabulados presentan indicadores para sub poblaciones al interior de las provincias es importante que el lector tome los datos con cautela. Para ello se incluye un asterisco (*) al costado de los datos que tengan errores estándar relativos mayores de 10% y menores de 30%, alertando al lector de la amplitud de los rangos de duda de estos indicadores. Asimismo, los datos cuyos errores estándar relativos excedan el 30% son excluidos de la tabla, en estos casos el lector encontrará el siguiente símbolo: (.). **.

Cuadro 27: Resumen de indicadores departamentales: contexto para el análisis provincial

En porcentaje

Departamento	Niños y adolescentes menores de 18 años				Sin registro de nacimiento (1 mes - 5 años) ^{2/}	Desnutrición crónica en la primera infancia ^{3/}	Anemia en la primera infancia ^{3/}	Asistencia a escuela inicial (3-5 años) ^{2/}	Anemia en la adolescencia (10-19 años) ^{3/}	Proporción de niños entre 6 y 11 años con algún atraso escolar ^{1/}	Proporción de adolescentes entre 12 y 17 años con algún atraso escolar ^{1/}
	Pobreza extrema ^{1/}	Pobreza ^{1/}	Sin acceso a fuentes mejoradas de agua ^{2/}	Sin acceso a fuentes mejoradas de saneamiento ^{2/}							
Amazonas	24 *	66	53	68	9	23 *	40	50	25 *	29	60
Ancash	27 *	49 *	22	55	2	26 *	52	61	31 *	29 *	56 *
Apurímac	48 *	84	32	66	3	33 *	54	64	34 *	21 *	56
Arequipa	5 *	33 *	15	35	4 *	17	58	68	31	11 *	27 *
Avacucho	51 *	87	34	56	6	40 *	48	55	20 *	35	67
Cajamarca	36 *	72	52	77	7	36	49	49	32 *	30	67
Callao	3 *	46 *	19 *	14 *	4 *	n.d.	n.d.	81	n.d.	16	39
Cusco	29 *	61 *	35	55	5 *	38	56	56	32	26 *	53 *
Huancavelica	80	94	52	85	3	49	58	55	30 *	38	67
Huánuco	58	83	55	70	7	41	57	42	44 *	37	69
Ica	2 **	33 *	17	39	4	13 *	45	84	25	15 *	38
Junín	23 *	63	34	51	3	39	45	47	20 *	20 *	42
La Libertad	26 **	59 *	30	50	7	32 *	37	54	26 *	29 *	49
Lambayeque	14 **	54 *	31	34	6	39	32	63	18 *	20 *	42
Lima	2 **	35	17	17	5	16 *	58	81	36 *	15	34
Loreto	41 *	74	71	75	26	25 *	44	51	30 *	34 *	66
Madre de Dios	6 *	29 *	34	71	9	21 *	53	57	21 *	15 *	42
Moquegua	5 **	36	9 *	30	2 *	20 *	54	65	36	9 *	30
Pasco	37 *	79	63	67	8 *	30	60	59	51	30 *	45 *
Piura	16 *	62	40	62	6	25 *	37	58	25 *	28	49
Puno	51 *	84	49	68	6	30 *	55	47	49	23 *	49 *
San Martín	21 *	60	42	61	7	21 *	31 *	50	15 *	28	58
Tacna	5 **	27 *	8 *	20 *	3 *	9 **	49	72	28 *	13	30
Tumbes	0 **	22 *	35	41	11	12 *	38	85	19	10 *	36
Ucayali	29 *	63 *	67	79	27	30 *	63	59	43	28 *	50 *
Urbano	<10 **	42	15	27	5	18	47	73	28	16	35
Rural	44	77	68	91	10	33	54	42 ^{4/}	36	34	66
Perú	23 *	57	34	47	7	27	50	63	33	23	47

(*) Error estándar relativo (EER) entre 10% y menor a 30%. Los porcentajes asociados a estas celdas deben ser tomados con cautela pues el número de casos impide comparar entre grupos con porcentajes muy cercanos. Es decir, dos porcentajes diferentes pero muy cercanos entre sí son estadísticamente iguales.

(***) Error estándar relativo (EER) igual o mayor a 30%. Los porcentajes asociados a estas celdas presentan niveles de confiabilidad no aceptables.

^{1/} Elaboración propia en base a ENAHO 2006 del INEI.

^{2/} Elaboración propia en base a ENCO 2006 del INEI.

^{3/} Extraído del Informe Final MONIN 2004 del CENAN. "n.d." significa no disponible.

^{4/} La diferencia entre este dato y el presentado en los cuadros 3 y 13 se debe principalmente a la diferencia en la definición de rural entre ENAHO y ENCO (ver anexo 1). Los datos provinciales presentados en este capítulo provienen de la ENCO 2006 (debido a que la ENAHO 2006 no tiene representatividad provincial).

AMAZONAS



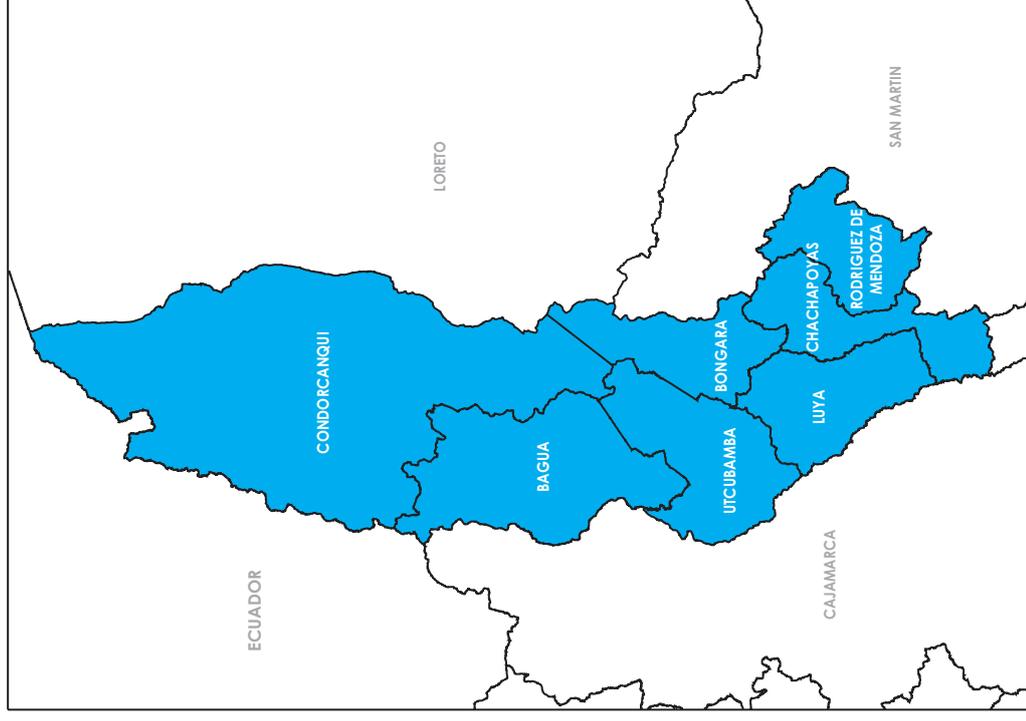
Amazonas se ubica cerca del grupo de departamentos de menor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia, la niñez y adolescencia. Del total de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad de Amazonas, el 66% vive en situación de pobreza y el 24%* en situación de pobreza extrema, porcentajes que superan el promedio nacional.

Como se puede observar en la siguiente tabla, casi todos los indicadores relacionados con la situación de la niñez de las 7 provincias de Amazonas tienen resultados heterogéneos. La composición étnica de las provincias de este departamento, aproximada aquí por la lengua que el niño o niña menor de 17 años aprendió a hablar en la niñez, muestra gran heterogeneidad y es posible que explique algunas de las cifras observadas en los indicadores de educación y salud.

En Condorcanqui, provincia donde el 79% de los niños, niñas y adolescentes es de origen aguaruna, el desempeño del indicador de asistencia a educación inicial muestra el valor más bajo: sólo el 24%* de los niños y niñas de 3 a 5 años asisten a educación inicial. La tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años de edad es la más alta del departamento en esa provincia (56%), muy por encima del promedio departamental (33%). También en esta provincia observamos el porcentaje más alto de mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (33%).

Por otro lado, el indicador de conclusión a tiempo de educación primaria muestra que los niños y niñas de 12 y 13 años de origen indígena de las provincias de Bagua* y Condorcanqui tienen porcentajes de conclusión más bajos en comparación con los que tienen el castellano como lengua materna.

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.



AMAZONAS

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ			ADOLESCENCIA			
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}				Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}			Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		
	Caste-llano	Agua-runu	Otra lengua nativa			Caste-llano	Agua-runu	Otra lengua nativa	Caste-llano	Agua-runu	Otra lengua nativa
CHACHAPOYAS	99.8	(.)**	(.)**	66	63			20	48		17*
BAGUA	65.6	34.2*	(.)**	52	73	26*		37	43	(.)**	21*
BONGARA	99.8	(.)**	49*	60	63			26	27*		18*
CONDORCANQUI	7.4*	79.4	12.6*	24*	70*	44	62*	56	(.)**	(.)**	33
LUYA	100.0		67	63	57			32	18*		21
RODRIGUEZ DE MENDOZA	99.9		73	47*	63			18	17*		24*
UTCUBAMBA	99.8	(.)**	65	50	58			29	33		24
Departamento	80.1	17.9	1.8*	50	62	38	62*	33	33	(.)**	23*

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

ANCASH

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA			
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua							Castellano	Quechua	
HUARAZ	77.4	22.5 *	28 *	13	60	75	61	63	32 *	7 *	
AIJA	77.7	22.3 *	68		82	70	47 *	36 *	(.) **	21 *	
ANTONIO RAYMONDI	30.5 *	69	77		53	60 *	31 *	44 *	12 *	12 *	
ASUNCION	29.8 *	69.8	72		67	86	52	66 *	22 *	(.) **	
BOLOGNESI	93.5	6.4 *	42 *		49	58	58 *	30 *	(.) **	19 *	
CARHUAZ	43.7	56.2	70	5	62	80	56	65	22 *	17 *	
CARLOS F. FITZCARRALD	14.7 *	85.3	90	1	50	85	41	(.) **	15 *	15 *	
CASMA	95.9	4.1 *	33 *	1	66	74	(.) **	48	(.) **	11 *	
CORONGO	98.2	(.) **	43 *		71	60	60	15 *	(.) **	16 *	
HUARI	22.7 *	77.2	70	1	71	79	48	61 *	22 *	14 *	
HUARMEY	99.3	<2.0 *	26 *	1	62	76	79 *	53	(.) **	20 *	
HUAYLAS	48.1	51.8	79	4	44	52	22 *	37 *	(.) **	12 *	
MARISCAL LUZURIAGA	14.2 *	85.7	92		70	69 *	33	51 *	16 *	17 *	
OCROS	98.4	<2.0 *	53 *		74	56	(.) **	32 *		11 *	
PALLASCA	99.8	(.) **	61		56	61	39	30 *		15 *	
POMABAMBA	20.2 *	79.8	85		59	89	36	62 *	16 *	9 *	
RECUAY	88.8	11.2 *	55	1	74	61	55 *	42	(.) **	12 *	
SANTA	99.6	(.) **	4 *	14	69	77	9	63		8 *	
SIHUAS	65.6	34.4 *	79	1	61	58	40 *	23 *	(.) **	17 *	
YUNGAY	33.9	66.1	83	6	27 *	75	30 *	45 *	9 *	18 *	
Departamento	71.4	28.5	42	48	61	73	42	57	17	11	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

APURÍMAC

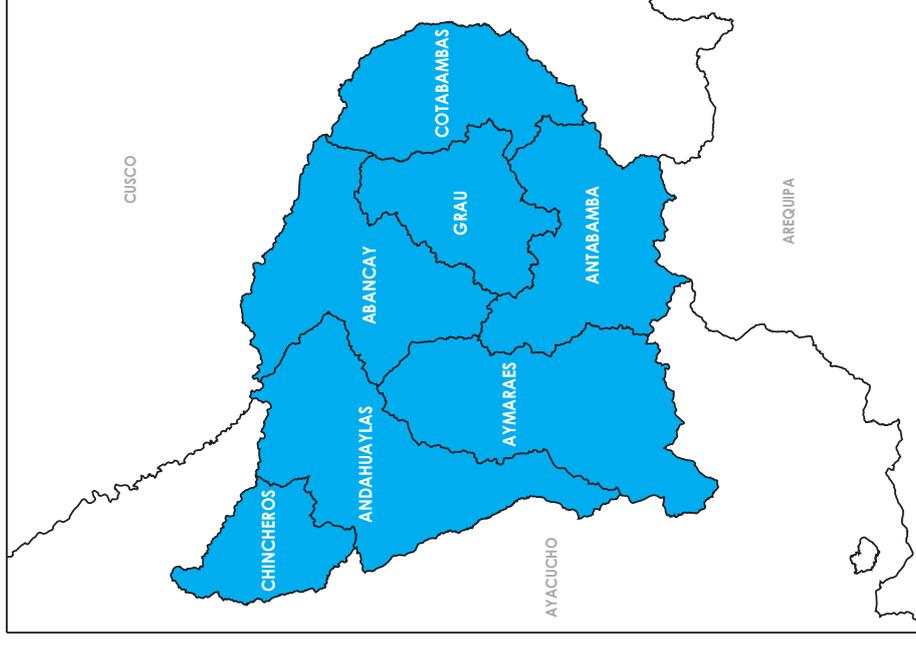


En el ranking del IDN, Apurímac está ubicado entre los departamentos de menor desempeño relativo en la niñez y cercano al grupo de menor desempeño relativo en la etapa de la primera infancia.

Apurímac ocupa, con Puno, el tercer lugar del país en el ranking departamental de pobreza en la niñez y adolescencia, con un 84% de niños, niñas y adolescentes en condición de pobreza y 48%* en condición de pobreza extrema.

En 6 de sus 7 provincias hay un mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años que tiene como lengua materna el quechua y en 5 de las 7 más de la mitad reside en zonas rurales, siendo Cotabambas la que ocupa el primer lugar en ambos indicadores, con 92% y 72% respectivamente.

Como en el caso de los departamentos anteriores, los niños, niñas y adolescentes de origen quechua tienen las mayores dificultades para culminar la educación primaria y secundaria en la edad esperada. Llama la atención de manera positiva el caso de Chincheros y Grau, provincias con una mayor proporción de niños, niñas y adolescentes quechua hablantes que residen en zonas rurales que muestran tasas de asistencia a educación inicial superiores al promedio departamental, con 75% y 77% respectivamente. Por otro lado, Cotabambas, provincia con la mayor concentración de niños, niñas y adolescentes quechua hablantes (92%) y que residen en zonas rurales (72%), tiene al mismo tiempo la mayor tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (56%) y la mayor proporción de mujeres entre 15 y 20 años que ha experimentado la maternidad (20%*).



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

APURÍMAC

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ			ADOLESCENCIA			
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua				Castellano	Quechua		Castellano	Quechua		
ABANCAY	78.4	21.6	37	49	65	83	59	27	69	35 *	13 *	
ANDAHUAYLAS	31.9	68.1	65	5	63	83	58	40	52	23 *	15	
ANTABAMBA	42.9	56.9	46 *	1	60	74	44 *	47	44 *	25 *	18 *	
AYMARAES	48.2	51.8	56	40	69	81	57	41	54	23 *	14 *	
COTABAMBAS	8.3 *	91.7	72		51	75 *	43	56	(.) **	14 *	20 *	
CHINCHEROS	30.3	69.6	70	2	75	80	53	41	56 *	19 *	14 *	
GRAU	32.6	67.4	57	1	77	84	53	44	78	32 *	14 *	
Departamento	40.8	59.0	58	98	64	82	54	40	62	24	14	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

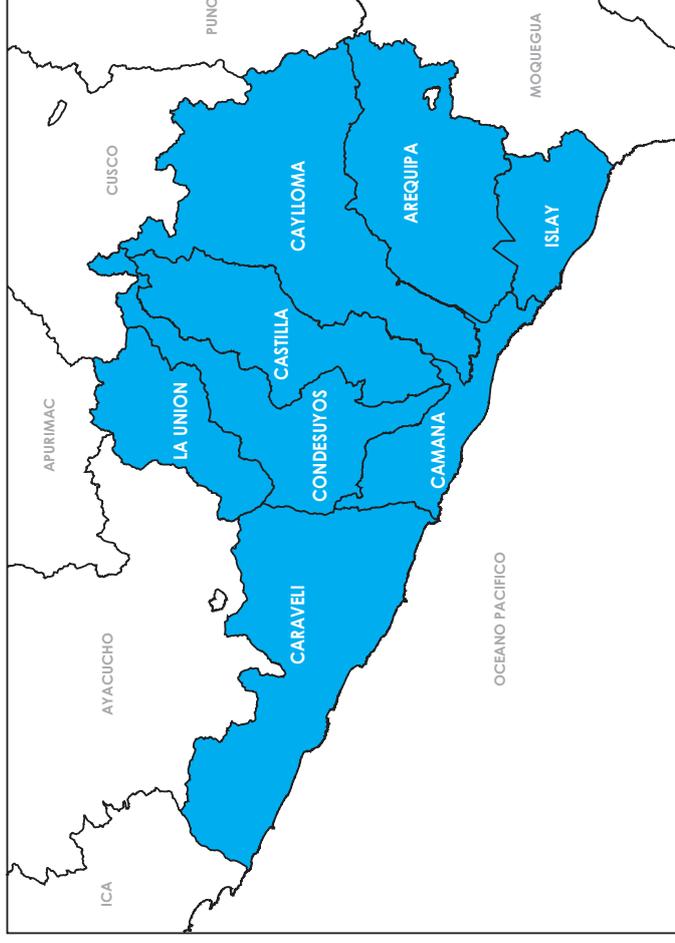
AREQUIPA



Arequipa es uno de los departamentos con mejor desempeño relativo en los rankings del IDN de la niñez y adolescencia. En el ranking de la primera infancia se encuentra cerca del grupo en mejor posición relativa.

La provincia de Arequipa es la que tiene los mejores resultados en los indicadores disponibles de educación, salud y protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en el departamento. En términos de la culminación de la educación primaria y secundaria en la edad esperada, los niños, niñas y adolescentes de origen quechua son los que presentan de manera consistente las mayores dificultades en comparación con aquellos que tienen el castellano como lengua materna.

La asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad a centros de educación inicial muestra diferencias importantes. En las provincias de La Unión, Condesuyos y Caylloma, que presentan los mayores porcentajes de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años de origen quechua y que residen en zonas rurales, se observan los menores porcentajes de asistencia: en ningún caso superan el 50% de asistencia y están muy por debajo del promedio departamental de 68%. La provincia de La Unión tiene a su vez la más alta tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años con 47%, muy por encima del promedio departamental 9%. En lo que se refiere a la experiencia de maternidad en mujeres de 15 a 20 años, casi todas las provincias reportan porcentajes mayores al 12%, casi el doble del porcentaje observado en la provincia de Arequipa (7%).



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

AREQUIPA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA				
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua					Castellano	Quechua		Castellano	Quechua	
AREQUIPA	97.4	2.5 *	3 *	37	72	87	54 *	7	78	43 *	6 *	
CAMANA	97.0	2.5 *	24 *	2	73	88	(.) **	8	72	(.) **	8 *	
CARAVELI	95.8	3.8 *	31 *	4	69	73	(.) **	11	45	(.) **	15 *	
CASTILLA	90.0	10.0 *	41 *	2	57	77	41 *	17	47	(.) **	15 *	
CAYLLOMA	84.3	15.3 *	42	6	49	79	54 *	20	54	27 *	15 *	
CONDESUYOS	78.8	20.7 *	42 *	1	43 *	78	52 *	19	54 *	23 *	13 *	
ISLAY	97.7	(.) **	10 *	6	75	81		5	64		12 *	
LA UNION	51.9	47.9	56	3	45	77	39 *	47	36 *	(.) **	13 *	
Departamento	94.6	5.0	12	61	68	85	49	9	73	34 *	7	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

AYACUCHO

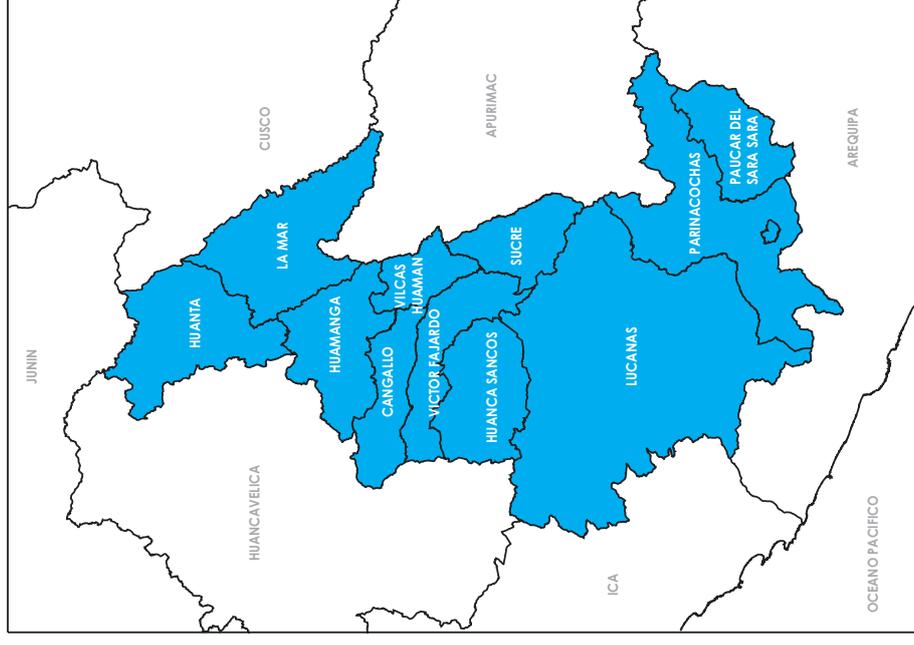


Ayacucho se encuentra en el grupo de departamentos que ha tenido el menor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia, la niñez y la adolescencia, y es a la vez uno de los departamentos con mayor tasa de pobreza y pobreza extrema en las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. El 87% vive en situación de pobreza y el 51%* en situación de pobreza extrema.

En cuanto a la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años a educación inicial se observa grandes diferencias entre provincias. En 6 de las 11 provincias del departamento (Paucar del Sara Sara, Lucanas, Huanca Sancos, Sucre, Víctor Fajardo y Parinacochas) asiste 70% o más de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad, mientras que en 4 provincias los porcentajes de asistencia no superan el 50% (Huanta y La Mar) o bordean dicho porcentaje (Huamanga y Cangallo). Huamanga es la única provincia con una población mayoritaria de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años que reside en zonas urbanas y que presenta un bajo porcentaje de asistencia a educación inicial. La Mar, provincia que presenta uno de los mayores porcentajes de niños, niñas y adolescentes de origen quechua con 84% y que reside en zonas rurales con 64%, presenta la más alta tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (51%) y de mujeres entre 15 y 20 años que ha experimentado la maternidad (28%).

En general, los niños, niñas y adolescentes que tienen el castellano como lengua materna tienden a mostrar más altos porcentajes en la conclusión de la educación primaria y secundaria en la edad esperada respecto a los que tienen el quechua como lengua materna. A nivel departamental el 74% de los que tiene el castellano como lengua materna termina la educación primaria en la edad esperada frente al 41% de los que tiene al quechua como lengua materna; y en la educación secundaria el 55% de los que tiene al castellano como lengua materna termina en la edad esperada frente al 18% de los que son de origen quechua. Las provincias de Víctor Fajardo y Cangallo, son las que presentan los más bajos porcentajes de adolescentes con lengua materna quechua que culminan la educación secundaria en la edad esperada con 9%* en ambos casos.

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.



AYACUCHO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA			
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua							Castellano	Quechua	
HUAMANGA	64.5	35.5	28 *	85	54	75	41	30	60	25 *	13 *
CANGALLO	18.9	81.1	65	2	54	63 *	40	44	33 *	9 *	18 *
HUANCA SANCOS	40.3 *	59.7	22 *		80	67 *	46	44	(.) **	18 *	19 *
HUANTA	49.6	50.3	56	22	45	71	38	45	49	21 *	20
LA MAR	15.7	84.3	64	11	38	79	36	51	46 *	11 *	28
LUCANAS	74.5	25.5 *	52	4	80	76	50	34	48 *	18 *	12 *
PARINACOCHAS	63.4	36.6	48	4	70	76	51	37	49 *	22 *	18 *
PAUCAR DEL SARA SARA	17.6 *	82.4	39 *	1	86	87	71	24	81 *	37 *	14 *
SUCRE	35.5	64.4	35 *	5	78	80	52	38	36 *	14 *	14 *
VICTOR FAJARDO	25.4	74.6	30 *		72	62	42	43	(.) **	9 *	14 *
VILCAS HUAMAN	14.8 *	85.2	72	1	61	75	36	43	(.) **	14 *	22 *
Departamento	47.6	52.3	45	135	55	74	41	38	55	18	17

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

CAJAMARCA

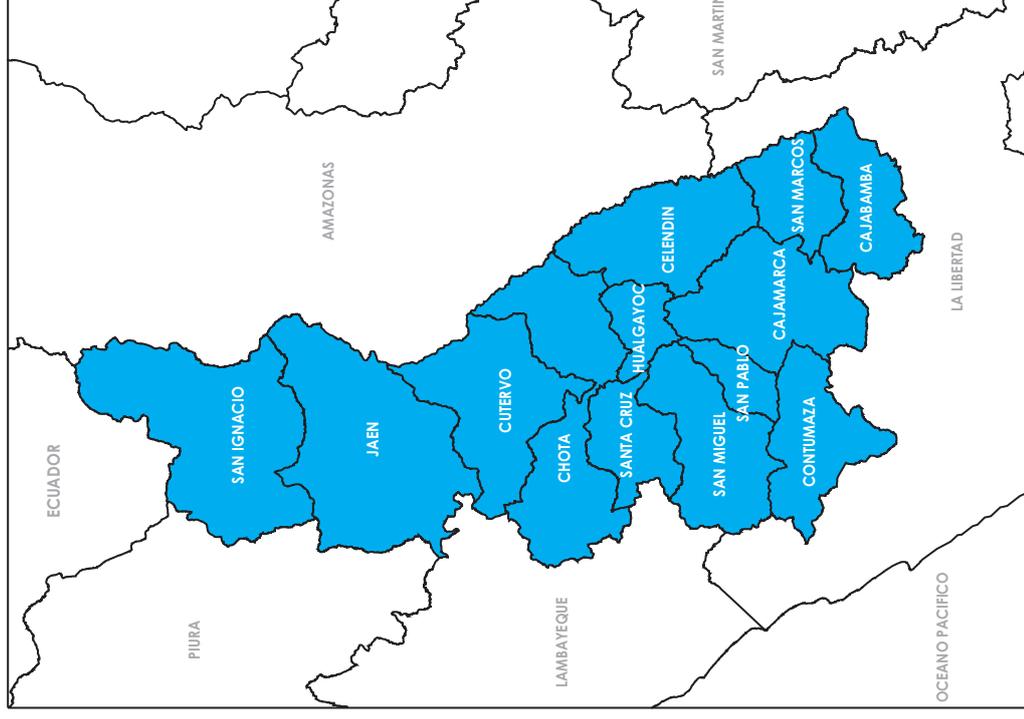


Cajamarca pertenece al grupo de menor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia, la niñez y la adolescencia. La proporción de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años del departamento de Cajamarca que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema supera el promedio nacional, con 72% y 36%* respectivamente.

En las 13 provincias del departamento de Cajamarca la gran mayoría de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años tiene al castellano como lengua materna y en 10 de las 13 provincias más del 80% reside en zonas rurales. En otros indicadores, como la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años de edad a los centros de educación inicial, se da una mayor heterogeneidad entre las provincias: San Marcos se ubica en un extremo con el menor porcentaje de niños y niñas que asiste (16%*), seguida por Celendín con 32%* y en el otro extremo se ubica la provincia de Santa Cruz, donde el 73% asiste a la escuela y Cajamarca, donde el porcentaje de asistencia es de 65%. El caso de Santa Cruz es particularmente interesante porque, siendo una provincia en la que la mayor parte de los niños, niñas y adolescentes reside en zonas rurales reporta una tasa de asistencia a educación inicial de 73%, similar al promedio nacional urbano (76%) y bastante más alta que el promedio nacional rural (56%).

En general, las tasas de culminación en la edad esperada de la educación secundaria son relativamente bajas, en comparación a otras provincias y departamentos con una proporción similar de población de niños, niñas y adolescentes que tienen al castellano como lengua materna, fluctuando entre 17%* en las provincias de Hualgayoc y Cajabamba y 38% en la de Cajamarca.

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.



CAJAMARCA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}	Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
						Castellano	Castellano	Castellano	Castellano
CAJAMARCA	99.8	49 *	19	65	62	36	38	14 *	
CAJABAMBA	99.4	81	10	43	47	49	17 *	16 *	
CELENDIN	99.5	81	8	32 *	50	44	23 *	18 *	
CHOTA	99.1	89	5	46	62	37	24	18	
CONTUMAZA	100.0	66	1	50	63	32	31 *	16 *	
CUTERVO	99.7	89	3	49	61	39	23 *	19	
HUALGAYOC	99.2	89	17	44	49	45	17 *	14 *	
JAEN	99.3	58	10	49	60	28	37	16 *	
SAN IGNACIO	99.5	89	2	49	58	38	27	18	
SAN MARCOS	99.5	87	12	16 *	49	36	20 *	19 *	
SAN MIGUEL	99.5	87	3	54	65	38	27 *	16 *	
SAN PABLO	99.5	86	1	49	58	46	22 *	21 *	
SANTA CRUZ	99.9	82	1	73	68	33	33	14 *	
Departamento	99.4	75	92	49	58	37	28	16	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

CUSCO



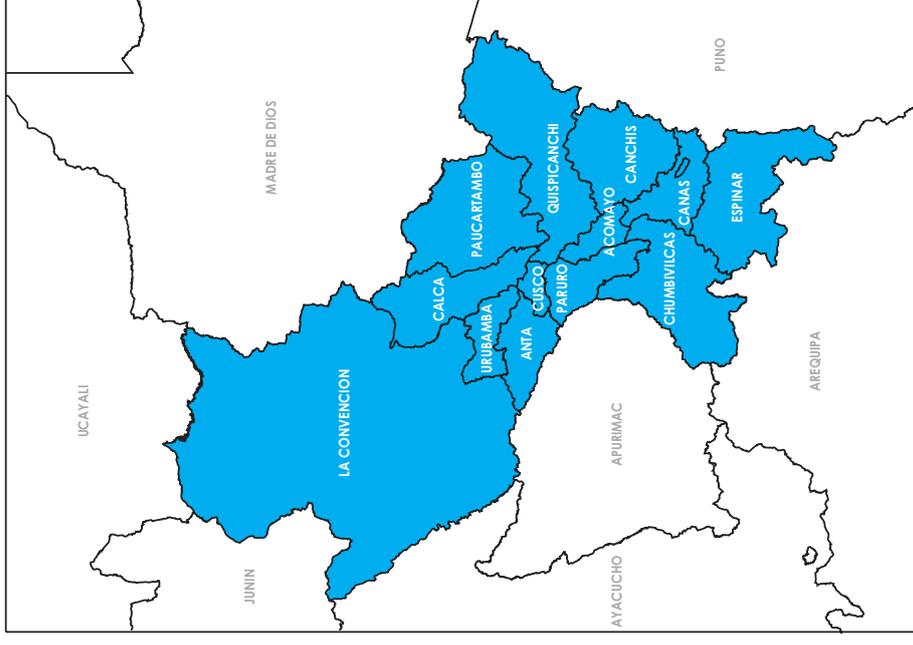
Cusco se ubica entre los departamentos de menor desempeño relativo en el ranking del IDN de la primera infancia, mientras en el rankings de la niñez y la adolescencia muestra una posición intermedia.

A nivel departamental el 61%* de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años vive en situación de pobreza y el 29%* vive en situación de pobreza extrema, porcentajes que superan el promedio nacional.

Entre los niños, niñas y adolescentes que residen en las 13 provincias del departamento del Cusco hay una marcada heterogeneidad étnico-lingüística: en 9 de las 13 provincias más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes tienen al quechua como lengua materna, destacando las provincias de Chumbivilcas y Paruro con 92% en ambos casos. Entre las provincias donde más del 50% de los niños, niñas y adolescentes tiene al castellano como lengua materna destaca la provincia del Cusco con el 90%.

En cuanto a la asistencia a educación inicial de los niños y niñas de 3 a 5 años, los porcentajes varían desde 25%* en la provincia de Chumbivilcas, seguida por La Convención con 39% y Paucartambo con 48%, hasta superar el 70% en Canchis (72%), Cusco (72%) y Paruro (73%). Chumbivilcas, provincia que tiene una de las mayores proporciones de niños, niñas y adolescentes que reside en zonas rurales (83%) y que tiene al quechua como lengua materna (92%), presenta también la más alta tasa de desnutrición crónica entre los estudiantes de 6 a 9 años (51%), muy por encima del promedio departamental de 33% y de la tasa de la provincia de Cusco (16%).

La heterogeneidad étnica se ve reflejada en los porcentajes de conclusión en la edad esperada de la educación primaria y secundaria, los adolescentes de 17 y 18 años de origen quechua son los más propensos a mostrar bajos niveles de conclusión a tiempo de la secundaria, siendo las provincias de Acomayo (15%*) y Chumbivilcas (16%*) las que presentan los menores porcentajes. La ocurrencia de algún episodio de maternidad entre mujeres de 15 a 20 años es superior al 15% en cuatro provincias del Cusco: Paucartambo (23%), Paruro (21%), La Convención (19%) y Chumbivilcas (17%).



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

CUSCO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)						PRIMERA INFANCIA		NIÑEZ			ADOLESCENCIA				
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}			Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)			Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}			Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Caste-llano	Que- chua	Otra lengua nativa				Caste-llano	Que- chua	Otra lengua nativa	Caste-llano	Que- chua	Otra lengua nativa	Caste-llano	Que- chua	Otra lengua nativa	
CUSCO	89.5	10.3*	(.)**	9*	20	72	85	53*		16	82	38*			8*	
ACOMAYO	11.7*	88.2	(.)**	50	4	59	76*	47		42	51*	15*			13*	
ANTA	39.4	60.5	(.)**	64	5	54	74	48		37	56*	32*			12*	
CALCA	40.3	59.7		69	6	47	84	44		40	63	20*			11*	
CANAS	16.3*	83.7		85	18	68	84	46		40	65*	24*			11*	
CANCHIS	58.9	41.1	(.)**	44	10	72	90	59		33	70	33*			10*	
CHUMBIVILCAS	7.9*	92.1		83	3	25*	69*	48		51	(.)**	16*			17*	
ESPINAR	38.9	61.0	(.)**	49	3	48	85	60		36	64	32*			8*	
LA CONVENCION	56.7	24.6*	16.9*	81	6	39	65	50*	42*	32	44	17*	(.)**		19*	
PARURO	8.2*	91.7	(.)**	66	19	73	87	41*		47	74*	(.)**			21*	
PAUCARTAMBO	15.1*	84.1	(.)**	81	26	48	78*	38*		47	(.)**	(.)**			23*	
QUISPICANCHI	26.1*	73.9		76	15	58	79	35		47	73	17*			14*	
URUBAMBA	55.9	44.0		63	5	56	79	45*		33	60	28*			9*	
Departamento	49.6	47.5	2.6*	54	140	56	80	47	42*	33	71	23	(.)**		12	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

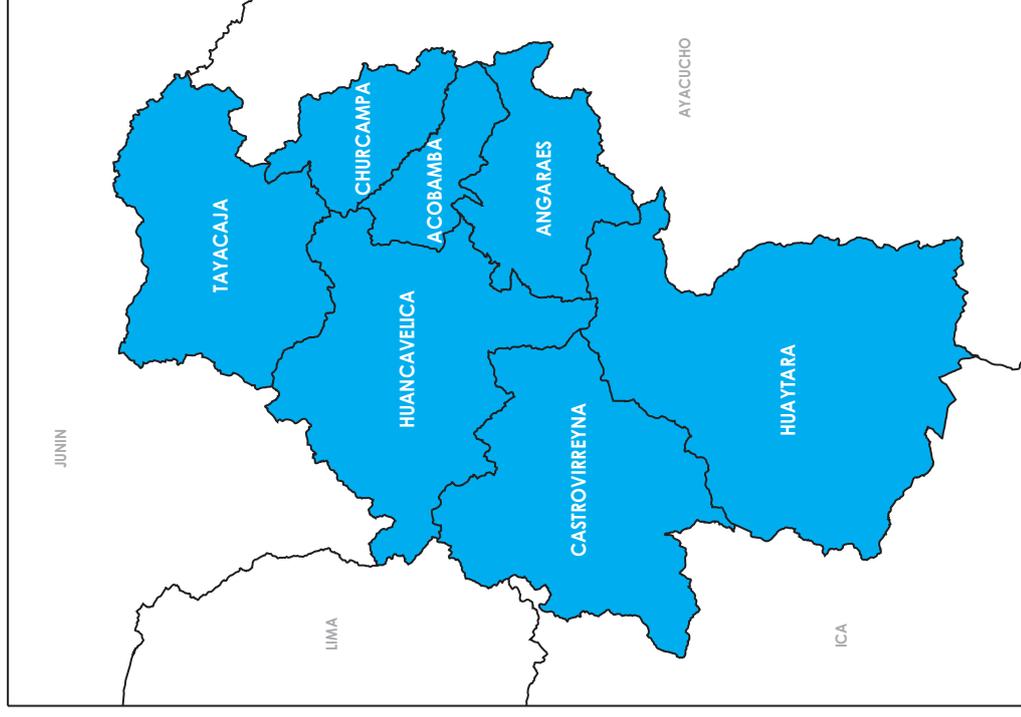
HUANCVELICA



Al igual que Cajamarca, Ayacucho y Huánuco, Huancavelica es uno de los departamentos que tiene el menor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia, la niñez y la adolescencia. Ello coincide con los primeros lugares que ocupa en los ranking de pobreza y extrema pobreza, reportando un 94% de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en situación de pobreza y un 80% en situación de pobreza extrema.

En las 7 provincias de este departamento difiere significativamente el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que tiene al quechua como lengua materna y los que tienen al castellano como lengua materna: en 4 de las 7 provincias (Tayacaja, Churcampa, Angaraes y Acobamba) más del 50% tiene al quechua como lengua materna y en las 3 restantes más del 60% tiene al castellano como lengua materna, siendo Castrovirreyna la provincia que presenta el mayor porcentaje con 98%. Al igual que en otros departamentos, se reproducen las disparidades observadas en términos de porcentajes más bajos de conclusión de la educación primaria y secundaria en la edad esperada entre los niños, niñas y adolescentes de origen quechua respecto a los de lengua materna castellana: la provincia de Huaytará es la que presenta el menor porcentaje en el caso de la conclusión en la educación primaria con 32%* y Angaraes en el caso de la educación secundaria con 12%*.

Como se observa en el cuadro, Castrovirreyna y Huaytará, provincias de Huancavelica que fueron más afectadas por el terremoto del 15 de agosto del 2007, son las que tienen mayor presencia del castellano como lengua materna, con 98% y 81% respectivamente y las menores tasas de desnutrición crónica del departamento, con 40% en ambos casos. Si bien los indicadores educativos varían ligeramente entre estas dos provincias, ambas presentan menores avances en la conclusión de



*Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

la educación primaria y secundaria en la edad esperada en comparación con el promedio departamental. Sin embargo, resaltan los avances en la primera infancia, siendo Castrovirreyna la provincia con mayor tasa de asistencia a educación inicial del departamento con 75%, similar a la tasa del departamento de Tacna (73%).

Según datos del Censo de Damnificados del Terremoto⁶² del INEI, casi 2,000 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años de edad perdieron sus casas en el terremoto, mientras que 10,770 niños, niñas y adolescentes esperaban hasta el momento del censo una evaluación de la habitabilidad de sus viviendas, debido a que la mayor parte de las paredes habían sufrido destrucción parcial o completa.

⁶² Para mayor información sobre el Censo de Damnificados, ver: http://www.observa.org.pe/DOCUMENTOS/censo_sur.ppt#396,10,VIVIENDAS INHABITABLES, SEGÚN DISTRITO 2007.

HUANCAVELICA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)		PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA				
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua			Castellano	Quechua		Castellano	Quechua	
HUANCAVELICA	60.6	39.4	57	71	45	51	56	24*	10*	
ACOBAMBA	23.9*	76.1	51	65	45	57	61*	21*	15*	
ANGARAES	24.9*	75.1	60	71	46	61	40*	12*	15*	
CASTROVIRREYNA	97.6	(.)**	75	61	47	40	41*		16*	
CHURCAMPA	24.9*	75.1	56	67	47	55	49*	16*	20*	
HUAYTARA	80.9	19.0*	54*	49	32*	40	35*	(.)**	15*	
TAYACAJA	48.4	51.6	49	62	41	53	33*	15*	14*	
Departamento	46.9	53.0	55	65	44	53	48	18	14	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

HUÁNUCO



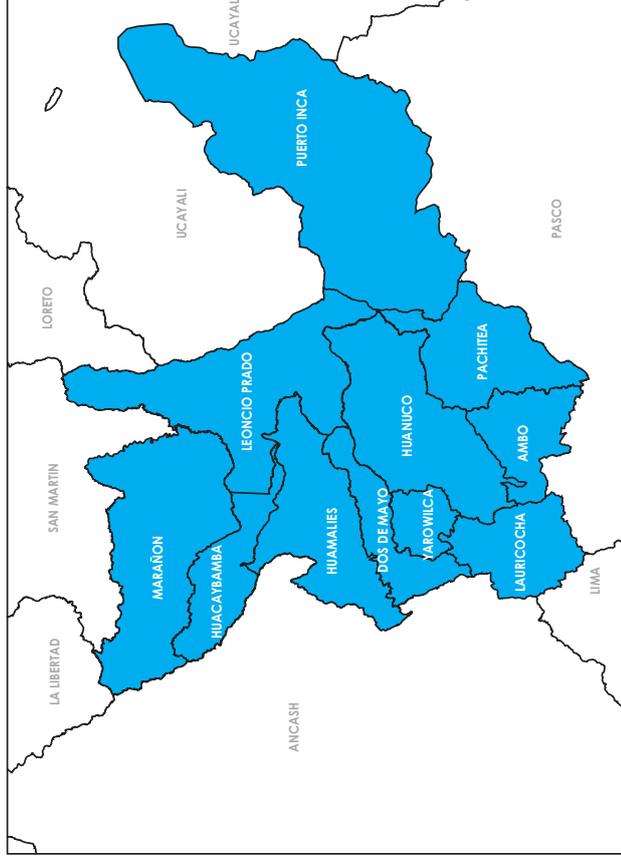
El departamento de Huánuco, al igual que Cajamarca, Ayacucho y Huancavelica, es parte del grupo de menor desempeño relativo en el IDN de las tres etapas del ciclo de la niñez.

Huánuco es uno de los departamentos del país con las más altas tasas de pobreza y pobreza extrema en los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años: 83% vive en situación de pobreza y el 58% en pobreza extrema.

La composición étnica de la población de niños, niñas y adolescentes muestra diferencias en las 11 provincias del departamento. En Lauricocha y Leoncio Prado la casi totalidad de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años tiene al castellano como lengua materna con 98% en ambos casos, mientras que Huacaybamba figura como la provincia con la mayor población de origen quechua con 76%. En todas las provincias del departamento de Huánuco más del 50% de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años reside en zonas rurales, siendo el promedio departamental de 64%.

Las provincias de Puerto Inca y Pachitea son las que tienen los más bajos porcentajes de niños y niñas entre 3 a 5 años que asisten a educación inicial. Yarowilca es por otra parte la provincia con la más alta tasa de desnutrición crónica en los estudiantes de 6 a 9 años de edad con 62% y Leoncio Prado tiene la menor tasa del departamento con 23%. Hay desigualdades importantes en dicha tasa, a pesar que todas están por encima del promedio nacional (22%).

También se muestran marcadas diferencias en las mujeres entre los 15 y 20 años que han experimentado la maternidad, mientras que en 8 de 11 provincias entre 10% y 20% de las mujeres de esta edad ha sido madre, en las provincias de Pachitea y Puerto Inca la incidencia de maternidad para el mismo grupo de edad es de 30% y 38%, respectivamente.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

HUÁNUCO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ				ADOLESCENCIA			
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}	
	Castellano	Quechua					Castellano	Quechua		Castellano	Quechua	Castellano	Quechua
HUANUCO	81.2	18.8*	53	4	45	60	19*	32	49	(.)**	15		
AMBO	74.6	25.4*	69	1	32	51	25*	41	29*	(.)**	15*		
DOS DE MAYO	77.6	22.4*	65	1	42	60	31*	53	29*	12*	15*		
HUACAYBAMBA	23.7*	76.2	85		46	57*	33*	44	(.)**	(.)**	16*		
HUAMALIES	44.7	55.2	72		48	71	40	52	39*	18*	16*		
LEONCIO PRADO	97.7	2.2*	51	4	45	57	(.)**	23	41	(.)**	22		
MARAÑON	78.6	21.4*	82	1	54	39*	(.)**	45	13*	(.)**	16*		
PACHITEA	59.7	40.3	76	2	26*	49	14*	44	30*	(.)**	30		
PUERTO INCA	86.1	7.7*	88		10*	46	48*	25	24*	(.)**	38		
LAURICOCHA	98.2	(.)**	65		58	56		46	30*		13*		
YAROWILCA	70.8	29.1	71	1	44	48	42*	62	26*	17*	13*		
Departamento	75.8	23.8	64	14	42	56	29	38	39	10*	18		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

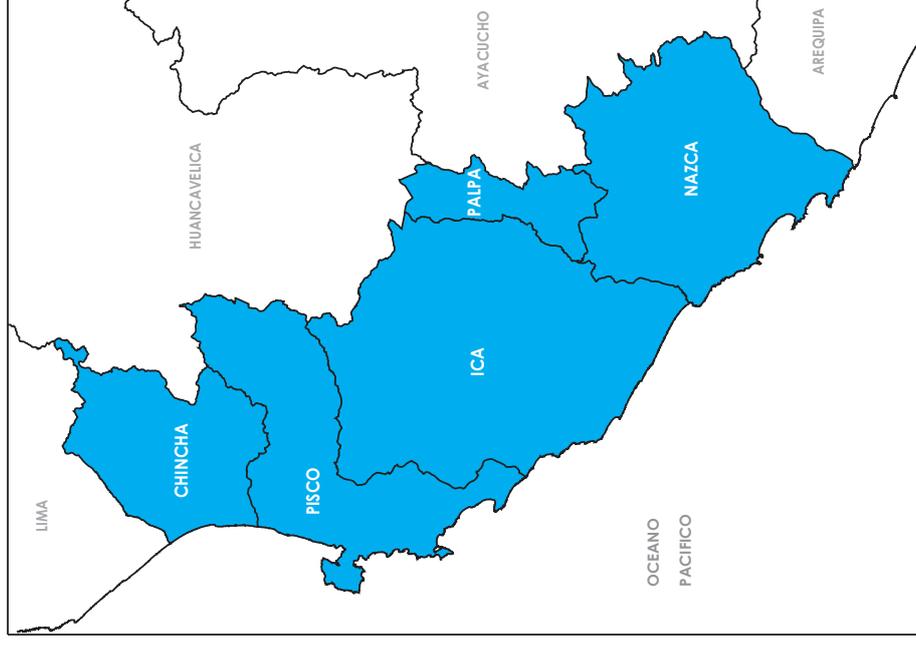
ICA



El departamento de Ica se encuentra en el grupo de departamentos que tienen un mejor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia, niñez y adolescencia. Dicha situación, sin embargo, puede haber cambiado drásticamente cuando el departamento fue severamente afectado por el terremoto del 15 de agosto del 2007.

En las 5 provincias de Ica los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años de edad tienen al castellano como lengua materna. En todas las provincias, la residencia mayoritaria en zonas urbanas parece estar asociada a porcentajes de asistencia, de niños y niñas de 3 a 5 años, a educación inicial superiores al 80%. Las tasas de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años son muy similares entre las provincias, siendo Chincha la que tiene la más alta tasa con 12%. Lo mismo ocurre con la proporción de mujeres entre 15 y 20 años de edad que han experimentado la maternidad, con porcentajes que fluctúan entre 11%* en la provincia de Ica y 14%* en Nazca y Pisco. La única diferencia parece presentarse entre los adolescentes de 17 y 18 años que concluyen la educación secundaria en la edad esperada: en Ica el 72% ha concluido en la edad normativa y en Palpa sólo 61% lo ha hecho.

Es importante señalar que estos datos, previos al terremoto del 15 de agosto que tuvo su epicentro a 53 km al oeste de Pisco, constituyen un diagnóstico parcial de la vulnerabilidad de los niños, niñas y adolescentes de Ica, pero también reflejan las potencialidades para enfrentar la reconstrucción en las provincias más afectadas por el terremoto: Ica, Chincha y Pisco. Ica fue el departamento más afectado por el sismo, y según el Censo de Damnificados del Terremoto⁶³, casi 97,000 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años de edad perdieron sus casas, mientras que 64,500 esperaban hasta el momento del censo una evaluación de la habitabilidad de sus viviendas, debido a que la mayor parte de las paredes habían sufrido destrucción parcial o completa. Esta información, sin embargo, es insuficiente y se requiere de estudios más detallados que permitan identificar los efectos del sismo y la ruta a seguir para una completa reconstrucción.



*Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

⁶³ Para mayor información sobre el Censo de Damnificados, ver: http://www.observa.org.pe/DOCUMENTOS/censo_sur.ppt#396,10,VIVIENDAS INHABITABLES, SEGÚN DISTRITO 2007.

ICA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}
ICA	99.3	9 *	6	85	Castellano 85	9	Castellano 72	11 *
CHINCHA	99.2	13 *	5	85	79	12	64	13 *
NAZCA	99.4	17 *	14	86	83	7	70	14 *
PALPA	99.5	27 *	1	80	82	9	61	12 *
PISCO	98.2	12 *	5	83	82	9	65	14 *
Departamento	99.0	12	31	84	82	10	68	12

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

JUNÍN

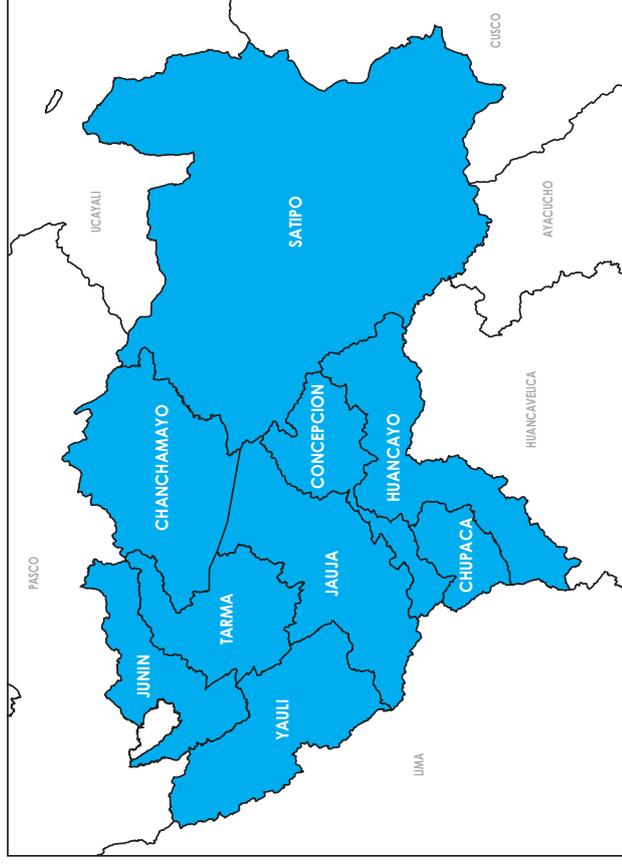


De acuerdo con el IDN, el departamento de Junín se ubica en el grupo intermedio de desempeño relativo en la primera infancia, niñez y adolescencia. En Junín el 63% de los niños, niñas y adolescentes se encuentra en situación de pobreza, 6 puntos porcentuales más que el promedio nacional y el 23%* en situación de pobreza extrema, coincidente con el promedio nacional.

En 8 de las 9 provincias del departamento el castellano es la lengua materna entre más del 90% de sus niños, niñas y adolescentes, con una presencia de menos del 4% del quechua como lengua materna en Huancayo, Concepción y Junín. En el caso de Satipo, el 33% tiene como lengua materna el asháninka.

Satipo y Chanchamayo, dos de las tres provincias con mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes que residen en zonas rurales, comparten una situación de rezago con respecto a las otras provincias en varios indicadores relacionados al desarrollo de la niñez. En ambas provincias, encontramos los más bajos porcentajes de niños de 3 a 5 años asistiendo a educación inicial con 30%* y 34% respectivamente. En Satipo además se tienen los porcentajes de conclusión en la edad esperada de la educación primaria y secundaria más bajos con 62% y 40% respectivamente, porcentaje que se agudiza en el caso de los niños y niñas de 12 y 13 años de origen asháninka con sólo 25%* con primaria completa en la edad esperada. Además, tiene una de las más altas tasas de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años de edad (40%), aunque en este caso los porcentajes son similares entre provincias.

Finalmente, la proporción de mujeres de 15 a 20 años que han experimentado la maternidad es bastante más alta que el promedio departamental (12% en Satipo (25%) y Chanchamayo (20%*)).



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

JUNÍN

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)					PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ			ADOLESCENCIA						
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)			Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}			Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}			Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua	Asháninka				Castellano	Quechua	Asháninka	Castellano	Quechua	Asháninka	Castellano	Quechua	Asháninka	
HUANCAYO	96.2	3.8 *	(.) **	15 *	33	61	82	62 *			69	(.) **		7 *		
CONCEPCION	97.5	2.4 *		61	12	52	77	(.) **			54	(.) **		16 *		
CHANCHAMAYO	96.6	(.) **	(.) **	54	13	34	65				43			20 *		
JAUJA	99.2	(.) **		32 *	48	50	76				62			11 *		
JUNIN	97.4	2.6 *		32 *	21	52	76	48 *			59	(.) **		8 *		
SATIPO	63.9	(.) **	32.7 *	86	12	30 *	62		25 *		40		(.) **	25		
TARMA	97.3	(.) **		44	28	37	75				44			11 *		
YAULI	98.9	(.) **		7 *	18	55	81				70			11 *		
CHUPACA	99.6	(.) **		46 *	9	49	76				67			9 *		
Departamento	91.6	2.7 *	5.5 *	40	194	47	75	60	28 *		58	26 *	(.) **	12		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

LA LIBERTAD

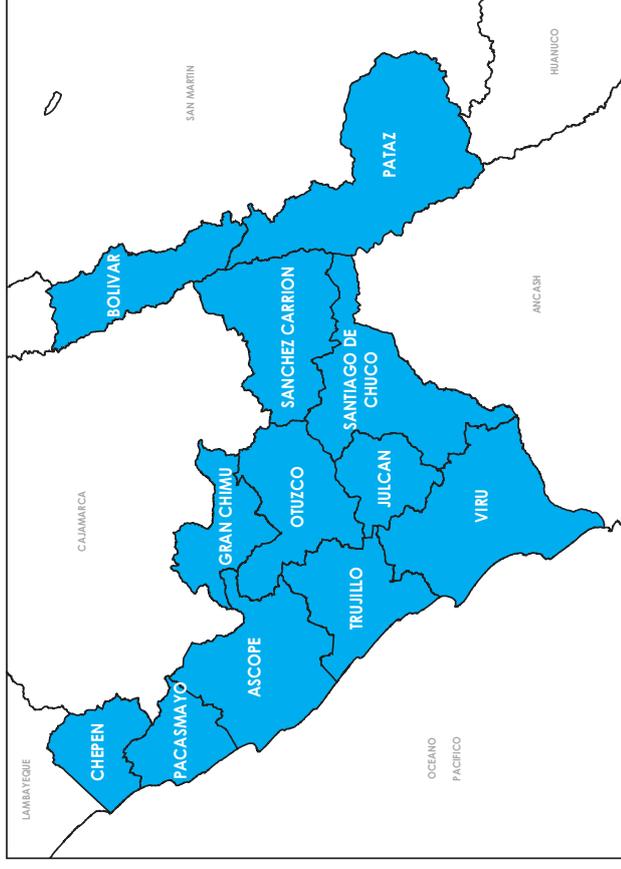


El departamento de La Libertad se ubica en el grupo intermedio en el IDN de la primera infancia, niñez y adolescencia. Las tasas departamentales de pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia superan los promedios nacionales, alcanzando un 59%* y 26%**, respectivamente.

La casi totalidad de los niños, niñas y adolescentes de las 12 provincias del departamento de La Libertad tienen al castellano como lengua materna. Sin embargo, no deja de ser un departamento que presenta grandes desigualdades en la situación de la niñez. En las provincias de Otuzco (21%*), Julcán (26%*) y Sánchez Carrión (28%) el porcentaje de niños y niñas de 3 a 5 años que asiste a educación inicial es similar o inferior al 30%, mientras que en Ascope, Pacasmayo y Trujillo dichos porcentajes son de 74%, 72% y 70%, respectivamente. Estas últimas tres provincias tienen además la menor proporción de niños, niñas y adolescentes viviendo en zonas rurales.

De igual forma, en casi todas las provincias donde la población de niños, niñas y adolescentes es mayoritariamente urbana, el porcentaje de los que han concluido la educación primaria y secundaria en la edad esperada es mayor que el observado entre los que residen en provincias mayoritariamente rurales. En el caso de la provincia de Sánchez Carrión, donde el 81% de los niños, niñas y adolescentes reside en el área rural, sólo el 39% de los niños y niñas termina la primaria en la edad esperada y 12%* de los adolescentes culmina la secundaria en la edad esperada. En las provincias de Julcán (12%*) y Bolívar (14%*) los porcentajes de conclusión de la educación secundaria de los adolescentes de 17 y 18 años que tienen al castellano como lengua materna, figuran entre los más bajos de todas las provincias del país.

Si bien la tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años es de 24% a nivel departamental, existen provincias predominantemente rurales donde tales tasas se duplican: Sánchez Carrión con 53% y Julcán con 50%.



*Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

LA LIBERTAD

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}	Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
TRUJILLO	99.5	3 *	48	70	76	10	60	10 *	
ASCOPE	99.1	10 *	13	74	83	10	68	15 *	
BOLIVAR	100.0	62		43 *	46	45	14 *	18 *	
CHEPEN	99.3	13 *	6	66	74	14	59	13 *	
JULCAN	99.2	93	1	26 *	56	50	12 *	20 *	
OTUZCO	99.6	77	3	21 *	57	46	22 *	19 *	
PACASMAYO	99.2	12 *	7	72	81	14	62	14 *	
PATAZ	99.7	76	3	34	48	46	19 *	19	
SANCHEZ CARRION	99.8	81	7	28	39	53	12 *	17	
SANTIAGO DE CHUCO	99.5	70	1	33	57	44	27 *	18 *	
GRAN CHIMU	99.8	88	1	49	59	34	22 *	17 *	
VIRU	99.4	27 *	4	40	55	24	34 *	16 *	
Departamento	99.4	31	94	54	67	24	48	13	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

LAMBAYEQUE

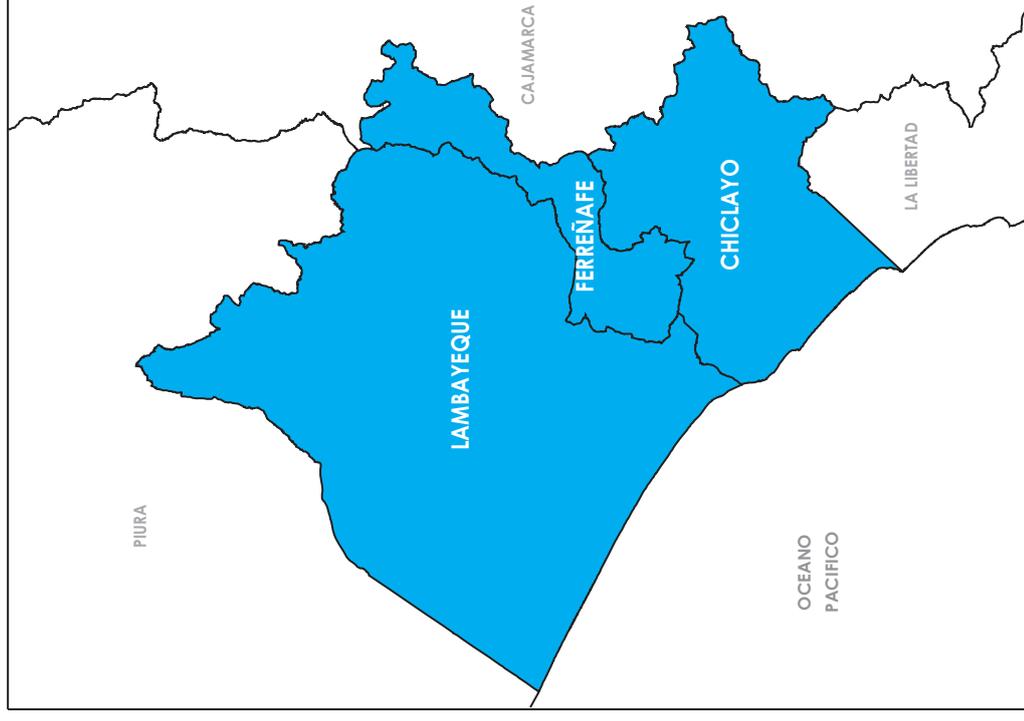


Lambayeque tiene indicadores similares a los que pertenecen al grupo de mejor desempeño relativo en el IDN de los tres ciclos de vida: primera infancia, niñez y adolescencia.

En Chiclayo y Lambayeque, dos de las tres provincias del departamento, la casi totalidad de los niños, niñas y adolescentes tienen al castellano como lengua materna, estando compuestas por una población homogénea en términos lingüísticos. En la provincia de Ferreñafe, el 26%* de los niños, niñas y adolescentes tiene al quechua como lengua materna.

La influencia de una mayor proporción de niños, niñas y adolescentes residiendo en zonas urbanas, con una mayor provisión de servicios públicos, información y presencia del Estado, se aprecia en la mejor posición relativa de la provincia de Chiclayo en varias de las áreas evaluadas: un 70% de niños y niñas entre 3 y 5 años asiste a educación inicial, un 78% de niños y niñas concluye la educación primaria entre los 12 y 13 años, un 65% de los adolescentes entre 17 y 18 años concluye la educación secundaria, la tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años es la más baja del departamento (12%) y una menor proporción de mujeres de 15 a 20 años ha experimentado la maternidad con 9%*. Por su parte, la provincia de Ferreñafe tiene la mayor tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (33%), siendo el promedio del departamento 17%, y el mayor porcentaje de mujeres entre 15 y 20 años que han sido madres (17%).

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.



LAMBAYEQUE

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA			
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua				Castellano	Quechua		Castellano	Quechua	
CHICLAYO	99.9	(.)**	7 *	20	70	78	12	65		9 *	
FERREÑAFE	73.6	26.4 *	54	4	56	71	33	49	(.)**	17	
LAMBAYEQUE	99.8	(.)**	56	12	50	65	24	42		13	
Departamento	97.2	2.7	25	36	63	74	17	58	(.)**	11	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

LIMA Y CALLAO



Lima y Callao forman parte del grupo de departamentos con mejor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia y de la niñez, y se ubican en el grupo intermedio en el IDN de la adolescencia. Cabe señalar que el IDN del departamento de Lima está fuertemente influenciado por la situación de los niños, niñas y adolescentes en Lima Metropolitana, debido a la población que concentra, y no refleja las diferencias existentes en algunos indicadores de bienestar de la niñez. Un ejemplo de ello es la tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años de la provincia de Lima que es menos de la mitad de la tasa promedio reportada para las demás provincias del departamento (con provincias como Yauyos y Cajatambo que presentan tasas de 33% y 30%, respectivamente).

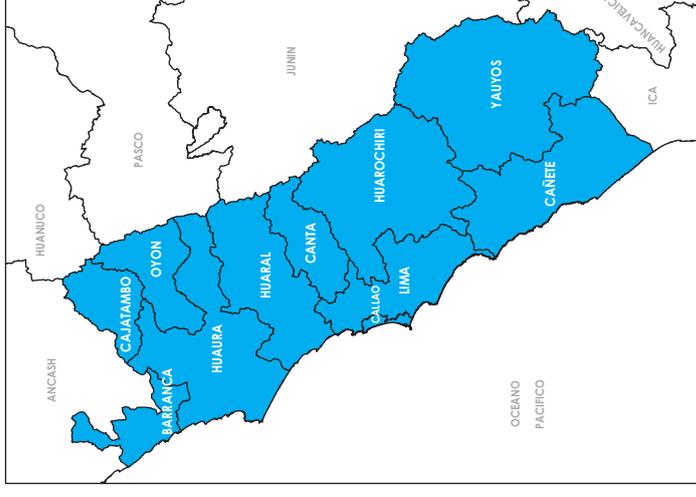
A pesar de la cercanía geográfica y la relativa homogeneidad lingüística en cuanto a la lengua materna de los niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años, al interior del departamento existen algunas diferencias en los indicadores de desarrollo de la niñez y adolescencia. En materia educativa, las mayores diferencias se observan entre los adolescentes de 17 a 18 años que culminan la educación secundaria. Mientras que en Callao y en la provincia de Lima el 72% de los adolescentes culmina la educación secundaria en edades cercanas a la normativa, en las provincias de Oyón, Yauyos y Cajatambo sólo lo hace el 45%, el 41%* y el 40%*, respectivamente. A nivel departamental, llama la atención la tasa de culminación en la edad esperada de la educación secundaria de los adolescentes que son de origen quechua con 32%* frente al 71% de los que tienen al castellano como lengua materna. Entre los niños y niñas de 3 a 5 años las diferencias son menores: mientras la provincia de Lima y Callao muestran porcentajes de asistencia mayores al 80%, en las otras provincias del departamento de Lima este porcentaje fluctúa entre 66% y 79%, siendo las provincias de Cajatambo y San Vicente de Cañete las que presentan porcentajes menores al 70%.

De otro lado, mientras en la provincia de Lima el porcentaje de mujeres que han experimentado algún episodio de maternidad no supera el 9%, es posible observar porcentajes cercanos o superiores al doble de lo reportado en Lima en provincias como Canta (17%*) y Yauyos (21%*).

Yauyos y San Vicente de Cañete, provincias con cinco veces y dos veces la tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años de la provincia de Lima, respectivamente, fueron las más afectadas por el terremoto del 15 de agosto del 2007. Según información del Censo de Damnificados del Terremoto⁶⁴, casi 12,500 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años de edad perdieron sus casas en el terremoto, mientras que 28,000 esperaban hasta el momento del censo una evaluación de la habitabilidad de sus viviendas, debido a que la mayor parte de las paredes habían sufrido destrucción parcial o completa.

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

⁶⁴ Para mayor información sobre el Censo de Damnificados, ver: http://www.observa.org.pe/DOCUMENTOS/censo_sur.ppt#396,10.VIVIENDAS INHABITABLES, SEGÚN DISTRITO 2007.



LIMA Y CALLAO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)		PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA					
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}		Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}	Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}		
										Castellano	Quechua
LIMA	99.0	<2.0 *	0	351	82	85	76 *	6	72	38 *	9
BARRANCA	97.4	2.5 *	23 *	28	78	78	42 *	10	65	(.) **	11 *
CAJATAMBO	96.2	(.) **	47 *		69	70		30	40 *		14 *
CANTA	97.0	(.) **	54 *	3	77	70		18	54		17 *
SAN VICENTE DE CANETE	99.6	<2.0 *	20 *	33	66	84		14	68		11 *
HUARAL	98.0	<2.0 *	18 *	37	78	79		12	63	(.) **	12 *
HUARACHIRI	99.7	(.) **	30 *	3	73	80		24	60		15 *
HUAURA	98.9	<2.0 *	20 *	49	78	82	(.) **	11	62	(.) **	15 *
OYON	99.2	(.) **	25 *	2	79	76		25	45		10 *
YAUYOS	99.3	(.) **	33 *	1	75	75		33	41 *		21 *
Departamento Lima	98.9	<2.0 *	3	507	81	84	71 *	7 ^{6/}	71	32 *	9
CALLAO	99.4	<2.0 *	0	16	81	82	(.) **	7	72	(.) **	11 *

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

^{6/}Tasa de desnutrición en la provincia de Lima: 6%; tasa de desnutrición crónica en las provincias del departamento de Lima: 15%.

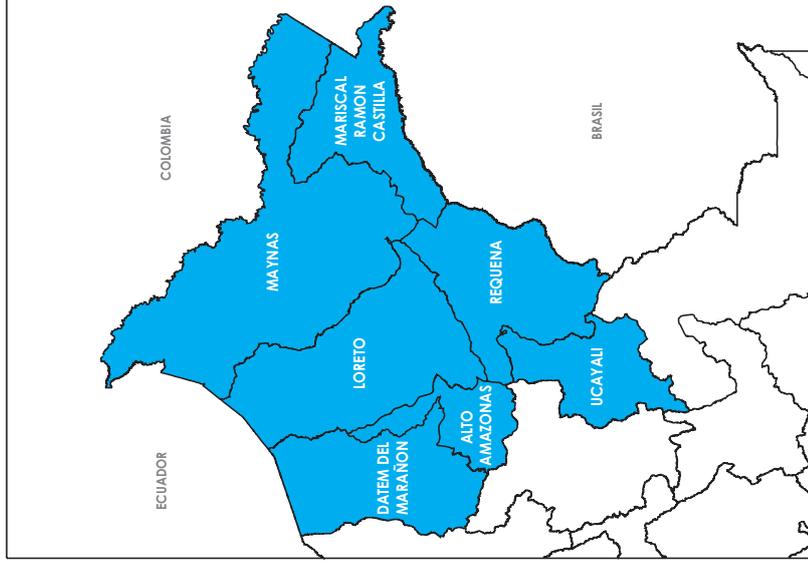
LORETO



Loreto se ubica en el grupo de menor desempeño relativo en los IDN de la niñez y la adolescencia, y entre los departamentos cercanos al grupo de menor desempeño relativo en el IDN de la primera infancia. El 74% y 41%* de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de Loreto viven en situación de pobreza y pobreza extrema, respectivamente. Ambos porcentajes están por encima en aproximadamente 17 puntos porcentuales de los promedios nacionales.

Excepto por la provincia de Maynas, donde el 98% de la población infantil y adolescente tiene el castellano como lengua materna, las 6 provincias restantes albergan en distinta magnitud población que tiene como lengua materna el aguaruna, shipibo-conibo u otra lengua nativa. En las provincias de Mariscal Ramón Castilla y Loreto el porcentaje de niños, niñas y adolescentes con lengua materna nativa oscila entre 8%* y el 11%*. En Alto Amazonas y Ucayali los porcentajes aumentan hasta 18%* y 15%*, respectivamente.

La provincia de más reciente creación, Datem del Marañón (creada en agosto del 2005⁶⁵), muestra una composición étnica más diversa. Alrededor de 21%* de niños, niñas y adolescentes tiene como lengua materna el aguaruna⁶⁶, y el 31%* habla otra lengua nativa⁶⁷. Esta provincia muestra algunas diferencias importantes con relación a las otras provincias del departamento que vale la pena resaltar. En el caso de la asistencia a educación inicial de los niños y niñas de 3 a 5 años, el porcentaje en esta provincia es de 25%*, significativamente menor a la de Mariscal Ramón Castilla, provincia que le sigue con un porcentaje de 43%. De igual modo, un 42% de las mujeres entre 15 y 20 años ha experimentado la maternidad, siendo una de las tres provincias a nivel



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

⁶⁵ Ley de creación y organización territorial de la provincia Datem del Marañón en el departamento de Loreto. Normas Legales: http://www.leyesdelperu.com/Normas_legales/2005/08_Agosto/NL_02082005.pdf

⁶⁶ Este idioma es una de las dos ramas en las que divide la familia etnolingüística Jivaro: <http://butler.cc.tut.fi/~fabre/BookInternetVersio/Dic = Jivaro.pdf>

⁶⁷ Las posibles familias etno-lingüísticas a las que corresponderían dichas lenguas serían Cahuapana, Candoshi y Quechwas del Pastaza. Ver referencia en <http://www.regionloreto.gob.pe/Planificacion/sig/PUBLI5.pdf>, página 2

nacional que muestra porcentajes superiores al 40%. En general, los porcentajes de mujeres menores de 21 años que han experimentado la maternidad en todas las provincias del departamento de Loreto son mayores al 20%.

Cabe destacar que, como se mencionó en la sección de la primera infancia, Loreto presenta uno de los mayores porcentajes de niños y niñas entre 1 mes de nacidos y 5 años de edad que no cuentan con partida de nacimiento con el 26% y Datem del Marañón es la provincia con el más alto porcentaje de niños y niñas de ese grupo etáreo que no cuentan con ese documento con más del 60%.

LORETO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)						PRIMERA INFANCIA		NIÑEZ				ADOLESCENCIA													
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}			Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)		Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}				Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)				Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}				Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}			
	Castellano	Aguaruna	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Shipibonibo	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Shipibonibo	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Shipibonibo	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Shipibonibo	Otra lengua nativa	Castellano	Aguaruna	Shipibonibo	Otra lengua nativa
	97.9	(.)**	(.)**	28 *	5	58	62	49	43	29 *	47	30	22	22	48	23										
MAYNAS	80.2	(.)**	17.7 *	52	3 ^{6/}	47	49	43	29 *	47	30	31	31	25 *	28											
ALTO AMAZONAS	89.0		10.9 *	66	1	46	43	43	29 *	47	30	33	33	21 *	35											
LORETO	90.4	(.)**	8.3 *	77	3	43	29 *	43	29 *	47	30	31	31	11 *	33											
MARISCAL RAMON CASTILLA	95.7		(.)**	41 *	1	61	47	47	47	47	30	30	30	22 *	34											
REQUENA	84.6		14.9 *	56	3	55	54	43 *	43 *	43 *	29	29	29	28 *	33											
UCAYALI	42.3 *	20.7 *	30.8 *	77	2 ^{6/}	25 *	45 *	23 *	23 *	45 *	7 ^{7/}	27	27	27 *	42											
DATEM DEL MARAÑON	89.5	1.6	1.1 *	6.8 *	13	51	54	24 *	24 *	54	27	27	27	38	27											
Departamento																										

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

^{6/} Se reasignó el número de defensorías de los distritos de Barranca y Morona de la provincia de Alto Amazonas a la provincia de Datem del Marañón debido a la creación de esta provincia en el año 2005, cambio que no es registrado en el directorio de DNAs en la página web del MIMDES.

^{7/} La provincia fue creada el 2 de agosto del 2005 por lo que no se dispone de información de desnutrición crónica (tomada el 2005).

MADRE DE DIOS

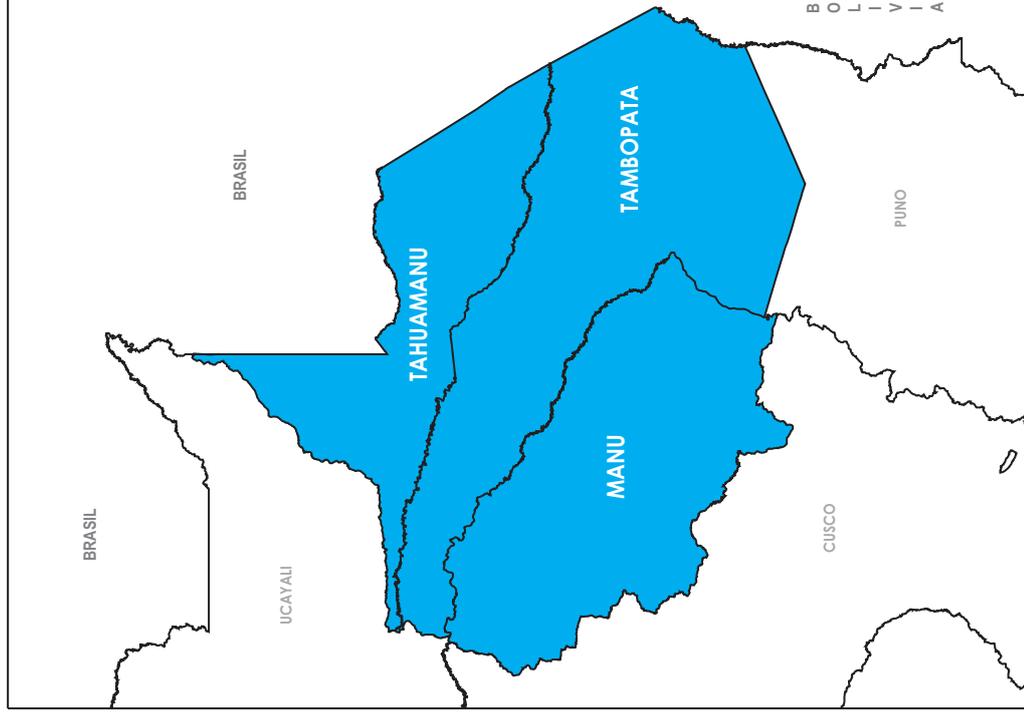


En el ranking del IDN, Madre de Dios se ubica en el grupo intermedio de desempeño relativo del IDN en la primera infancia, niñez y adolescencia. La lengua materna predominante en este departamento es el castellano, sin embargo, en las provincias de Tambopata y Manu el 2% y 5%, respectivamente, de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años tienen al quechua como lengua materna.

Manu, provincia donde se da el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes que residen en zonas rurales (56%), muestra el menor porcentaje de niños y niñas de 3 a 5 años que asiste a educación inicial con 51% y tiene la tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años más alta: 21% en comparación al promedio departamental de 13%.

En términos educativos, la conclusión a tiempo de la primaria y secundaria entre los niños, niñas y adolescentes con lengua materna distinta muestra diferencias importantes. En la provincia de Tambopata sólo el 45%* de los niños y niñas con lengua materna quechua culmina la primaria en la edad esperada frente a un 74% de los que tienen al castellano como lengua materna. En el caso de los adolescentes de 17 y 18 años con secundaria completa se puede observar que las diferencias se mantienen: con 55% en el caso de los que tienen al castellano como lengua materna y 31%* en el caso de los que tienen como lengua materna al quechua.

Las tres provincias del departamento de Madre de Dios tienen porcentajes de mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad por encima del 20%.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

MADRE DE DIOS

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}	Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua				Castellano	Quechua		Castellano	Quechua
TAMBOPATA	96.0	2.0 *	30 *	7	58	74	11	55	31 *	22
MANU	86.6	4.6 *	56	7	51	79	21	66	(.) **	23 *
TAHUAMANU	97.3	(.) **	18 *		64	76	12	48		26 *
Departamento	94.1	2.5 *	34	14	57	75	13	56	26 *	22

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

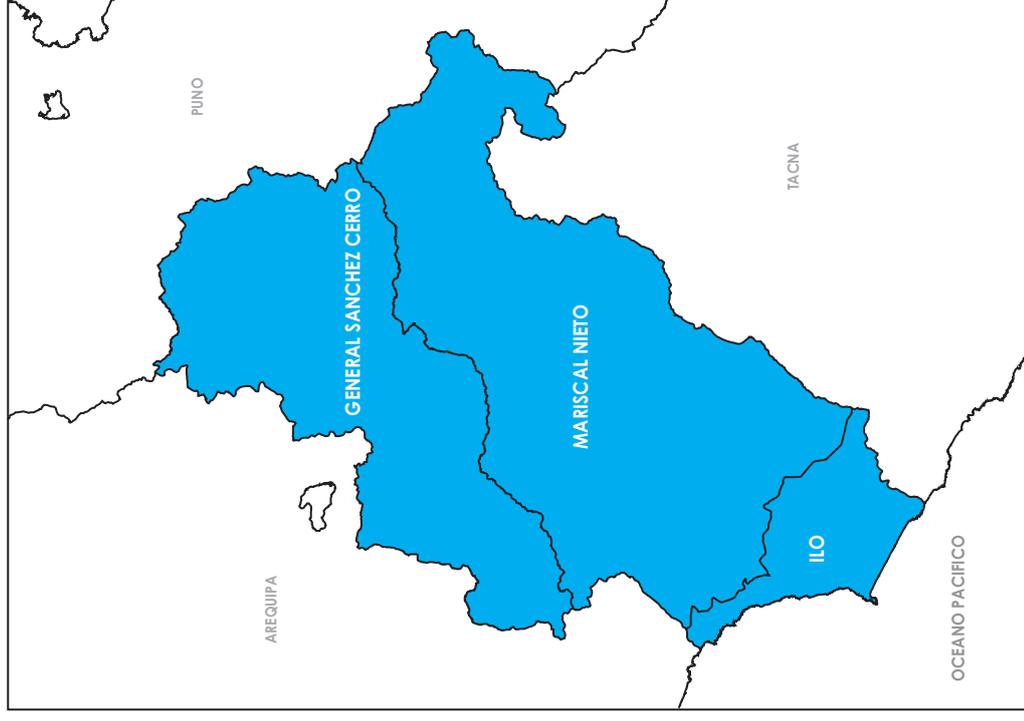
MOQUEGUA



Moquegua es uno de los departamentos con mejor desempeño relativo en los rankings del IDN de la primera infancia y la niñez. En el ranking de adolescencia se encuentra cerca del grupo en mejor posición relativa. Coincidente con las posiciones que ocupa en el IDN de los tres ciclos de vida de la niñez, Moquegua es uno de los departamentos con los menores porcentajes de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en situación de pobreza y pobreza extrema.

En comparación con otros departamentos, las disparidades entre las 3 provincias del departamento de Moquegua son menos severas, sobre todo en la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años de edad a la educación inicial y en la culminación de la primaria en la edad esperada por parte de los niños y niñas de 12 a 13 años que tienen el castellano como lengua materna.

En dos de las tres provincias casi la totalidad de niños, niñas y adolescentes tienen al castellano como lengua materna y residen mayoritariamente en áreas urbanas. La provincia de General Sánchez Cerro, por su parte, cuenta con un 27%* de niños, niñas y adolescentes con lengua materna quechua y un 63% que reside en áreas rurales. Esta provincia reporta diferencias importantes en varios indicadores de desarrollo de la niñez. La tasa de desnutrición crónica en los estudiantes de 6 a 9 años en General Sánchez Cerro alcanza el 17%, frente al promedio departamental de 5%, y las tasas de culminación de la primaria y la secundaria en la edad esperada son menores entre los niños, niñas y adolescentes con lengua materna quechua en esta provincia: 68%* frente a 89% en el caso de los niños y niñas de 12 y 13 años y 43%* frente a 56%* en adolescentes de 17 y 18 años.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

MOQUEGUA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)						PRIMERA INFANCIA			NIÑEZ			ADOLESCENCIA			
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}			Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)			Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}			Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua	Aymara				Castellano	Quechua	Aymara	Castellano	Quechua	Aymara	Castellano	Quechua	Aymara	
MARISCAL NIETO	97.1	(.) **	2.2 *	13 *	2	60	84		83 *	5	73		63 *		12 *	
GENERAL SANCHEZ CERRO	72.4	27 *	(.) **	63	2	69	89	68 *		17	56 *	43 *			11 *	
ILO	98.3	(.) **	<2.0 *	0	2	69	87		80 *	3	74		70 *		11 *	
Departamento	93.7	4.7 *	1.5 *	16	6	65	86	70 *	84 *	5	71	36 *	63 *		12	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

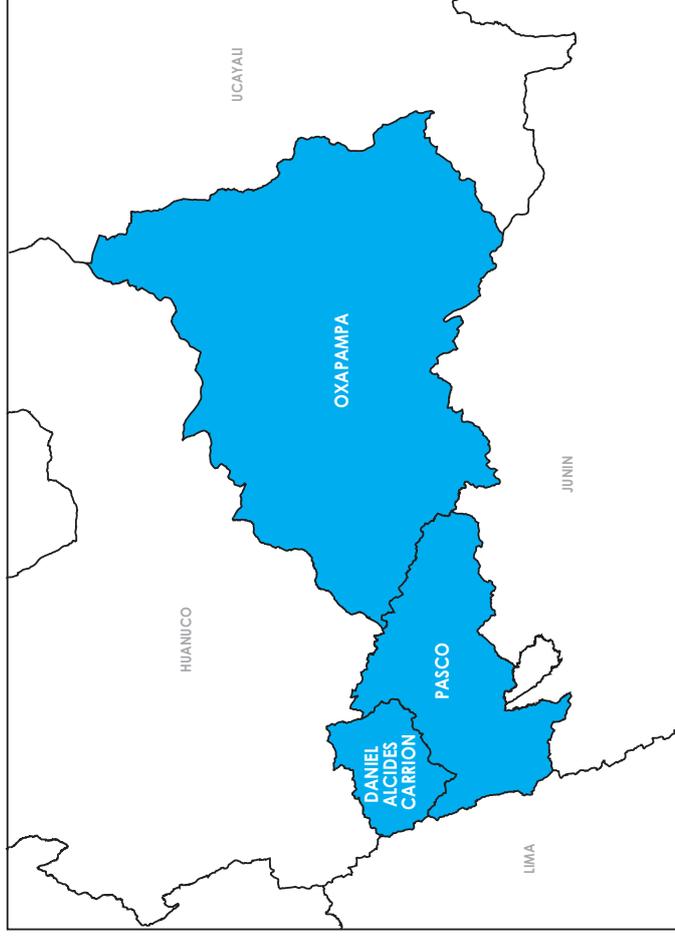
PASCO



Pasco se encuentra en el grupo de departamentos de desempeño relativo intermedio en el ranking del IDN de la primera infancia, niñez y adolescencia. Del total de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años del departamento de Pasco, un 79% vive en situación de pobreza y un 37%* en situación de pobreza extrema, superando los promedios nacionales en ambos indicadores.

La lengua materna castellana es predominante entre los niños, niñas y adolescentes del departamento Pasco. Sin embargo, en Oxapampa un 10% de niños, niñas y adolescentes tiene como lengua materna el asháninka.

La provincia de Pasco muestra los mejores resultados educativos del departamento, con un 73% de niños y niñas de 3 a 5 años que asiste a educación inicial, un 80% de niños y niñas de 12 y 13 años que culmina la educación primaria en la edad esperada y un 65% de adolescentes de 17 y 18 años con secundaria completa. Ello contrasta con la provincia de Oxapampa donde, con un 72% de niñas, niños y adolescentes viviendo en zonas rurales, la asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años a educación inicial es de 40%. La conclusión en la edad esperada de la educación primaria y secundaria por parte de los niños, niñas y adolescentes que tienen el castellano como lengua materna es de 63% y 33%*, respectivamente. Asimismo, esta provincia tiene el porcentaje más alto de mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad con 28%, aproximadamente 3 veces más del que presentan las otras dos provincias.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

PASCO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}	Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Asháninka				Castellano	Asháninka		Castellano	Asháninka
PASCO	99.5		17 *	9	73	80	26	65	9 *	
DANIEL ALCIDES CARRION	99.6		50	2	54	74	31	43	8 *	
OXAPAMPA	88.2	9.8 *	72	5	40	63	25	33 *	28	
Departamento	95.7	3.1 *	40	16	59	74	26	54	14	

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

PIURA



Piura se ubica en el grupo de departamentos de desempeño relativo intermedio en el IDN de la primera infancia, niñez y adolescencia. La proporción de niños, niñas y adolescentes que viven en situación de pobreza en el departamento supera el promedio nacional, con 62%.

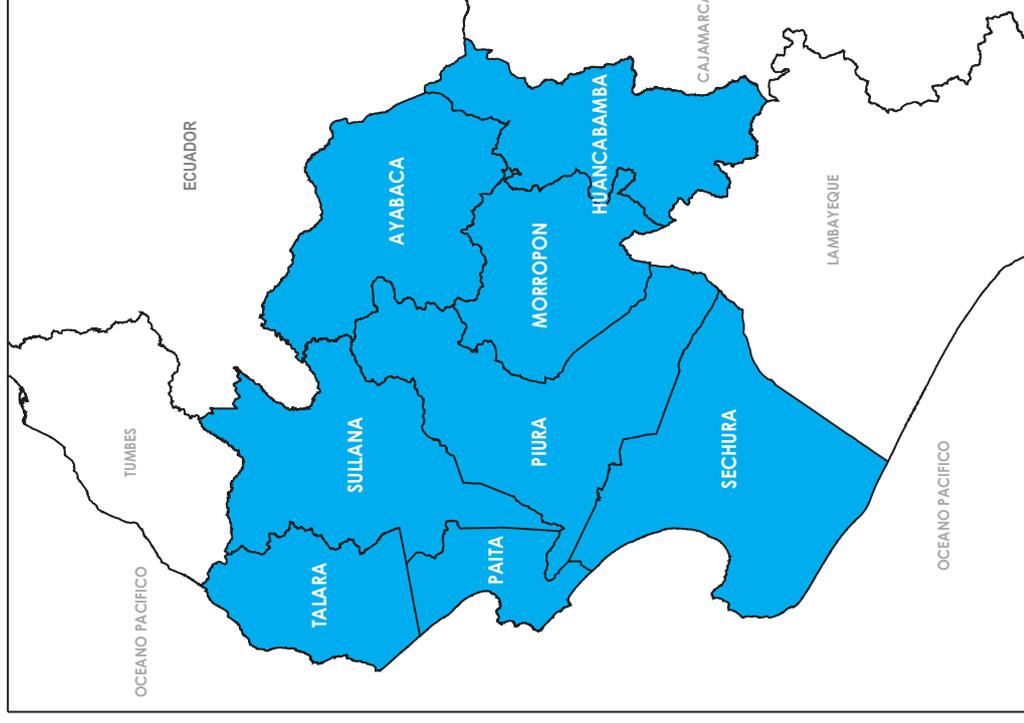
La casi totalidad de los niños, niñas y adolescentes que vive en las 8 provincias del departamento de Piura tiene como lengua materna el castellano y en su mayoría reside en zonas urbanas.

Salvo en los casos de las provincias de Ayabaca y Huancabamba donde más del 90% de los niños y niñas menores de 18 años habita en áreas rurales, y la provincia de Morropón donde 49% también reside en dichas zonas.

Las 5 provincias de Piura donde se ubica la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que reside en zonas urbanas tiende a mostrar porcentajes de asistencia a educación inicial de niños y niñas entre 3 y 5 años superiores al 60%, mientras que en aquellas donde predomina la población infantil y adolescente que reside en zonas rurales los porcentajes son menores al 40% (Ayabaca y Huancabamba), y en un caso se acerca al 50% (Morropón).

En las provincias de Ayabaca y Huancabamba se presentan los más bajos niveles de conclusión en la edad esperada tanto de la educación primaria como de la secundaria. En el caso de la conclusión en la edad esperada de la secundaria, la situación es particularmente crítica: el 18%* de los adolescentes de 17 a 18 años culmina en la edad esperada en Ayabaca y 20%* en Huancabamba, cifra significativamente menor que la del promedio departamental (48%). También en estas dos provincias se dan las más altas tasas de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años de edad, con 46% en Ayabaca y 52% en Huancabamba, aproximadamente el doble de la tasa promedio departamental (24%).

* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.



PIURA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)				PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)		Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
								Castellano		
PIURA	99.8	14 *	17	66	71	20	55	11		
AYABACA	99.7	91	4	32	42	46	18 *	19 *		
HUANCABAMBA	99.9	94	6	36	50	52	20 *	19		
MORROPON	99.8	49	7	49	65	24	41	12 *		
PAITA	99.4	7 *	4	65	67	16	48	13 *		
SULLANA	99.7	10 *	8	70	71	12	57	13		
TALARA	99.7	1	5	70	76	13	60	17		
SECHURA	99.8	8 *	7	65	64	29	45	16 *		
Departamento	99.7	31	58	58	65	24	48	13		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

PUNO

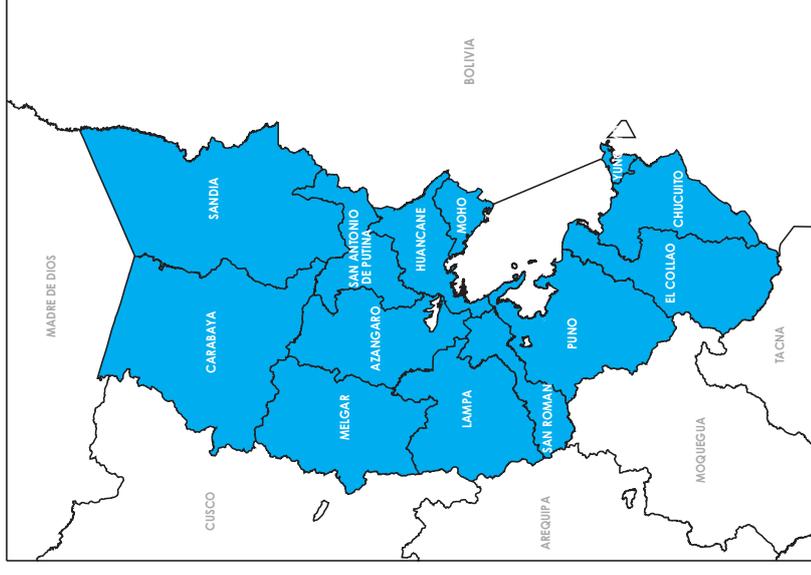


Puno se ubica en el grupo intermedio en el IDN de la primera infancia y la niñez y cerca del grupo de menor desempeño relativo en la etapa de la adolescencia. La situación de pobreza y pobreza extrema en el departamento alcanza al 84% y 51%* de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, respectivamente.

Las 13 provincias del departamento de Puno se caracterizan por el alto nivel de heterogeneidad étnica. Únicamente tres provincias, San Román, Puno y Yunguyo, tienen a más del 65% de su población entre 0 y 17 años de origen castellano. En provincias como Mocho, El Collao, Huancané y Chucuito, los niños, niñas y adolescentes con lengua materna aymara superan el 45% y en provincias como Carabaya, Melgar, Lampa y Azángaro, los niños, niñas y adolescentes son mayoritariamente quechua hablantes con porcentajes mayores al 60%. En 9 de las 13 provincias más de la mitad de sus niños y niñas menores de 18 años reside en zonas rurales, siendo Huancané, la que muestra el mayor porcentaje que reside en zonas rurales con 91%.

La provincia de Carabaya, donde el 73% de los niños, niñas y adolescentes es de origen quechua, es la que tiene el menor porcentaje de niños y niñas de 3 a 5 años que asisten a educación inicial, con 18%*. En general, el porcentaje de conclusión a tiempo de la educación primaria y secundaria siempre tiende a ser más alto entre los niños, niñas y adolescentes que tienen al castellano como lengua materna en comparación con los que hablan otras lenguas. La brecha es más significativa en educación secundaria, donde el 71% de los adolescentes cuya lengua de origen es el castellano termina en la edad esperada frente al 34% de los que tienen al quechua como lengua materna y al 44% de los que tienen al aymara como lengua materna. Sin embargo, cabe destacar que los porcentajes de conclusión en la edad esperada de la educación primaria en los niños y niñas de 12 y 13 años que tienen al quechua como lengua materna fluctúan entre 55% y 81%, siendo relativamente altos si los comparamos con otros departamentos del país que tienen estas características, tales como Huancavelica y Ucayali.

Finalmente, la tasa más alta de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años se da en la provincia de Carabaya con 47%, casi el doble de la tasa promedio del departamento (26%).



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

PUNO

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)						PRIMERA INFANCIA		NIÑEZ			ADOLESCENCIA				
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}			Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)			Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}			Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Quechua	Aymara				Castellano	Quechua	Aymara	Castellano	Quechua	Aymara	Castellano	Quechua	Aymara	
PUNO	70.4	15.1 *	14.5 *	43	13	65	91	77	79	16	79	32 *	52 *	4 *		
AZANGARO	38.7	61.2	(.) **	77	8	50	75	61		35	56 *	28 *		9 *		
CARABAYA	26.9 *	73.1		52 *	4	18 *	75	54		47	44 *	21 *		15 *		
CHUCUITO	53.7	(.) **	46.3	78	3	62	87	77		25	70		42	11 *		
EL COLLAO	43.9	(.) **	55.9	77	2	47	91		80	19	82		46 *	12 *		
HUANCANE	17.4 *	30.1 *	52.4	91	2	35 *	81 *	81	73	28	80 *	45 *	35 *	9 *		
LAMPA	37.3	62.7		61	5	42	88	59		30	63 *	33 *		11 *		
MELGAR	28.8 *	71.2		48	6	46	89	64		35	76	32 *		7 *		
MOHO	38.9	(.) **	61.0	77	1	27 *	91		71	32	55 *		42 *	9 *		
SAN ANTONIO DE PUTINA	43.8	48.7	7.5 *	37 *	3	31 *	83	74	63 *	34	79	46 *	(.) **	16 *		
SAN ROMAN	94.2	4.9 *	<2.0 *	9 *	3	46	92	80 *	99 *	17	72	56 *	64 *	8 *		
SANDIA	54.1	43.6	(.) **	77	4	30 *	78	55	63 *	36	47 *	38 *		9 *		
YUNGUYO	66.7	(.) **	33.0	63	1	68	84		74	21	62		44 *	12 *		
Departamento	55.2	28.7	16.0	54	55	47	88	64	76	26	71	34	44	9		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

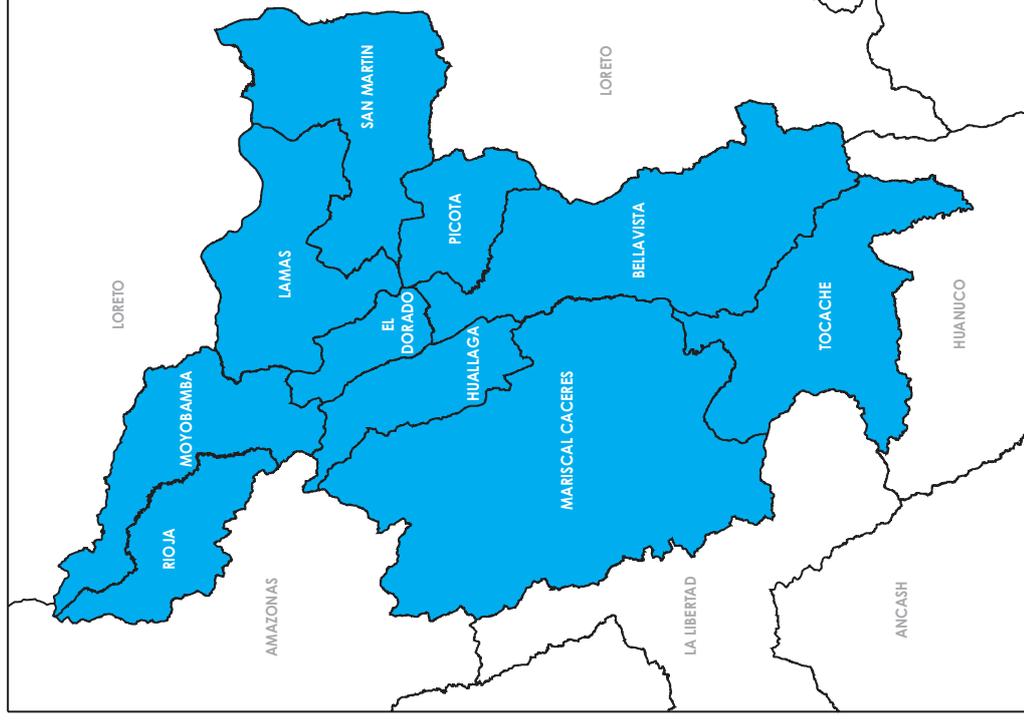
SAN MARTÍN



San Martín se ubica en el grupo de departamentos con desempeño relativo intermedio en el IDN de la primera infancia, niñez y adolescencia. Las tasas de pobreza (60%) y pobreza extrema (21%*) de los niños, niñas y adolescentes del departamento son cercanas al promedio nacional.

San Martín se caracteriza por el predominio de niñas, niños y adolescentes cuya lengua materna es el castellano en las 10 provincias que conforman el departamento. Por otro lado, se observan claras diferencias en la distribución de la niñez y adolescencia según áreas de residencia en las provincias: en San Martín el 11%* reside en zonas rurales y en El Dorado el 71% lo hace. Cabe resaltar que aunque las diferencias en el grado de ruralidad son grandes, éstas no parecen influir de manera importante en los patrones de asistencia a la educación inicial de niños de 3 a 5 años en las provincias.

En la provincia de El Dorado, que concentra la mayor proporción de niños, niñas y adolescentes que residen en zonas rurales, el porcentaje de conclusión a tiempo de educación secundaria entre los adolescentes de 17 a 18 años tiende a ser menor que en las demás provincias: 14%* en comparación con el promedio departamental de 41%. Dicha provincia también presenta la más alta tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años con 27% y uno de los más altos porcentajes de embarazo en la adolescencia en comparación a las provincias de los otros departamentos, con 37%.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

SAN MARTÍN

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}
	Castellano				Castellano		Castellano	
MOYOBAMBA	99.2	51	3	44	60	25	40	25
BELLAVISTA	99.9	46 *	5	49	58	17	31 *	38
EL DORADO	99.7	71	4	48	56	27	14 *	37
HUALLAGA	99.9	45 *	4	59	63	19	24 *	29 *
LAMAS	99.6	61	10	42	63	26	21 *	28
MARISCAL CACERES	99.9	36 *	2	59	68	19	36 *	22 *
PICOTA	99.9	44 *	12	51	68	20	37 *	25 *
RIOJA	97.8	29 *	7	48	69	26	37	25
SAN MARTIN	99.8	11 *	51	62	71	12	62	14 *
TOCACHE	99.7	61	1	45	65	23	42	20 *
Departamento	99.2	41	99	50	65	22	41	23

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

TACNA

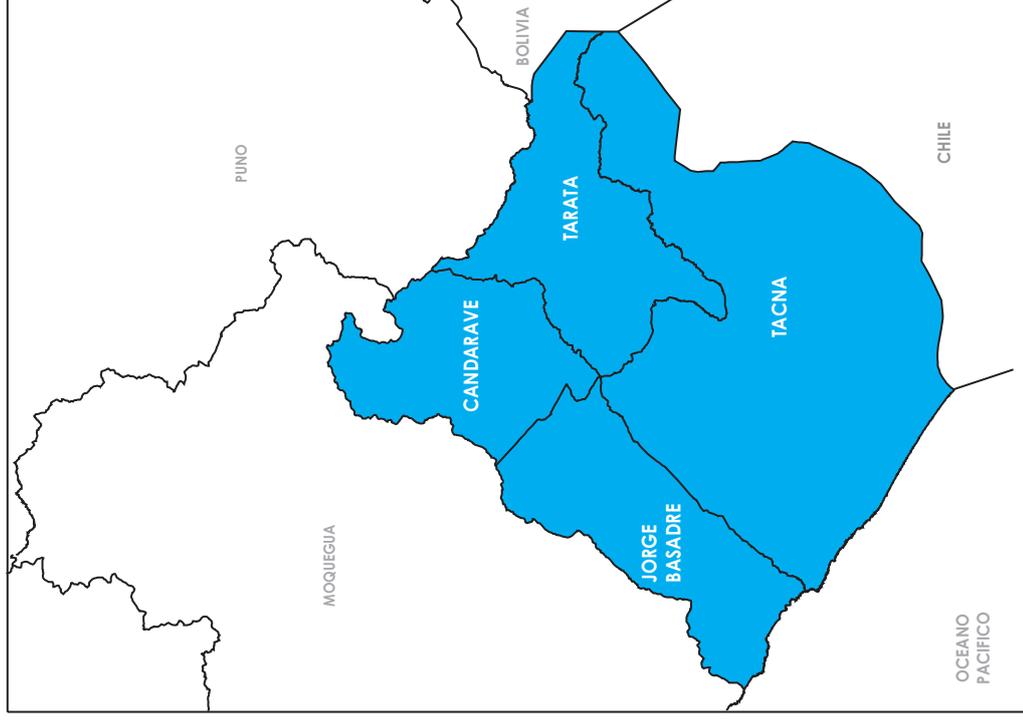


Tacna forma parte del grupo de departamentos que a lo largo de los tres ciclos de vida de la niñez ha mostrado el mejor desempeño relativo en el IDN. Tacna tiene la segunda tasa más baja de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años que viven en situación de pobreza con 27%*.

La casi totalidad de los niños, niñas y adolescentes de las 4 provincias de este departamento tiene al castellano como lengua materna, con excepción de las provincias de Tacna y Candarave donde el 3%* en ambos casos tiene al aymara como lengua materna.

A nivel departamental sólo el 9% de niños, niñas y adolescentes reside en áreas rurales, con una alta concentración en las provincias de Candarave (48%*) y Jorge Basadre (37%*).

Tarata es la provincia que muestra el menor porcentaje de niños entre 3 y 5 años que asisten a educación inicial con 45%*, y Jorge Basadre es la que tiene el mayor porcentaje con 90%. Tarata también presenta la más alta tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años con 11%, en comparación con el 4% de la provincia de Tacna. En 3 de las 4 provincias las tasas de mujeres que han experimentado la maternidad supera el 17%*.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

TACNA

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA						
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}		Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}		Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}	Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)		Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}		Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Aymara				Castellano	Aymara	Castellano	Aymara				
TACNA	97.1	2.6 *	6 *	17	73	83	66 *	4	71	50 *	10 *		
CANDARAVE	97.0	3.0 *	48 *		64	81	(.) **	9	54		18 *		
JORGE BASADRE	98.7	(.) **	37 *	2	90	91		5	72		17 *		
TARATA	98.7	(.) **	18 *	1	45 *	83		11	60		19 *		
Departamento	97.2	2.5 *	9	20	73	83	65 *	4	71	48 *	10 *		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

TUMBES

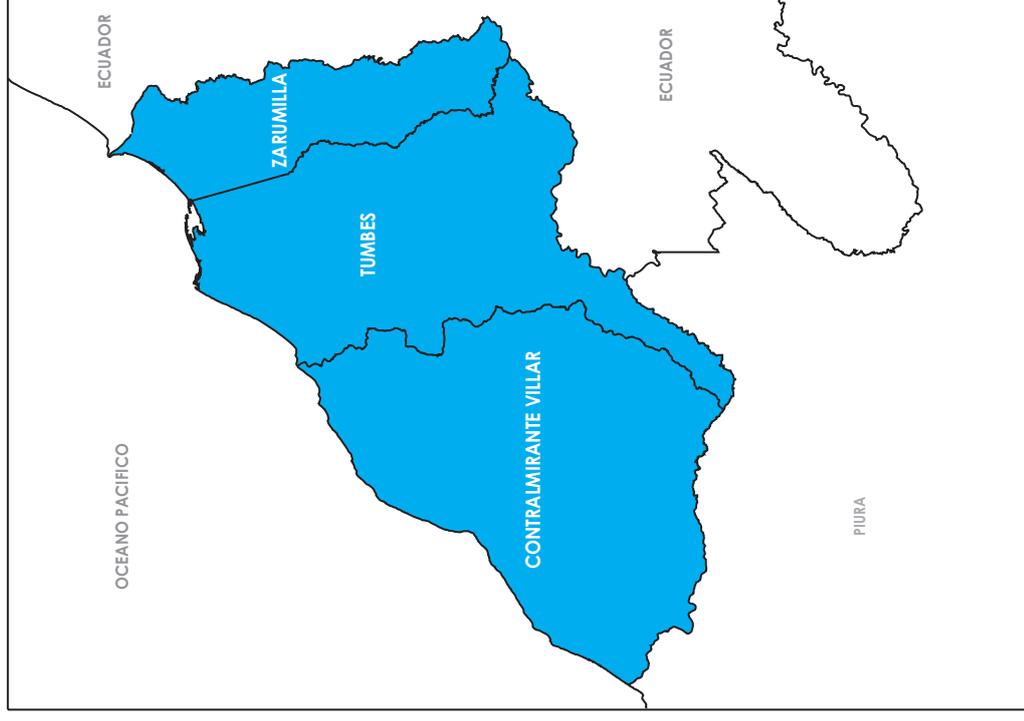


Tumbes es uno de los departamentos con mejor desempeño relativo en los rankings del IDN de la primera infancia, la niñez y la adolescencia y es el que tiene la más baja tasa de pobreza en los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, con 22%*.

Las diferencias en los indicadores de salud y educación entre las provincias de Tumbes son poco marcadas. La asistencia de niños y niñas de 3 a 5 años a educación inicial se encuentra en el rango del 77% al 87%, y es la provincia de Contralmirante

Villar, la que presenta el mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes que reside en zonas rurales (17%*), la que ostenta la menor asistencia con 77%. Esta provincia también tiene la más alta tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años con 14%, cuyo promedio departamental es de 9%.

Si bien las tasas provinciales de culminación a tiempo de la educación primaria y secundaria por parte de los niños, niñas y adolescentes son bastante homogéneas, cabe destacar la situación de la provincia de Zarumilla donde el 80% de los niños y niñas de 12 y 13 años completan la educación primaria en la edad esperada, porcentaje que en la conclusión a tiempo de la educación secundaria en adolescentes de 17 a 18 años se reduce a aproximadamente la mitad, con 54%. Finalmente, en las 3 provincias más del 16% de las mujeres entre 15 y 20 años han experimentado la maternidad.



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

TUMBES

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)			PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
	Lengua o Idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}	Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)	Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}	Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}
TUMBES	98.9	9 *	17	87	Castellano 77	8	Castellano 63	17
CONTRALMIRANTE VILLAR	99.5	17 *	2	77	75	14	54	19 *
ZARUMILLA	99.0	5 *	4	83	80	11	54	19 *
Departamento	98.9	9	23	85	78	9	60	17

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

UCAYALI

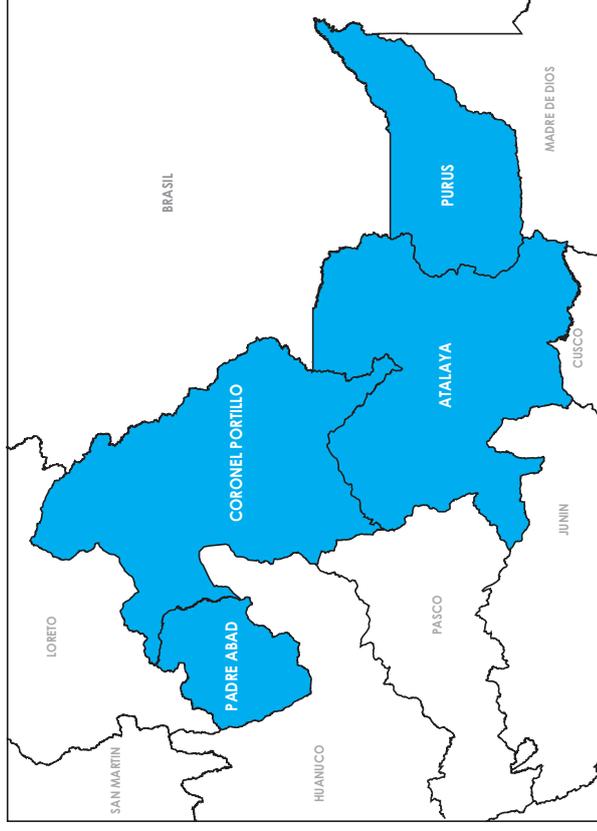


Ucayali se ubica entre los departamentos de desempeño relativo intermedio en la clasificación del IDN de la primera infancia y adolescencia y con menor desempeño relativo en el IDN de la niñez. Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de Ucayali vive en situación de pobreza (63%*), y 29%* vive en situación de extrema pobreza, 6 puntos porcentuales más que el promedio nacional.

Los niños, niñas y adolescentes del departamento de Ucayali son muy heterogéneos en términos étnico-lingüísticos. En las provincias de Coronel Portillo y Padre Abad, los niños y niñas menores de 18 años tienen mayoritariamente al castellano como lengua materna, con 90% y 91% respectivamente. Sin embargo, la provincia de Purús presenta una alta concentración de niños, niñas y adolescentes que hablan otras lenguas nativas (77%), se trataría presumiblemente de los diversos pueblos indígenas asentados en esta zona como los Cashinahua, quienes tienen la mayor población, seguidas por las etnias Sharanahua, Culina, Mastanahua, Amahuaca, Asháninka, Chaninahua y Yíne⁶⁸.

En el caso de la provincia de Atalaya, la composición étnica también es diversa, con una presencia significativa de niños, niñas y adolescentes con lengua materna asháninka (29%*) y con otra lengua materna de origen nativo (13%*).

A nivel departamental puede observarse que se dan marcadas diferencias entre los niños y niñas de 12 y 13 años que terminan la educación primaria en la edad esperada: lo hace el 67% de los que tienen al castellano como lengua materna frente al 15%* de los que tienen al asháninka como lengua de



* Los datos con asterisco deben ser interpretados con cautela, pues los intervalos de confianza asociados son relativamente grandes.

⁶⁸ Para acceder al cuadro que resume las familias lingüísticas y grupos étnicos en la Amazonía Peruana consultar: <http://www.ibcperu.org/doc/public/src/OO178.pdf>
Para mayores detalles sobre los pueblos indígenas consultar el «Diccionario Etnolingüístico y Guía Bibliográfica de los Pueblos Indígenas Sudamericanos» <http://butler.cc.tut.fi/~fabre/BookInternetVersio/Alkusivu.html>.

Una enumeración breve de los pueblos indígenas residentes en la zona de Alto Purús, aleada a la reserva natural del mismo nombre, se puede encontrar en: <http://www.parkswatch.org/parkprofile.php?l=spa&country=per&park=aprz&page=hum>.

origen, al 39%* de los que tienen al shipibo-conibo como lengua materna y al 16%* que tienen otra lengua nativa como lengua materna. Tal y como se mencionó en la sección de la primera infancia, Ucayali presenta el mayor porcentaje de niños y niñas entre 1 mes de nacidos y 5 años de edad que no cuentan con partida de nacimiento con el 27% y Atalaya es la provincia con uno de los más altos porcentajes de niños y niñas de ese grupo etáreo que no cuentan con ese documento con el 50%.

Atalaya tiene la menor tasa de asistencia a educación inicial de niños y niñas entre 3 y 5 años con 30%*, los más bajos porcentajes de culminación en la edad esperada de la educación primaria (52%) y secundaria (28%*) entre los niños, niñas y adolescentes que tienen al castellano como lengua materna, la mayor tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años con 38% y la mayor tasa de mujeres entre 15 y 20 años que ha experimentado la maternidad con 46%. Cabe desatacar que la provincia de Atalaya es la que tiene la más alta tasa de mujeres que han sido madres de todas las provincias del país.

Purús es un caso que resalta, porque a pesar de presentar el mayor porcentaje de niños y niñas menores de 18 años que hablan una lengua nativa distinta al castellano en todo el departamento (77%), se dan marcadas diferencias al interior de la provincia que favorecen una vez más a los que tienen al castellano como lengua materna. La probabilidad de que los niños y niñas entre 12 y 13 años que hablan lenguas nativas concluyan a tiempo la educación primaria es claramente menor en comparación con aquellos que tienen el castellano como lengua materna, 17%* frente a 69%*.

UCAYALI

Provincia	NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (0 A 17 AÑOS)					PRIMERA INFANCIA	NIÑEZ				ADOLESCENCIA				
	Lengua o idioma que aprendió a hablar en la niñez (%) ^{1/}			Niños y adolescentes de la provincia que residen en áreas rurales (%) ^{2/}	Número de Defensorías del Niño y el Adolescente ^{3/}		Niños de 3 a 5 años que asisten a educación inicial (%)		Primaria completa en niños de 12 y 13 años (%) ^{4/}		Tasa de desnutrición crónica en estudiantes de 6 a 9 años (%)	Secundaria completa en adolescentes de 17 y 18 años (%) ^{4/}			Mujeres entre 15 y 20 años que han experimentado la maternidad (%) ^{5/}
	Castellano	Asháninka	Shipibo-Conibo				Otra lengua nativa	Castellano	Asháninka	Shipibo-Conibo		Otra lengua nativa	Castellano	Asháninka	
CORONEL PORTILLO	90.4	(.)**	8.9*	(.)**	22*	67	69	40*	18	45	(.)**	(.)**	22		
ATALAYA	53.5	29.4*	(.)**	12.9*	68	30*	52	17*	38	28*	(.)**	(.)**	46		
PADRE ABAD	91.0	(.)**	(.)**	(.)**	66	33*	61	46*	26	29*			33		
PURUS	22.0*	(.)**	(.)**	76.9	75	55*	69*		34	(.)**		(.)**	42		
Departamento	85.5	3.7*	7.8*	2.5	33	59	67	39*	21	42	(.)**	(.)**	25		

Las referencias del cuadro se encuentran en la página 156.

Referencias a los cuadros provinciales

^{1/} Esta tabla hace referencia a las principales lenguas o idiomas reportados en la ENCO 2006 del INEI. La pregunta sobre lengua materna incluye las siguientes: quechua, aymara, castellano, asháninka, aguaruna, shipibo-conibo, otra lengua nativa, inglés, portugués, otra lengua extranjera y la opción «es sordomundo».

^{2/} Un hogar rural es aquél que se encuentra ubicado en Áreas de Empadronamiento Rural, áreas conformadas por uno o más centros poblados que en conjunto suman alrededor de 100 viviendas particulares (Definición de la Ficha Técnica, ENCO 2006 del INEI). Cabe resaltar que esta definición es más restringida que la utilizada por la ENAHO 2006 del INEI. La ENAHO define como rural a los hogares que residen en centros poblados de menos de 400 viviendas, incorporando además de las áreas de empadronamiento rural el estrato de centros poblados de más de 100 y menos de 400 viviendas contiguas.

^{3/} Número de defensorías por provincia a agosto de 2007: <http://www.mimdes.gob.pe/dgna/dna/directorio/>*

^{4/} Los indicadores de culminación de la primaria (secundaria) de los niños (adolescentes) de edades mayores a la cohorte de interés son indicadores de la probabilidad de culminación a tiempo de los niños (adolescentes) de esa cohorte.

^{5/} Este indicador identifica la probabilidad de experimentar la maternidad (haber estado embarazada y haber dado a luz a por lo menos un hijo) durante la adolescencia.

(.) Dato omitido.

(<2.0) Porcentaje menor a 2%.

* Error estándar relativo (EER) entre 10% y menor a 30%. Los porcentajes asociados a estas celdas deben ser tomados con cautela pues el número de casos impide comparar entre grupos con porcentajes muy cercanos. Es decir, dos porcentajes diferentes pero muy cercanos entre sí son estadísticamente iguales.

** Error estándar relativo (EER) igual o mayor a 30%. Los porcentajes asociados a estas celdas presentan niveles de confiabilidad no aceptables.

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Continua 2006 del INEI, Censo de Talla en Escolares de 6 a 9 años 2005 del Ministerio de Educación, e información sobre las defensorías del niño y adolescente en <http://www.mimdes.gob.pe/dgna/dna/directorio/>

ANEXOS

ANEXO 1: METODOLOGÍA DE CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO

1.1 El cálculo del Índice de Desarrollo de Niño

La metodología de cálculo del Índice de Desarrollo de Niño (IDN) se basa en el Índice de Pobreza Humana de Anand y Sen (1997), propuesta elaborada en el marco del Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas.

El Índice de Desarrollo del Niño (IDN) para cada uno de los grupos etéreos se calcula de la siguiente forma:

$$IDN_j = 1 - [1/3 * (P_{1j}^3 + P_{2j}^3 + P_{3j}^3)]^{1/3}$$

donde:

j representa el departamento;

P_{1j} representa el indicador departamental de carencias de la dimensión salud de los niños del grupo etéreo correspondiente que residen en el departamento j ;

P_{2j} representa el indicador departamental de carencias de la dimensión educación de los niños del grupo etéreo correspondiente que residen en el departamento j ; y

P_{3j} representa el indicador departamental de carencias de la dimensión de entorno y protección de derechos de los niños del grupo etéreo correspondiente que residen en el departamento j .

Asimismo, los indicadores de carencias se calculan de la siguiente manera:

P_i = Promedio simple de los indicadores de la dimensión i .

Un ejemplo: el cálculo del Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia para el departamento de Huancavelica.

El cálculo del IDN consta de tres etapas:

1. La primera etapa consiste en el cálculo de los indicadores a ser utilizados en cada dimensión. Estos indicadores son calculados a nivel departamental, en este caso para el departamento de Huancavelica.

INDICADORES UTILIZADOS PARA LA DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN	
Tasa departamental de desnutrición crónica (MONIN 2004).	48.5%
Proporción de partos no atendidos por profesionales de la salud (médico, obstetrix o enfermera) (ENDES 2004-2006).	59.0%
INDICADORES UTILIZADOS PARA LA DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN	
Proporción de niños entre 3 y 5 años de edad con algún atraso en asistencia a educación inicial. Debido a que la educación inicial debe empezar a los 3 años, para aproximar el nivel de avance educativo de los más pequeños se definió como atraso la inasistencia a la escuela de niños de 3 años, y la inasistencia de este año o del año anterior en niños de 4 y 5 años (ENAHO 2006).	72.4%
Proporción de niños de 0 a 5 años cuya madre no alcanzó a culminar la educación primaria (ENAHO 2006).	69.9%
INDICADORES UTILIZADOS PARA LA DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS	
Proporción de niños de 0 a 5 años que viven en hogares que carecen de fuentes mejoradas de agua y saneamiento. Fuentes mejoradas de agua: abastecimiento de agua que procede de red pública o pilón de uso público (fuentes no mejoradas: camión cisterna, pozo, río/acequia/manantial). Fuentes mejoradas de saneamiento: servicio higiénico conectado a red pública o pozo séptico (fuentes no mejoradas: pozo ciego o negro/letrina, río/acequia/canal, no tiene) (ENCO 2006).	88.7%
Proporción de niños de 0 a 5 años que viven en hogares con alta dependencia económica. Se identifica como hogar con alta dependencia económica a aquel cuyo jefe no tiene primaria completa y hay 3 o más dependientes por perceptor de ingresos mayor de 14 años en el hogar. Este es un signo de perceptor de vulnerabilidad económica (ENAHO 2006).	38.8%
Proporción de niños de 1 mes de nacidos a 5 años de edad que no cuentan con partida de nacimiento. Este indicador captura el incumplimiento en el derecho al nombre y los problemas asociados de acceso a servicios sociales, entre otros (ENCO 2006).	3.4%

La definición de edad del niño y adolescente para la medición del atraso escolar. Para definir la variable de atraso escolar y de asistencia continuada a la educación inicial es crucial identificar el año que el niño o adolescente debería haber aprobado dada su edad. Para ello es necesario conocer la fecha de nacimiento del niño (razón por la cual se utilizó la ENAHO y no la ENCO para los indicadores de la dimensión de aprendizaje y educación). Si, por ejemplo, en noviembre del 2006 se entrevistó a un hogar con una niña que tenía 7 años de edad, que había nacido en septiembre de 1999 y que asistía al primer año de primaria, se considera que la niña no tiene atraso escolar alguno. Sin embargo, si esta niña hubiera nacido en marzo de 1999, se consideraría que tiene cierto grado de atraso pues debería estar cursando el segundo año de primaria.

Como regla general se estableció como punto de corte el mes de julio. Es decir, consideramos que un niño que nació entre agosto de 1999 y julio del 2000 debería estar asistiendo al primer año de primaria durante el año 2006. Si el niño nació entre agosto de 2000 y julio del 2001, se considera que el año 2007 debería cursar el primer año de primaria.

2. La segunda etapa consiste en calcular los índices de carencias de cada dimensión (P_i).

Dimensión de salud y nutrición ($P_{1 \text{ Huancavelica}}$) Promedio simple de los dos indicadores	0.5375
Dimensión de aprendizaje y educación ($P_{2 \text{ Huancavelica}}$) Promedio simple de los dos indicadores	0.7115
Dimensión de entorno y protección de derechos ($P_{3 \text{ Huancavelica}}$) Promedio simple de los tres indicadores	0.4363

3. Finalmente, se procede a calcular el índice de desarrollo del niño en la primera infancia de Huancavelica.

Índice de desarrollo del niño de 5 años o menos ($IDN_{\text{Primera infancia, Huancavelica}}$):

$$1 - (0.5375^3 + 0.7115^3 + 0.4363^3)^{1/3} = 1 - 0.584 = 0.416$$

Cabe señalar que el ranking departamental para cada grupo de edad permite distinguir entre grupos extremos, pero no entre grupos intermedios (la separación en 5 grupos se hizo para facilitar la lectura de los resultados). Esto se debe a que no se cuenta con los intervalos de confianza de cada índice, lo que habría servido para establecer rangos de comparabilidad entre departamentos y con ello identificar grupos realmente distintos. Con el fin de tener un criterio homogéneo de selección de los grupos extremos se optó por identificar a los departamentos cuyo índice se diferenciara en no menos de 0.20 puntos.

1.2 Bases de datos

La información estadística analizada en este documento proviene de las siguientes encuestas y censos:

1. La Encuesta Nacional Continua - ENCO 2006, implementada por el INEI. Esta encuesta recogió información de 363,608 hogares en temas asociados a características de la vivienda en la que residen, salud, educación, empleo, migración, entre otras variables. Tiene representatividad provincial.
Cabe anotar que la Encuesta Nacional Continua define como rural al área de empadronamiento rural simple o compuesta. En este sentido, deja fuera a un estrato que la ENAHO 2006 considera rural: centros poblados de más de 100 y menos de 400 viviendas contiguas.
Los errores estándar de los indicadores basados en la ENCO fueron calculados ajustando el diseño muestral de la encuesta.

2. El Informe Final del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales - MONIN 2004. Este estudio realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, del Instituto Nacional de Salud, provee información agregada a nivel departamental sobre:
 - a. Desnutrición crónica y aguda, anemia, duración de la lactancia materna, e introducción de diferentes tipos de alimento y bebida en el primer año de vida. La muestra de niños menores de 5 años es de aproximadamente 13,000 niños (5,584 de áreas urbanas y 7,384 de áreas rurales).
 - b. Peso, talla y anemia en adolescentes. La muestra bajo estudio es de 14,424 a nivel nacional, con casi 7,400 mujeres y poco más de 7000 varones. Separando la muestra por edades, se dispone de 8,863 adolescentes entre 10 y 14 años y 5,384 entre 15 y 19 años. Alrededor de 6,350 residen en áreas urbanas y alrededor de 8,000 en áreas rurales.
El informe de MONIN proporciona los intervalos de confianza de los indicadores analizados.
3. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2004-2006, implementada por el INEI. Esta encuesta tiene como población objetivo a las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) y los niños menores de 5 años y se implementa a lo largo de 5 años. El año 2008 se podrá disponer de la muestra completa que tiene representatividad departamental. La muestra disponible al momento de realizar este estudio (2004-2006) provee información sobre peso, talla y anemia de 1,891 niños menores de 5 años, por lo que su representatividad es sólo nacional y urbano/rural (esta información fue recogida el año 2005 únicamente). Información sobre conocimiento de enfermedades de transmisión sexual, violencia doméstica, vacunación de niños menores de 3 años, y otros aspectos de salud y sexualidad de mujeres en edad fértil permiten mayor desagregación debido a que fueron recogidas en el 2004, 2005 y 2006 (durante estos 3 años se entrevistó a 20,440 hogares, siendo 11,091 urbanos y 9,349 rurales).
4. Los resultados del Censo Nacional de Talla en Escolares entre 6 y 9 años de edad (2005), implementado por el Ministerio de Educación. El estudio involucró a 1'991,130 niños y niñas a nivel nacional.
5. La IV Evaluación del Rendimiento Estudiantil - 2004, implementada por el Ministerio de Educación. Esta evaluación involucró a niños de segundo y sexto grado de primaria y a adolescentes de tercero y quinto año de secundaria y tiene representatividad nacional y por estratos. Por ello, este documento enfatiza la necesidad de tomar en cuenta en el análisis los intervalos de confianza de los datos departamentales.
6. Censo de damnificados del terremoto del 15 de agosto de 2007, implementado por el INEI.
7. La Encuesta Nacional de Hogares (Anual) - ENAHO 2006, implementada por el INEI. Esta encuesta provee información sobre condiciones de vida y pobreza con representatividad departamental. Algunas observaciones sobre la metodología de cálculo

de indicadores socioeconómicos, educativos, de salud y de trabajo basados en la ENAHO 2006:

- a. Se consideran sólo datos de los miembros del hogar. Esto se debe a la escasa información sobre la condición económica de otros residentes habituales como las(los) trabajadoras(es) del hogar y pensionistas (individuos que alquilan un cuarto). Imputar la condición socioeconómica del hogar del jefe de hogar y cónyuge a los trabajadores del hogar o a los individuos que alquilan un cuarto en el hogar (pensionistas) hubiera introducido distorsiones en el análisis.
- b. La escasa información sobre trabajadoras(es) del hogar menores de edad impidió hacer un análisis separado de su situación en base a la información de la ENAHO 2006 (se tienen sólo 84 observaciones⁶⁹).
- c. Para analizar adecuadamente la asistencia y el atraso escolar, se definió la edad del niño o adolescente de la siguiente manera: una persona tiene X años en el mes t si ha cumplido X años entre el primero de julio del periodo t-1 y el 30 de junio del período t (para hacer consistente el análisis se trabajó con esta definición de edad para los demás indicadores basados en la ENAHO 2006).
- d. Esta edad fue comparada con la edad normativa para cada año o grado de la primaria, secundaria o educación inicial. Así, un niño que cumplía 8 años el 22 de agosto de 2006 tiene, para efectos del estudio, 7 años y debería estar cursando el segundo año de primaria, independientemente de si fue encuestado el 15 de abril, cuando tenía 7 años, o el 22 de noviembre cuando tenía ya 8 años.
- e. Las edades normativas para cada año de educación son las siguientes: entre 3 y 5 años para la educación inicial, entre 6 años y 11 años para los seis años de educación primaria y entre 12 y 16 años para los cinco años de secundaria. Por ejemplo, a los 16 años el adolescente debería estar cursando el quinto año de secundaria y a los 17 años debería haber concluido la secundaria.
- f. Cabe resaltar también que los indicadores de asistencia a la escuela (capítulos de educación y trabajo) fueron calculados utilizando reportes hechos entre abril y diciembre.
- g. En el caso de indicadores de atraso escolar o culminación de la primaria o secundaria se utilizó todos los reportes disponibles (desde enero hasta marzo del 2006), debido a que el reporte de interés refiere al número de años aprobados hasta el 31 de diciembre del 2005.
- h. Los errores estándar fueron calculados ajustando por el diseño muestral de la encuesta.

⁶⁹ Para tener una idea de la poca representatividad que esto implica a cualquier nivel de agregación, tómese en cuenta que el análisis presentado en este documento se basa en más de 30,000 reportes de niños, niñas y adolescentes que viven en hogares de los cuales son miembros. Este conjunto de reportes permite hacer el análisis que hemos presentado, diferenciando entre áreas de residencia, departamentos, lengua materna, grupos socioeconómicos, entre otros.

ANEXO 2: DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE DESARROLLO DEL NIÑO

Indicador	Fuente	Definición y especificaciones
1. DIMENSIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN		
Tasa de desnutrición crónica de niños de 0 a 5 años de edad.	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004 del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.	Cantidad de niños de 0 a 5 años con desnutrición crónica sobre el total de niños con dicho rango de edad.
Proporción de partos atendidos por profesionales de salud (médico, obstetrix o enfermera).	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004-2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Número de partos atendidos por médico, obstetrix o enfermera sobre el total de partos atendidos (además de los mencionados, también por promotor/sanitario, partera/comadrona u otra persona).
Tasa de desnutrición crónica de niños de 6 a 9 años de edad.	Censo Nacional de Talla en Escolares 2005 del Ministerio de Educación.	Número de estudiantes de primaria de 6 a 9 años con una talla menor a la del promedio internacional, correspondiente a su edad y género, en dos desviaciones estándar (entre 10 y 14 centímetros, para las edades consideradas) sobre el total de estudiantes de primaria con dicho rango de edad.
Tasa de anemia en adolescentes de 10 a 19 años de edad.	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004 del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.	Cantidad de adolescentes de 10 a 19 años con anemia sobre el total de adolescentes con dicho rango de edad.
2. DIMENSIÓN DE APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN		
Proporción de niños entre 3 y 5 años de edad con algún atraso en asistencia a educación inicial.	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática	Cantidad de niños de 3 años que no han asistido a educación inicial y de niños de 4 y 5 años que tampoco han asistido el año de medición o el anterior a dicho nivel educativo sobre el total de niños en el rango de edad de 3 a 5 años.
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad cuya madre no alcanzó a culminar la educación primaria ⁷⁰ .	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de niños de 0 a 5 años cuyas madres no terminaron el nivel de educación primaria sobre el total de niños con dicho rango de edad.
Proporción de niños de 6 a 11 años de edad con algún atraso escolar respecto al nivel esperado para su edad.	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de niños que tienen entre 6 y 11 años y que se encuentran en un grado de estudios inferior al que le corresponde según su edad sobre el total de niños en ese mismo rango de edad.
Proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad con algún atraso escolar respecto al nivel esperado para su edad.	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de adolescentes que tienen entre 12 y 17 años y que se encuentran en un grado de estudios inferior al que les corresponde según su edad sobre el total de adolescentes en ese mismo rango de edad.

⁷⁰ Este indicador pretende capturar posibles problemas de estimulación del desarrollo cognitivo, relacionados con la estimulación temprana para los niños menores de 3 años y acompañamiento en el aprendizaje de los niños de 3, 4 y 5 años de edad.

3. DIMENSIÓN DE ENTORNO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS		
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad que viven en hogares que carecen de fuentes mejoradas de ⁷¹ : a) agua b) saneamiento	Encuesta Nacional Continua 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	a) Cantidad de niños de 0 a 5 años que no tiene acceso a agua de red pública o pilón de uso público sobre el total de niños de ese rango de edad. b) Cantidad de niños de 0 a 5 años que no tiene acceso a servicio higiénico conectado a red pública o pozo séptico sobre el total de niños de ese rango de edad.
Proporción de niños de 6 a 11 años de edad que viven en hogares que carecen de fuentes mejoradas de: a) agua b) saneamiento	Encuesta Nacional Continua 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	a) Cantidad de niños de 6 a 11 años que no tiene acceso a agua de red pública o pilón de uso público sobre el total de niños de ese rango de edad. b) Cantidad de niños de 6 a 11 años que no tiene acceso a servicio higiénico conectado a red pública o pozo séptico sobre el total de niños de ese rango de edad.
Proporción de niños de 0 a 5 años de edad que viven en hogares con alta dependencia económica ⁷² .	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de niños de 0 a 5 años en cuyo hogar el jefe de familia no tiene primaria completa y hay 3 o más dependientes por perceptor de ingresos mayor de 14 años sobre el total de niños de ese mismo rango de edad.
Proporción de niños de 6 a 11 años de edad que viven en hogares con alta dependencia económica.	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de niños de 6 a 11 años en cuyo hogar el jefe de familia no tiene primaria completa y hay 3 o más dependientes por perceptor de ingresos mayor de 14 años sobre el total de niños de ese mismo rango de edad.
Proporción de adolescentes de 12 a 17 años de edad que viven en hogares con alta dependencia económica.	Encuesta Nacional de Hogares 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de adolescentes de 12 a 17 años en cuyo hogar el jefe de familia no tiene primaria completa y hay 3 o más dependientes por perceptor de ingresos mayor de 14 años sobre el total de niños de ese mismo rango de edad.
Proporción de niños de 1 mes de nacidos a 5 años de edad que no cuentan con partida de nacimiento ⁷³ .	Encuesta Nacional Continua 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de niños de 1 mes de nacidos a 5 años que no tienen partida de nacimiento sobre el total de niños de ese rango de edad.
Proporción de mujeres entre 15 y 20 años de edad que han experimentado la maternidad ⁷⁴ .	Encuesta Nacional Continua 2006 del Instituto Nacional de Estadística e Informática.	Cantidad de mujeres de 15 a 20 años que han dado a luz a un hijo nacido vivo (o más).

⁷¹ Siguiendo lo planteado por OMS y UNICEF para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se incluye como fuentes mejoradas de agua, el abastecimiento de agua de red pública o pilón de uso público y como fuentes mejoradas de saneamiento, al servicio higiénico conectado a red pública o pozo séptico. Las fuentes no mejoradas de agua incluyen, camión cisterna, pozo, río/acequia/manantial y las fuentes no mejoradas de saneamiento, pozo ciego o negro/letrina, río/acequia/canal y no tiene.

⁷² Se identifica como hogar con alta dependencia económica a aquel cuyo jefe de familia no tiene primaria completa y hay 3 o más dependientes por perceptor de ingresos mayor de 14 años. Este es un signo de vulnerabilidad económica y en edades posteriores de riesgo de escolaridad por la necesidad de contar con más perceptores de ingresos.

⁷³ Este indicador captura el cumplimiento en el derecho al nombre y los problemas asociados de acceso a servicios sociales, entre otros.

⁷⁴ Mide la probabilidad de que las adolescentes mujeres experimenten la maternidad durante la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar, Lorena y Valdivia, Néstor
(2005) Análisis de la deserción escolar en el Perú: evidencias a partir de encuestas y de técnicas cualitativas. GRADE. Lima, Perú.
- Alcázar, Lorena; Lopez Cáliz, José Roberto y Wachtenheim, Eric
(2003) Las pérdidas en el camino. Fugas en el gasto público: transferencias municipales, vaso de leche y sector educación. Instituto Apoyo. Lima, Perú.
- Anderson, Tanya y Aviles, Ann
(2006) Diverse Faces of Domestic Violence. The ABNF Journal, Fall 2006.
- Arroyo, J.; Reátegui, N. y Gomero J.
(2004) Evaluación Final del Programa Nacional Wawa Wasi en su Primera Etapa. MIMDES: Programa Nacional Wawa Wasi. Lima, Perú.
- Balarín, M., Benavides, M., Rodrich, H. y Ríos V.
(2007) Prácticas docentes en escuelas secundarias rurales. Mimeo. Lima, Perú.
- Banco Mundial
(2006) Repositioning nutrition as central to Development. A strategy for large scale action. The World Bank.
- Bardales, O.
(2006) Estado de las Investigaciones sobre Violencia Familiar y Sexual en el Perú 2001-2005. MIMDES: Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual.
- Benavides, M.
(2007) Lejos (aún) de la equidad: la persistencia de las desigualdades educativas en el Perú. En: Investigación, Políticas y Desarrollo en el Perú. GRADE. Lima, Perú.
(2006) Para acercarse a los que se alejan. Exclusión, Jóvenes y Políticas Públicas. Informe Final Para RES-BID.
- Berger, K. S.
(2004) Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Blacksmith Institute
(2007) The World's Most Polluted Places: The Top Ten and the Dirty Thirty. New York.
- Bourguignon, F. y Chakravarty, S.
(2003) «The measurement of multidimensional poverty». Journal of Economic Inequality 1: 25-49.
- Bowlby, J.
(1969) Attachment and Loss (Vol. 1). Nueva York: Basic Books.
- Brazelton, T. y Cramer, B.
(1993) La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós.
- Campbell, J.C.
(2002) Health consequences of intimate partner violence. Lancet, 359, 1331-1336.
- CEPAL y UNICEF
(2007) Desafíos N° 4: Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos.
(2006) Desafíos N° 2: Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe.

- Chacaltana, Juan
(2006) Empleos para los jóvenes. Cedep, Cepal y GTZ. Lima, Perú.
- CONAJU
(2006) Índice de Desarrollo Juvenil. Conaju. Lima, Perú.
- Consejo Nacional de Educación
Hacia un proyecto educativo nacional 2006-2021. Lima: Consejo Nacional de Educación. Disponible en <http://www.cne.gob.pe/inicio/index.htm> > .
- Cueto, S.; Ramírez, C.; León, J. y Azañedo, S.
(2006) Oportunidades de aprendizaje y rendimiento en comunicación integral de estudiantes en tercer y cuarto grado de primaria en Lima y Ayacucho. En Benavides, M. Los desafíos de la escolaridad en el Perú. Estudios sobre procesos pedagógicos, saberes previos y el rol de las familias. GRADE. Lima, Perú.
- Diálogo por la niñez
(2005) Niñez y Adolescencia en el Perú: Quién hace qué y dónde. Lima, Perú.
- Martin J. Dorahy; Christopher Alan Lewis & Finwell A.M. Wolfe
(2007) Psychological Distress Associated with Domestic Violence in Northern Ireland. *Current Psychology: Developmental – Learning – Personality – Social* Winter 2007, Vol. 25, N° 4, pp. 295-305.
- Engle, P. L.; Black, M. M.; Behrman, J. R.; Cabral de Mello, M.; Gertler, P. J.; Kapiriri, L.; Martorell, R.; Young, M. E. y the International Child Development Steering Group
(2007) Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, 369, 229-42.
- Estado Peruano
(2002) Acuerdo Nacional. Documento: <http://www.acuerdonacional.gob.pe/> Acceso: 8 de junio 2007.
- Estado Peruano. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
(2002) Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia. <http://www.mimdes.gob.pe/dgna/pnaia/> Acceso: 8 de junio 2007.
(S/F) Planes Regionales de Acción por la Infancia y la Adolescencia. <http://www.mimdes.gob.pe/dgna/pnaia/> Acceso: 8 de junio 2007.
- Garbarino, James y Ganzel, Barbara
(2000) The Human Ecology of Early Risk. En: *Handbook of Early Childhood Intervention*. Editado por Shonkoff y Meisels Cambridge University Press.
- Geary, D. y Bjorklund, D.
(2000) Evolutionary Developmental Psychology. *Child Development*, January/February 2000, Vol. 71, Number 1, pages 57-65.
- Goodwin, J.
(1985) Family violence: Principles of intervention and prevention. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1074-1079.
- Grade
(2004) Diseño e implementación de una línea base para educación secundaria y formación profesional técnica del programa de mejoramiento de la calidad de la educación secundaria. Informe final. Mimeo. GRADE. Lima, Perú.
- Grantham-McGregor, S.; Bun Cheung, Y.; Cueto, S.; Glewwe, P.; Richter, L.; Strupp, B. y the International Child Development Steering Group
(2007) Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369, 60-70.
- Grieve, P.
(2002) Crisis de adolescencia: normalidad y patología: El aporte del psicoanálisis. *Revista Transiciones* N°4, p. 98-110.
- Grosman, C. y Mesterman, S.
(1998) Maltrato al menor. El lado oculto de la escena familiar. Buenos Aires, Editorial Universo.

Instituto Cuánto

(2004) «Evaluación de Impacto del Programa Nacional Wawa Wasi 2003» Concurso Público N0012-2003-OPD/INS. Ministerio de Salud: Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática

(2007) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2004-2006. Lima, Perú.
 (2001) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú.
 (1997) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Salud (INS)

(2004) Informe Final de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Lima, Perú.

Jones, N.; Vargas, R. y Villar, E.

(2007) El Programa Juntos y el bienestar de la infancia en: Relaciones con Condiciones: El Estado peruano frente a su infancia. Niños del Milenio. Lima, Perú.

Ministerio de Educación

(2005^a) Indicadores de la Educación Perú 2004. Ministerio de Educación. Lima, Perú.
 (2005b) Resultados de la IV Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil. Lima, Perú.
 (2005c) Plan Nacional de Educación para Todos, 2005-2015. Ministerio de Educación. Lima, Perú.
 (2005d) Plan Nacional de Educación para Todos, 2005-2015. Perú: hacia una educación de calidad con equidad. Ministerio de Educación. Foro Nacional de Educación para Todos. Lima, Perú.

Miranda, L.

(2007) Factores asociados al rendimiento y sus implicancias pedagógicas. Ponencia presentada en el Seminario «Analizando programas, procesos y resultados educativos» organizado por el Proyecto IME-GRADE.

Nadel, J. y Muir, D.

(2005) Emotional Development. Oxford University Press, Great Britain.

Organización de Estados Iberoamericanos

(2006) Declaración de Montevideo. «La migración y sus efectos sobre los derechos de las niñas, niños y adolescentes». VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2005) Declaración de León. «Contra la pobreza y la exclusión social de la niñez y la adolescencia iberoamericanas» VII Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2004) Declaración de San José. «Por la protección integral de la niñez y la adolescencia ante la violencia, la trata, el tráfico y la explotación en cualquiera de sus manifestaciones». VI Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2003) Declaración de Santa Cruz. «Invertir en la niñez marginada, indígena y afrodescendiente: un compromiso para la inclusión social plena». V Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2002) Declaración de Bávaro. «Desafíos para mejorar la calidad de vida de niñas, niños y adolescentes Iberoamericanos». IV Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2001) Declaración de Lima. III Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos Responsables de la Niñez y la Adolescencia.
 (2000) Declaración de Panamá. X Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno. «Unidos por la niñez y la adolescencia, base de la justicia y la equidad en el nuevo milenio».
 (1994) Compromiso de Nariño. II Reunión americana sobre infancia y política social.
 (1993) Documento de Fortaleza. «La niñez en la agenda del desarrollo y la democracia». III Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y Gobierno.

Organización Internacional del Trabajo

(2004) Oficina regional para las Américas. Programa IPEC 2004. «IPEC en América Latina y El Caribe: Avances y prioridades futuras 1996 – 2004». Lima, Perú.

Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R.

(2005) Psicología del desarrollo. México, McGraw-Hill.
 (1994) Desarrollo Humano. Colombia, McGraw-Hill.

- Peña, M. y Bacallao, J.
(2005) «La Obesidad en la Pobreza: Un Problema Emergente en las Américas». Revista Futuros N° 10, 2005, Vol. III.
- PNUD
Informes sobre Desarrollo Humano, Informes anuales desde 1990 hasta 2006. http://hdr.undp.org/reports/view_reports.cfm?type=1
- Pollitt, E. (Ed.)
(2002) Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. Lima: Fondo Editorial de la PUCP. Lima, Perú.
- Preal-GRADE
(2006) La educación peruana aún tiene desafíos. Informe de Progreso Educativo Peruano. GRADE-PREAL.
- Rencher, A.
(2002) Methods of Multivariate Analysis. Wiley Series in Probability and Statistics. Second Edition.
- Rodríguez y Vargas
(2006) Escolaridad y Trabajo Infantil: patrones y determinantes de la asignación del tiempo de niños y adolescentes en Lima Metropolitana. En: <http://cies.org.pe/files/active/0/rodriguezvargas.pdf>
- Schore, A.
(2001) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22(1-2), 7-66.
- Thorne, C.
(2005) Contexto sociocultural, desarrollo del niño y lectura inicial en el Perú. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XXIII, 1, 2005. Lima, Perú.
- Torero, M. y Valdivia, M.
(2002) La heterogeneidad de las municipalidades y el proceso de descentralización en el Perú. Mimeo GRADE. Lima, Perú.
- UNICEF
(2007) The State of the World 's Children 2007. Women and Children, the double dividend of gender equality. New York.
(2005) El índice de derechos de la niñez mexicana. Informe técnico sobre la construcción y el cálculo del índice para las niñas y niños de 6 a 11 años IDN (6-11) http://www.unicef.org/mexico/spanish/politics_6914.htm
(2005) Bolivia. Equidad y derechos de la niñez. Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia.
(2004) Estado de la niñez en el Perú.
(2003) Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador.
(2002) Adolescencia, una etapa fundamental. Nueva York, EEUU.
- Vásquez, E.
(2006) «Programas sociales ¿de lucha contra la pobreza?: casos emblemáticos». CIES. Lima, Perú.
- Walker, L.E.
(1999) Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.
- Walker, S. P.; Wachs, T. D.; Gardner, J. M.; Lozoff, B.; Wasserman, G. A.; Pollitt, E.; Carter, J. A. and the International Child Development Steering Group.
(2007) Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 369, 145-157.
- Zambrano, G.
(2002) Las oportunidades de aprendizaje en lógico matemática. Un estudio para cuarto grado de primaria. Boletín UMC 22. Ministerio de Educación.

GLOSARIO

AN	Acuerdo Nacional
BCG	Vacuna de Tuberculosis
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CNE	Consejo Nacional de Educación
CODECC	Coordinadora Departamental de Defensorías Comunitarias del Cusco
DISA	Dirección Regional de Salud
DPT	Vacuna de Difteria, Pertussis o Tos Ferina y Tétano
EDAS	Enfermedades Diarréicas Agudas
EER	Error Estándar Relativo
EIB	Educación Intercultural Bilingüe
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENCO	Encuesta Nacional Continua
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENRECI	Escuela Nacional de Registro del Estado Civil e Identificación
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo
IDL	Instituto de Defensa Legal
IDN	Índice de Desarrollo del Niño
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
ISPPTA	Instituto Superior Pedagógico Público Túpac Amaru
MED	Ministerio de Educación
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MONIN	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia
PNWW	Programa Nacional de Wawa Wasi
PREAL	Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
UMC	Unidad de Medición de la Calidad Educativa
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de Inmuno-Deficiencia Humana / Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida

Estado de la Niñez en el Perú

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos de

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Correo electrónico: tareagrafica@terra.com.pe

Abril del 2008

Lima - Perú