

PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA DE CUSCO - PRANA - 2006 – 2012



PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA DE CUSCO PRANA 2006 – 2012

Entidad Promotora

- Presidencia del Gobierno Regional de Cusco

Comité Técnico

- Gobierno Regional de Cusco
- Dirección Regional de Salud de Cusco
- Dirección Regional de Educación de Cusco
- Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF) - MIMDES
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Cusco
- Asociación Civil Qosqo Maki
- Coordinadora por los Derechos del Niño – Cusco CODENI
- Plan-Programa Perú
- Visión Mundial
- UNICEF - Programa de Cooperación Perú
- Asociación Civil Futuras Generaciones

Secretaría Técnica

- Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial del Gobierno Regional de Cusco

Consultoría de Facilitación, Consolidación y Redacción

- Coordinación Intercentros de Investigación, Desarrollo y Educación (COINCIDE)

Asamblea de participantes del PRANA

- AATC
- Aldea Infantil Juan Pablo II
- Aldeas Infantiles SOS
- Allin Kausay
- Asociación Arariwa
- Asociación de Regidoras del Cusco
- Asociación Kallpa
- Asociación Niños del Arco Iris
- Asociación UMANOS
- CADEP José María Arguedas
- Caritas Cusco
- CEBE Nuestra Señora del Carmen
- CEDIF Wanchaq
- CEDNA
- Central de Mujeres de San Jerónimo, CEMUSAJE
- Centro de Emergencia Mujer, CEM Cusco
- Centro Guaman Poma de Ayala
- Centro Juvenil Marcavalle
- Centro Yanapanakusun
- CEPCR VIII
- CMP Flora Tristán
- CNM Micaela Bastidas
- COINCIDE
- Co-Joven
- Colegio de Enfermeros del Perú
- COLIBRI-Lucre
- Comisaría de Familia
- Comité Regional de Seguridad

- Coordinadora de Defensorías Comunitarias, CODECC
- Coordinadora de Mujeres de la Zona Nor Este, COMUZONE
- CRIEN
- Defensoría del Pueblo
- DEMUNA, Municipalidad Distrital del Wanchaq
- DEMUNA, Municipalidad Provincial del Cusco
- Dirección Regional de Agricultura
- Dirección Regional de Trabajo
- Dirección Regional de Turismo
- Facultad de Enfermería – UNSAAC
- Fiscalía de la Familia
- Hogar Buen Pastor
- Hogar de Menores Maria Salome Ferro
- Iglesia Camino de Vida, Cusco
- Instituto de Medicina Legal
- MINSA – Red Cusco, Red Sur y Red Norte
- Municipalidad Distrital de Poroy
- Municipalidad Distrital de San Jerónimo
- Municipalidad Distrital de San Sebastián
- Municipalidad Distrital de Santiago
- Municipalidad Provincial de Acomayo
- Municipalidad Provincial de Calca
- Municipalidad Provincial de Chumbivilcas
- Municipalidad Provincial de Cusco
- Municipalidad Provincial de Quispicanchi
- OPCX – DIRTEPOL
- Policía de Turismo, POLTUR Cusco
- Policía Nacional del Perú, PROSOE
- Policía Nacional del Perú, División de Familia
- Primer Juzgado de Familia
- Prisma
- PRODES
- Red Educativa Regional
- Red Teresa Colque Quispicanchi

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

- 1.1. Contexto nacional y regional
- 1.2. Antecedentes y perspectivas del planeamiento en pro de la niñez y la adolescencia
- 1.3. Marco normativo
- 1.4. Metodología

CAPÍTULO II ENFOQUES Y LINEAMIENTOS

- 1.1. Enfoques y principios rectores
 - 2.1.1. Desarrollo Humano
 - 2.1.2. Derechos
 - 2.1.3. Inclusión
 - 2.1.4. Género
 - 2.1.5. Interculturalidad
 - 2.1.6. Descentralización
- 1.2. Lineamientos generales

CAPÍTULO III DIAGNÓSTICO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO

- 1.1. Datos generales
 - 3.1.1. Población: Madres, niños, niñas y adolescentes en la región
 - 3.1.2. Esperanza de vida al nacer
- 1.2. Salud
 - 3.2.1. Madres
 - 3.2.1.1. Fecundidad
 - 3.2.1.2. Natalidad
 - 3.2.1.3. Mortalidad materna y control prenatal
 - 3.2.2. Niños y niñas
 - 3.2.2.1. Mortalidad
 - 3.2.2.2. Morbilidad
 - 3.2.2.3. Desnutrición y anemia
 - 3.2.3. Adolescencia
 - 3.2.3.1. Mortalidad
 - 3.2.3.2. Morbilidad
 - 3.2.3.3. Salud sexual
 - 3.2.3.4. Desnutrición y anemia
 - 3.2.4. Respuestas, servicios y programas ante la problemática de salud
 - 3.2.4.1. Desde el Estado
 - 3.2.4.2. Desde otras Instituciones
 - 3.2.5. Percepciones de niños, niñas y adolescentes sobre salud

3.3. Educación

- 3.3.1. Indicadores de educación por provincias
- 3.3.2. Madres
- 3.3.3. Niños y niñas
 - 3.3.3.1. Acceso, cobertura, conclusión y rendimiento
 - 3.3.3.2. Gasto por alumno
- 3.3.4. Adolescentes
 - 3.3.4.1. Acceso, cobertura, conclusión y rendimiento
 - 3.3.4.2. Gasto por alumno
- 3.3.5. Respuestas, servicios y programas ante la problemática de la educación
- 3.3.6. Percepciones de niños, niñas y adolescentes sobre educación

3.4. Protección de derechos

- 3.4.1. Madres
 - 3.4.1.1. Derecho a la identidad y a la documentación
 - 3.4.1.2. Violencia familiar
- 3.4.2. Niños y niñas
 - 3.4.2.1. Derecho al nombre
 - 3.4.2.2. Violencia familiar y sexual
 - 3.4.2.3. Explotación sexual
 - 3.4.2.4. Abandono
 - 3.4.2.5. Trabajo infantil
- 3.4.3. Adolescentes
 - 3.4.3.1. Explotación y abuso sexual
 - 3.4.3.2. Abandono
 - 3.4.3.3. Trabajo
- 3.4.4. Respuestas y servicios
- 3.4.5. Percepciones de niños, niñas y adolescentes sobre derechos

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV PROPUESTA REGIONAL POR LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

- 4.1. Estrategia de implementación del Plan de Acción
- 4.2. Visión
- 4.3. Objetivos y resultados esperados al 2012
- 4.4. Objetivos, programas, proyectos y actividades
- 4.5. Objetivos de gestión (primer año)

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO DE SIGLAS

ANEXOS

- 1. Indicadores de Desarrollo Humano por Provincias
- 2. Talleres participativos y organizaciones sociales

INTRODUCCIÓN

La problemática respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el país y el departamento, ha motivado durante las últimas décadas un interés público y social que se ha manifestado en propósitos y voluntades por enfrentarla. Al respecto se han desplegado múltiples estrategias e iniciativas¹.

El *Plan Regional de Acción por la Niñez y la Adolescencia*, por lo tanto, no pretende dar inicio a un conjunto de acciones a favor de niños, niñas y adolescentes en la región, sino que constituye, en primer lugar, un esfuerzo de síntesis de estas variadas experiencias, esperando contribuir a su mejora cualitativa a través de la articulación, la reflexión compartida y la construcción de políticas que eleven sus niveles de eficiencia y potencien su impacto. En ese sentido, el PRANA se ha ido formulando como un proceso de aprendizaje en la búsqueda de incorporar en el diagnóstico y en las propuestas el mayor número de iniciativas que hasta el momento están en marcha.

Sin embargo, el carácter múltiple y la magnitud de la problemática que enfrentan los niños, niñas y adolescentes de la región no pueden ser resueltos con acciones puntuales y dispersas. Se requiere la construcción de propuestas concertadas e integrales y de una entidad rectora que garantice su implementación, la intersectorialidad de las propuestas y su permanencia en el tiempo. Es por ello que, en el proceso de elaboración del PRANA, se evaluó también la pertinencia, los impactos y los cambios que es necesario producir en las acciones que actualmente están en curso.

Constatamos que la mayor parte de las estrategias y acciones emprendidas hasta el momento son resultado reactivo y parcial ante situaciones graves o problemas específicos. Además, ellas tienen una permanencia corta y adolecen de líneas de base confiables a las cuales referirse, por lo que es muy difícil su evaluación periódica. Es necesario por lo tanto contar con un plan regional e integral de acción, de modo que los esfuerzos que se realicen sean en lo posible convergentes, enfrenten las causas de los problemas que agobian a la niñez y la adolescencia, planteen previsiones de futuro y permitan el monitoreo y la evaluación de sus resultados.

El PRANA cuenta con la aprobación del Consejo Regional y del Consejo de Coordinación Regional. Es entonces una herramienta de gestión regional y aspira a ser una referencia importante de instancias decisivas en la formulación de políticas públicas, en la implementación de proyectos y en la búsqueda de financiamiento y deberá incorporarse en los planes institucionales de diferentes sectores. El PRANA es, asimismo, un documento orientador de la intervención de las organizaciones e instituciones de la sociedad civil y quiere ser un instrumento que permita la vigilancia y la generación de sensibilidad y compromiso ciudadanos en favor de los niños, niñas y adolescentes de la región.

En esta orientación, el presente documento es resultado de múltiples esfuerzos concertados entre instituciones sociales y públicas, las cuales, bajo la conducción de la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial del Gobierno Regional, participaron en las instancias legalmente constituidas con este propósito, como el Comité Técnico y la Asamblea del PRANA. Este documento es producto de su trabajo y también de varios talleres donde se recogieron las preocupaciones y aportes de un conjunto de instituciones públicas, organizaciones sociales y, particularmente, de quienes son los principales destinatarios y protagonistas de este plan: los niños, niñas y adolescentes de nuestra región.

Comité Técnico
PRANA
Cusco, octubre del 2006

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

1.1. CONTEXTO NACIONAL Y REGIONAL

Luego de 33 años de retracción de la economía nacional, el país supera ahora el quinto año consecutivo de crecimiento macroeconómico. Además, existe un marco político democrático, donde la participación ciudadana va generando nuevas relaciones entre Estado y sociedad, y se han dado pasos importantes en el proceso de descentralización.

Este escenario plantea nuevas y mejores posibilidades para el desarrollo regional. En primer lugar, se constatan esfuerzos por una mejora sustancial de la dinámica económico productiva departamental, siendo el crecimiento económico incluso mayor al promedio nacional², con algunos indicadores que lo hacen evidente, como el incremento de la presión tributaria que ha dado saltos significativos³, la mejora en el emprendimiento – de lo cual un signo clave es el incremento del micro crédito en la promoción de unidades productiva – y en la capacidad de inversión pública tanto del gobierno regional como de los gobiernos locales⁴ en los dos últimos años, los cuales, en promedio, han triplicado sus recursos de inversión gracias al canon hidroenergético, minero e hidrocarburífero. Tal como reconoce formalmente el Estado nacional, estamos en un horizonte en el cual “existen las bases para alcanzar un crecimiento continuo y socialmente inclusivo”⁵.

En segundo lugar, la más importante reforma del Estado nacional, la descentralización⁶, vinculada a la estrategia de participación ciudadana en la gestión pública, ha dinamizado la iniciativa local y regional. Así, problemas que antes sólo eran considerados de responsabilidad estatal o de gobierno, tienen hoy un carácter social. La descentralización significa dejar de esperar todas las soluciones de normas o acciones desde el gobierno nacional y que estas se definan ahora en el departamento⁷. Pero descentralización también significa que el centro de la solución de los problemas, antes entendido como principal o exclusiva responsabilidad del Estado, empieza a ser reconocido como fundamentalmente social y que los logros y responsabilidades son mucho más eficaces si existe una comunidad e instancias públicas trabajando de la mano con la acción comunitaria o ciudadana.

Otro aspecto del proceso descentralizador es que al reto de mejorar la dinámica económico productiva hoy se suma el desafío de impulsar el desarrollo humano, emprendiendo la mejora de capacidades, superando la pobreza en la región y generando empleo para que lo alcanzado sea socialmente sostenible. Este desafío necesita esfuerzos en planeamiento y gestión en pro de una mejora en salud y educación y de políticas y estrategias para la juventud y la infancia. Con esto se rompe criterios de hondo escepticismo difundido en ámbitos intelectuales, que consideran que los problemas sociales son prácticamente insolubles en democracia o que son de estricta responsabilidad del gobierno nacional⁸.

1.2. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS DEL PLANEAMIENTO EN PRO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

El sistema de planeamiento de acciones y de inversión del Estado nacional fue interrumpido en el primer semestre del año 1992, cuando el gobierno desactivó el Instituto Nacional de Planificación (INP)⁹, desapareciendo como actividad pública. Sin embargo, la necesidad de planeamiento se reavivó desde espacios locales, siendo precursores los planes por la niñez en la segunda mitad de los años 90.

Se impulsaron planes por la niñez en varias provincias del país, como Arequipa, Cajamarca y Trujillo, pero lamentablemente se conoce poco acerca de sus resultados. En el caso del Cusco, se diseñó un plan antes del año 2000¹⁰, que por diversas razones no se llegó a implementar. Sin embargo, en el marco de esa iniciativa, tomaron interés las municipalidades provinciales de Acomayo, Espinar y Canas que llegaron a contar con planes por la infancia que fueron instrumentos importantes de la gestión local hasta

el año 2004.

Posteriormente, estas y otras provincias emprendieron un giro en el proceso de planeamiento, buscando incorporar además de la preocupación por la infancia y el enfoque de desarrollo humano, perspectivas de un desarrollo integral, con un sesgo generalmente económico productivo. Se formularon planes estratégicos integrales de orden provincial en Canas, Paruro, Acomayo y Paucartambo¹¹. En el caso de Espinar, un antecedente importante es el de haber considerado como indicador de desarrollo la mejora del ser humano¹².

1.2.1. SENTIDO DEL PLANEAMIENTO Y NORMATIVIDAD NACIONAL

El objetivo central del planeamiento de acciones por la niñez y la adolescencia es lograr como prioridad la plena vigencia de los derechos de niños, niñas y adolescentes, lo que supone la necesidad de crear condiciones para el desarrollo humano sostenible en el país.

El año 2002 se presentó el *Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2010 (PRAIA)*¹³, que es el resultado de la concurrencia de búsquedas en pro de la niñez y la adolescencia, sustentadas en diversas experiencias y acciones que establecieron en la tenacidad un rasgo común y que en gran parte fueron asumidas como servicios y estrategias de las instancias públicas.

El PRAIA fue también resultado de compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano, que lo obligan a emprender estrategias para el logro de resultados concretos y a diseñar políticas de Estado, tanto nacionales como regionales. Esta extensión de los acuerdos internacionales hacia políticas de Estado marcha incluso superando la estrechez de los resguardos constitucionales al respecto.¹⁴

El PRAIA es precursor en relación a otros planes nacionales¹⁵ y constituye una de las pocas herramientas y compromisos de cumplimiento nacional, que señala una articulación entre resultados específicos y actores involucrados a su consecución, aunque no especifica el grado de responsabilidad de cada instancia indicada.

A pocos años de aprobado el PRAIA, en el interior del país se elaboraron varias herramientas de gestión regional a favor de la niñez y la adolescencia. En el último tiempo, el caso pionero ha sido el *Plan de Emergencia Infantil del Cusco 2004-2006*¹⁶ y los planes por la niñez de Cajamarca, Moquegua, Tacna, Puno y Ucayali, los cuales lograron su propósito fundamental al alertar sobre la problemática de la niñez, pero manifiestan límites al no explicitar las estrategias para su gestión y financiamiento.

Estos planes y el del Cusco están en el marco del plan nacional y se inscriben en la orientación del compromiso del Estado peruano con la declaración, los lineamientos y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹⁷

Junto a lo anterior, tenemos el más reciente *Marco Macroeconómico Multianual 2007-2009 (MMM)*¹⁸. En sus versiones anteriores, este documento se refería fundamentalmente a la dimensión macroeconómica, en la búsqueda de cerrar el déficit comercial, financiero y de balanza de pagos. Ahora, sin embargo, alude con mayor fuerza a la necesidad de “alcanzar la situación óptima en términos de bienestar”, evitando “una nueva pérdida de oportunidades para incrementar la calidad de vida de todos los peruanos”.

En ese sentido, el MMM señala como primer lineamiento el “asegurar las condiciones para el pleno desarrollo de capacidades humanas para todos los habitantes del país. En el corto plazo, es urgente evitar daños de capacidades en la infancia”. Para lograrlo se propone una estrategia de nivel provincial que cierre el déficit de servicios públicos fundamentales, estrategia a ejecutarse desde todos los niveles de gobierno y con preeminencia de lo que se debe lograr en los siguientes aspectos, muchos de los cuales inciden en los niños y niñas en particular:

1. Porcentaje mayor al 50% de vías de transporte en buen estado.
2. 100% de niños con vacunas completas.
3. Registro local regular de peso y talla de niños entre 0 y 7 años.
4. Niños de 2º grado de primaria que comprenden lo que leen en su lengua materna.

5. Control de la calidad del agua para consumo humano en las poblaciones de 500 a 2.000 habitantes.
6. Todos los niños con certificado de nacimiento.
7. Plan de Desarrollo Concertado Provincial que refleja adecuadamente la situación actual, los escenarios y las grandes líneas de acción del gobierno respectivo.
8. Oportunidades de negocio local que se ponen en marcha.

Asimismo, este MMM señala que “en todos los casos se requiere definir con más claridad el nivel del servicio, los estándares, metas, responsables, plazos y costos”, y también que debe haber metas para el 2010 y 2015. Por ejemplo, “en el caso de educación el punto de partida es muy bajo y los recursos requeridos son enormes, mientras que en otros sectores los plazos pueden ser muy cortos y los recursos requeridos mucho menores, como es el caso en salud, nutrición, derechos fundamentales –identidad, reparaciones–, seguridad, saneamiento, transportes, comunicaciones y energía”¹⁹.

1.2.2. PLANEAMIENTO REGIONAL, PRANA Y DIMENSIÓN DE RECTORÍA

El PRANA del Cusco es parte y resultado de un proceso regional mayor de previsión de la gestión pública que está aun en curso a nivel departamental. El primer producto de este proceso fue el *Plan de Desarrollo Regional Estratégico Concertado Cusco al 2012*. Posteriormente se fueron formulando el *Plan de Desarrollo Regional Concertado de Mediano Plazo Cusco al 2006 (2004)*, el *Plan de Emergencia Infantil 2004-2006 (2004)* y el *Plan Regional Concertado de Salud Cusco al 2021*. Estos planes, en todos los casos, fueron elaborados con la participación articulada y concertada del Gobierno Regional y las instituciones de la sociedad civil y consultados territorialmente. También se han formulado y han sido validados por la sociedad los planes de competitividad, exportación y vialidad.

Actualmente están en proceso de aprobación el *Proyecto Educativo Regional* y el *Plan Estratégico de Desarrollo Agrario Regional Cusco 2005-2012*, y se está elaborando el *Plan de Desarrollo Regional de Turismo*. Hasta el momento, la dimensión más valorada en ellos es la de incluir un cuadro sectorial de programas de acción y de proyectos de inversión o capitalización. En cada uno de ellos se debe cautelar los derechos de niños, niñas y adolescentes, por ejemplo, en cuanto a trabajo en el ámbito rural, los desafíos que resultan por el crecimiento de la actividad turística y la demanda de servicios que los pone en riesgo.

En estos planes, la dimensión menos desarrollada es la de rectoría, es decir, la formulación e implementación de lineamientos de política de cumplimiento obligatorio, transectorial y territorial en todo el departamento y exigibles a todas las instancias estatales y niveles de gobierno, de modo que cada sector sea corresponsable de su ejecución y vigilancia en lo que le corresponda.

El PRANA Cusco aspira a tener y desplegar esa función de rectoría, por lo que sustenta y articula los diagnósticos y propuestas contenidos fundamentalmente en el *Plan de Emergencia Infantil*, en el *Proyecto Educativo Regional* y en el *Plan Regional Concertado de Salud*, enfatizando aspectos específicos desde la perspectiva de la niñez y la adolescencia, incorporando algunos otros no considerados por ellos y reconociendo que en los procesos de planeamiento la previsión respecto a la protección de derechos de la niñez y la adolescencia es el aspecto más débil.

El PRANA busca también influir o ser incorporado en los otros planes, de modo que, por un lado, se superen enfoques de desarrollo economicistas y productivistas, poniendo por delante y como fin al ser humano y, por otro lado, que los procesos de planeamiento estén al servicio de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes, como de otros sectores vulnerables de la sociedad.

De igual modo, el desarrollo de las actividades económicas debe desplegarse cautelando los derechos de niños, niñas y adolescentes, estableciendo estrategias que los protejan, como en el caso del turismo, la actividad agropecuaria, minera e hidrocarburífera. Estas actividades y otros servicios subsecuentes o externalidades que genera el crecimiento económico o nuevas inversiones significativas en la región²⁰ deben orientarse previniendo todo tipo de explotación que involucre a niños, niñas y adolescentes y respetando los valores de las comunidades culturales de las cuales son parte²¹.

1.2.3. DIFICULTADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES

Un aspecto sobre el cual no se logra suficientes consensos es respecto a los resultados de los procesos de planeamiento. Se logra formular planes, pero el reto sustancial es su consecución, implementación, financiamiento, seguimiento y monitoreo de resultados. Se debe diferenciar entre la búsqueda de previsión estratégica y la posibilidad real de resultados tangibles por la concurrencia de actividades en curso, para lo cual es importante formular un plan de acción.

Este se sostiene principalmente en la concurrencia de las intervenciones existentes para mejorar la eficacia de los resultados y la eficiencia de los recursos tangibles e intangibles que operan. La experiencia de esta etapa demuestra que es factible lograr modificaciones de las políticas regionales y locales. Lo que tiene menor consistencia es la articulación de servicios y acciones en pro de la niñez y adolescencia, dificultad no sólo estatal sino social.

Sin duda y particularmente en el caso de los planes que están a favor de la niñez y la adolescencia, como de otras personas excluidas, existen dificultades para su implementación y para poder diseñar estrategias que permitan enfrentarlas. Las dificultades identificadas son:

- a) El legalismo, que supone que la sola aprobación de normas cambia la realidad.
- b) El considerar que la mera aprobación de un Plan supone la formulación y previsión presupuestal que necesita.
- c) La ausencia de estrategias financieras, que impide que los planes se incorporen a los presupuestos y a los planes operativos anuales de inversión.
- d) La inexistencia de mecanismos y sistemas de monitoreo de implementación y ejecución de los planes aprobados²².
- e) La sectorización del Estado y la autonomía casi absoluta de los ministerios, por lo cual las políticas sólo son de cumplimiento de cada sector y eludidas por los demás.
- f) El alto centralismo, que aún tiene en la capital del país y de los departamentos la mayor presencia de instituciones y servicios.
- g) La poca articulación de responsabilidades entre los niveles de gobierno que impide determinar prioridades y el nivel específico de acción.
- h) La acumulación de plataformas, acciones y servicios, que coexisten desde diferentes perspectivas sin ser racionalizados.
- i) La falta de diferenciación de metas que pueden ser alcanzadas por los gobiernos locales y de resultados que se debe exigir a la instancia regional de gobierno o al gobierno nacional.

Considerando lo anterior, el éxito del PRANA no sólo depende de su calidad, sino del impulso que se dé a la reforma del Estado y a la construcción de ciudadanía y de una sociedad civil organizada, emprendedora y vigilante.

1.1. MARCO NORMATIVO

La formulación del PRANA se encuentra en el campo de responsabilidades de previsión de futuro del Estado nacional, como es mandato constitucional: “la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado”, obligación que el Estado asume incluso desde el momento de la concepción²³.

Por lo demás, las referencias constitucionales a la infancia son genéricas. La Constitución asigna al Estado el rol de contribuir a cautelar el ejercicio de derechos de los ciudadanos para propiciar oportunidades y responsabilidades, sin embargo, y como se ha visto, el mismo Estado no se asigna constitucionalmente obligaciones de mejora de la calidad de vida de la ciudadanía.

En el Código Civil y en el Código del Niño y el Adolescente, por otra parte, hay referencias importantes para la promoción y protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, se cuenta con la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar²⁴ que incluye resguardo y procedimientos de atención a niños y niñas y parámetros para administrar justicia. En el campo de la promoción de derechos se cuenta con la Ley General de Salud y la Ley General de Educación, además de otros planes y normas administrativas y de orden resolutivo²⁵.

El PRANA tiene en el *Acuerdo Nacional* una referencia reciente y más cercana en once de las políticas marco²⁶ para los compromisos que debe llevar a cabo el Estado. Si bien este Acuerdo es fruto principalmente de voluntades políticas, es una base importante desde la cual se están extendiendo propuestas de políticas públicas, gracias a que ha logrado ser aceptado por los últimos gobiernos constitucionales y democráticos.

Otra referencia programática para el PRANA, ya que los niños, niñas y adolescentes fueron las mayores víctimas inocentes de los conflictos internos de nuestro país, son las recomendaciones registradas en el *Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*, el cual llama a superar las situaciones de exclusión y a poner en práctica acciones en un marco de diálogo intercultural en el país.

4.4 METODOLOGÍA

El Plan Regional de Acción por la Niñez y la Adolescencia se ha formulado sobre la base de un amplio proceso de consulta y consenso, el cual ha tenido las etapas que se detallan a continuación.

1.4.1. Construcción de institucionalidad para la formulación del PRANA

Se inicia con las comisiones de trabajo que se conformaron para la elaboración del *Plan de Emergencia Infantil 2004-2006* y también con el *Diálogo Regional por la Niñez* que llegó a compromisos entre marzo y julio del 2005.

En abril del 2005 se reúnen más de 30 organizaciones, instituciones no gubernamentales, universitarias y de cooperación internacional, así como oficinas públicas, convocadas todas por el Gobierno Regional que había planteado la necesidad de elaborar un plan regional integral por la niñez y la adolescencia. En esta reunión las instituciones presentaron los elementos de diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia que orientan su acción.

En ese momento se organiza un comité técnico para elaborar el PRANA, conformado por la Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza de Cusco, la Dirección Regional de Salud, la Dirección Regional de Educación, instituciones de la sociedad civil (Plan Programa Perú y CODENI) y UNICEF.

Posteriormente se decide contar con una institución consultora que dé orientaciones metodológicas para la formulación del PRANA, se incorporan nuevos miembros al Comité Técnico y se definen los representantes de algunos sectores, como educación. Por último, se constituye la Asamblea del PRANA con todas las organizaciones, instituciones e instancias públicas y sociales asentadas en el departamento que tienen actividades y responsabilidades respecto a la niñez y la adolescencia.

En este momento, el Comité Técnico está compuesto por:

- Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial
- Gerencia Regional de Desarrollo Social
- Dirección Regional de Educación
- Dirección Regional de Salud
- MIMDES - Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF)
- Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza del Cusco
- UNICEF
- CODENI
- Visión Mundial
- Futuras Generaciones
- PLAN Programa Perú
- Asociación Qosqo Maki

En febrero de este año se contrata a la institución COINCIDE como consultora responsable de la elaboración del PRANA en base a la metodología propuesta por el Comité Técnico.

1.4.2. Proceso de planificación concertada

El documento del PRANA fue desarrollado en base a un proceso de planificación concertada, desde la recopilación de información hasta la definición de programas y proyectos.

Diagnóstico

Consistió en la revisión de fuentes secundarias (visiones sobre niñez y adolescencia, legislación en la materia, experiencias, documentos, estudios y planes sobre el tema); selección de la temática (salud, educación, protección de derechos y participación) considerando a las mujeres en edad fértil, madres gestantes, niños, niñas y adolescentes por grupos étnicos; y, elaboración del diagnóstico.

Propuesta

Se desarrolló con la participación de la población, mediante talleres descentralizados, recogiendo los resultados esperados por los operadores de instituciones y representantes sociales, así como las percepciones de los niños.

Al mismo tiempo, se plantea un cambio en las metodologías tradicionales de planificación estratégica, ya que este plan se inicia con la identificación de resultados por grupos étnicos en el marco de condiciones específicas y tomando en cuenta las propuestas de los talleres.

A partir de lo anterior se identificaron los objetivos generales y específicos y se propuso una visión. Todo esto fue revisado por el Comité Técnico, en función de la consistencia necesaria entre diagnóstico y resultados a lograr al 2012. Igualmente, se incorporaron programas y proyectos de los planes sectoriales.

Posteriormente, fueron identificados los programas y proyectos, incorporando los que estaban contenidos en los planes sectoriales y en el Plan Estratégico de Desarrollo Regional Estratégico.

1.4.3. Lecciones de la formulación del PRANA

Este proceso finalmente se traduce en lecciones que servirán para procesos posteriores de planeamiento, entre las que resaltamos lo siguiente:

- La posibilidad de hacer previsiones en un contexto de expansión económica, distinto a tiempos de recesión que llevaban a intervenciones reactivas y de emergencia.
- La integración de enfoques para configurar un cuadro general de lo que se entiende por el desarrollo.
- El carácter multidimensional de la pobreza²⁷ que muestra que el crecimiento económico es insuficiente, que se necesita políticas y acciones de redistribución y promoción económica que demandan estrategias no sólo productivas, sino también, por ejemplo, provisión de servicios sociales.
- La necesidad de alcanzar soluciones teniendo como referente estrategias sustentadas en experiencias de servicios y plataformas exitosas.
- La constatación de que la información institucional existente está diseñada para servicios específicos, debiendo adecuarse al planeamiento transectorial.
- La necesaria articulación interinstitucional pública y social en relación a acciones en pro de la niñez.
- La importancia de consultas territoriales para el diagnóstico, las estrategias a emprender y la propuesta de prioridades.
- La consulta a niños, niñas y adolescentes de las zonas de ceja de selva, selva, sierra interandina y altoandina.
- La existencia de una voluntad política en el Gobierno Regional y la disposición de otras instancias públicas, privadas y sociales que han permitido el financiamiento de la elaboración del PRANA y han aportado con su experiencia y esfuerzo. Esto permite afirmar que es posible la articulación entre voluntad política, capacidad técnica, participación ciudadana, concertación interinstitucional, legalización, financiamiento, monitoreo y seguimiento.

CAPÍTULO II ENFOQUES Y LINEAMIENTOS

1.1. ENFOQUES Y PRINCIPIOS RECTORES

Un proceso de planeamiento como el del PRANA necesita enfoques y principios que permitan hacer las preguntas pertinentes a datos que son fríos, ordenar la información acumulada sectorialmente y abrir perspectivas y orientaciones para propuestas de acción eficaz a futuro. Los enfoques y principios reconocidos por los participantes de los talleres y por la Comisión Técnica son los siguientes:

1.1.1. Desarrollo Humano

El centro y fin de las acciones del Estado, la empresa, la vida social, la comunidad, el hogar, la familia y la propia vida de las personas individuales se verifica en la mejora de la calidad de vida de individuos y colectividades.

La calidad de vida de las personas no es resultado de la modificación de dos o tres factores sino de la articulación holística y sinérgica de muchos²⁸. Obviamente los factores básicos corresponden a la salud física, luego están los que involucran una existencia saludable de la personalidad, la identidad individual y comunitaria y la mejora sustantiva de la salubridad; posteriormente los que llevan a la mejora de los conocimientos, habilidades, capacidades, competencias y hábitos, resultantes de la educación y de diversas acciones formativas de las personas, como individuos y como seres sociales, de modo que el despliegue del ser humano no sea espasmódico sino sostenido.

El desarrollo humano es también resultado del respeto a la tierra y al ambiente, del reconocimiento del aporte y mutua necesidad de todos los componentes sociales, puntos de vista y sensibilidades, sea por naturaleza, identidad sexual o tiempo de vida y, finalmente, del respeto a la identidad, diferencias culturales, formas de vida, costumbres, cosmovisión, referencias étnicas y credos.

Todo lo anterior lleva a comprender que lo primordial es alcanzar un rumbo sostenido de existencia, lo más saludable posible y que debe extenderse de manera satisfactoria para cada persona, en su contexto comunitario y cultural. Para ello se necesita reconocer que la vida de todas las personas es decisiva desde su concepción.

Este punto de partida ha probado ser exitoso en experiencias locales, incluso en los contextos más duros de pobreza y restricción económica. Sin duda es un enfoque diferente al de capital humano que evoca a la persona como medio para fines del desarrollo, ya que el de desarrollo humano supone a la persona humana como el fin, el gran objetivo del desarrollo integral.

1.1.2. Derechos

La aspiración a una mejor calidad de vida, a acceder a lo necesario para una vida saludable y satisfactoria, así como a expandir todas las potencialidades de cada ser humano es parte de sus derechos sin restricción alguna.

Los derechos de la persona no son una concesión estatal, ni de ninguna otra instancia social o universal, sino que se sustentan en su propia naturaleza humana. Lo que los Estados reconocen es que estos derechos y la dignidad humana, previos a la existencia de los acuerdos sociales acerca de ellos, es una responsabilidad a la que deben contribuir.

El Estado —logro social y humano— es necesario, aunque es muy limitado para expresar las expectativas y los derechos de todas sus comunidades sociales y de cada una de las personas que las componen. Por ello cada persona tiene la responsabilidad y la obligación de resguardar los derechos de todos los demás, de realizar una labor de vigilancia social respecto al respeto y promoción de los derechos en su territorio y de protección a los derechos universales suscritos por la mayor parte de países componentes de la Organización de Naciones Unidas.²⁹

Estos principios tienen límites, paradójicamente, en lo que el Estado asume legalmente como responsabilidad, sin embargo, vienen afirmándose en el ámbito universal. Otro límite se expresa actualmente en que la comprensión de estos derechos no está del todo afianzada en la conciencia y en la acción cotidiana de las personas, tal como registra un reciente estudio³⁰, lo cual impulsa a una acción permanente de educación y de impulso de su ejercicio.

1.1.3. Inclusión

El despliegue de las sociedades y su progreso expresado en ciencia, tecnología, mercados y oportunidades genera procesos de incorporación de amplias colectividades, pero a la par da lugar a mecanismos de exclusión de diversos sectores en lo económico y lo social. Esto sucede en un tiempo de cambios raudos, por lo que se establece una brecha creciente entre los sectores sociales más dinámicos, con mejores recursos, ingresos y conocimientos, y amplias mayorías de menores recursos, que realizan actividades económicas menos dinámicas y con usos tradicionales, que son consideradas “innecesarias” para el mercado, la ciencia y la tecnología.

Entre los excluidos se encuentran sectores específicos, como los niños, niñas y adolescentes, en especial los que viven en espacios rurales, y también las mujeres, las personas con discapacidad o con habilidades diferentes y los indígenas. Su situación de riesgo y vulnerabilidad es compartida con los adultos mayores y con otras colectividades e individuos.

Esa situación plantea la necesidad urgente de valorar su incorporación, porque tienen el derecho y también por razones prácticas, pues es visible un horizonte en el cual los mayores poderes tienen límites y donde la producción en serie y de grandes volúmenes es sustituida por la producción particularizada y de calidad. La incorporación es una condición de la civilización. Tenemos que construir sociedades más humanas, en las que todos y todas seamos necesarios desde la diversidad social y cultural existente.

1.1.4. Género

Una forma de exclusión se expresa en la desigualdad de oportunidades y en la diferente valoración de las personas por razones de género e identidad sexual, situación establecida históricamente y que requiere políticas y prácticas específicas de inclusión social.

La equidad de género es una perspectiva que reconoce el derecho a la igualdad y también a la diferencia, tanto en el fundamento y en el marco jurídico pero quizá más aún en la acción cotidiana y práctica y en la gestión pública. La perspectiva de género tiende a cerrar las brechas de discriminación y de exclusión, a igualar las oportunidades, a construir una sociedad democrática y una cultura de respeto y valoración de la diferencia³¹. En este contexto, los Estados suscriben convenciones que obligan a tomar medidas para condenar todas las formas de discriminación contra la mujer.

La perspectiva de género y la equidad de género son también condición del desarrollo humano, en tanto que la humanidad, el país, la región y cada localidad tendrán mejores posibilidades para una vida personal y social y para un despliegue más satisfactorio y duradero de todas sus potencialidades si es que somos conscientes de que requerimos la participación y realización de todas las personas.

1.1.5. Interculturalidad

El derecho a la diferencia incluye también el derecho a tener una identidad y relaciones específicas en cuanto a formas de vida y cultura, es decir, el derecho a expresarse y participar en la vida pública con códigos, símbolos y formas culturales propias y a no ser discriminado social, económica ni políticamente por pertenencia o identidad lingüística, confesión o creencia.³²

Sin embargo, la interculturalidad no es la simple aceptación de las diferentes formas de vivir, sino que implica reconocer que ellas tienen aportes y sabidurías y que están en permanente tensión de afirmación, cambio y aceptación de contribuciones de otras formas de existencia. No hay nada que permanezca tanto como el vigor de las culturas ni que, al mismo tiempo, cambie constantemente al incorporar aportes de otras formas culturales.

La interculturalidad es también una condición de desarrollo humano en la perspectiva de una nueva civilización. El dominio occidental, con la hegemonía del pensamiento racional, ha mostrado sus límites. La promesa de una existencia con mejores posibilidades para todos encontró insuficiencias en lo logrado por la ciencia y la tecnología occidentales. Por ello, hoy existe una búsqueda que se nutre de la comprensión y el respeto de todas las sabidurías y de las diversas percepciones, mentalidades y formas de vida colectivas e individuales.

1.1.6. Descentralización

La exclusión se expresa también en la organización centralizada del poder político y en la concentración en espacios específicos de las actividades económicas más dinámicas, de la institucionalidad y la gerencia financiera y de las instituciones de formación e investigación tecnológica y científica.

El modelo de desarrollo que históricamente ha seguido la estructura del Estado peruano ha generado grandes desigualdades entre las diferentes zonas geográficas que componen el territorio nacional. Es claro, por ejemplo, que las oportunidades de desarrollo de una persona del área urbana de la costa no son las mismas que las de un poblador rural de la sierra.

La descentralización es una oportunidad y un medio para avanzar hacia un desarrollo con mayor equidad y significa autonomía política y corresponsabilidad en las soluciones y en la conducción local y regional de los emprendimientos, mediante la intervención pública, social y privada. El hallazgo de estrategias más eficaces y satisfactorias –en particular para enfrentar el problema de la pobreza- requiere que los propios beneficiarios, usuarios o grupos vulnerables se involucren en el proceso.

La descentralización supone también avanzar en la afirmación de que para un mejor destino de las personas, y en especial de los que están en situación de mayor riesgo, el Estado es fundamental pero insuficiente si no cuenta con la acción propia de las personas³³. Cada persona es el fin de toda la sociedad, por ello es importante centrar el destino social y colectivo de la vida nacional en la vida de cada persona y no en el Estado, en la empresa o en la vida social en abstracto.

2.2 . LINEAMIENTOS GENERALES DEL PRANA

Desde el PRANA, en este contexto de enfoques de desarrollo, se espera:

- a) Relacionar eficazmente la problemática con las soluciones en pro de la infancia.
- b) Convocar iniciativas políticas y articularlas con recursos humanos y financieros.
- c) Valorar el punto de vista, las sensibilidades y la acción misma de niños, niñas y adolescentes en la búsqueda de soluciones, alternativas y nuevas situaciones.
- d) Generar sinergias y articulaciones entre las instituciones.
- e) Valorar las acciones emprendidas hasta el momento.
- f) Mejorarlas aprovechando lo ya logrado en el establecimiento de servicios y plataformas.
- g) Proponer políticas desde las mejores experiencias en curso.

Asimismo, en el campo de la acción política, el PRANA tiende a:

- a) Avanzar en enfrentar las causas y revertir los graves problemas que aquejan a la infancia.
- b) Fortalecer el carácter sostenible de los emprendimientos en su intensidad y temporalidad.
- c) Colaborar en la configuración de una sociedad nueva que erradique los factores que originan la vulnerabilidad de la infancia, al menos en el ámbito del departamento de Cusco.
- d) Establecerse como política de Estado de implementación obligatoria transectorial en todas las instancias del departamento.
- e) Configurar una instancia regional de abogacía por los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- f) Ser una herramienta para la gestión de iniciativas del Estado y para que estas se articulen y coordinen o, al menos, sean concurrentes o convergentes.
- g) Evitar la duplicidad o la superposición de estrategias, sociales o estatales, de modo que se mejore su eficacia.
- h) Articular estrategias por dimensión o campo de acción (educación, salud, protección de derechos,

etc.) con intervención prioritaria, también a nivel territorial.

- i) Incorporar a niños, niñas y adolescentes como actores para que propongan el espíritu de una nueva existencia social y humana para las políticas públicas.
- j) Establecer un sistema georeferenciado para el diagnóstico y las acciones en curso, frente a los límites de un proceso de planeamiento documental que impide la alimentación continua de datos, por cambios en la realidad, avances o mejora de indicadores.
- k) En una siguiente etapa, establecer una estrategia de intervención con prioridades territoriales, con las que este documento no cuenta todavía.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN EL DEPARTAMENTO

1.1. DATOS GENERALES

1.1.1. POBLACIÓN: MADRES, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA REGIÓN

La Región Cusco cuenta con:

Cuadro N° 1: Población por grupos de edad, departamento de Cusco (2005)

Etapa	Edad	Cantidad	Porcentaje de la población total
Gestantes		37.959	2,09
Mujeres en edad fértil	15 – 49 años	290.655*	16,75
Neonatal temprana	0 - 7 días	617	0,03
Neonatal	0 – 28 días	2 262	0,12
Infantil	0 - 1 año	22.401*	1,90
Pre escolar	1 a 4 años	97.157*	8,30
Escolar	5 - 17 años	366.413*	31,27

Fuentes: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

* *Censo Nacional de Población y Vivienda 2005* (INEI, Lima 2006).

De este cuadro se desprende que siendo la población total del departamento de 1,171,503, casi un tercio de ella (31,27%) está formada por el grupo en edad escolar y una sexta parte (16,75%) por las mujeres en edad fértil. Mientras tanto, los niños menores de 5 años suman el 8,30% de la población, las gestantes el 2,09% y los adolescentes el 14,38%. Cada uno de estos grupos es, pues, una porción importante de la población del departamento y requiere que se generen procesos propios con acciones específicas.

1.1.2. ESPERANZA DE VIDA AL NACER

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) proyectada para el quinquenio 2000-2005 en el Cusco es de 62,3 años³⁴, siendo más alta para las mujeres que para los hombres (64,6 y 60,0 años, respectivamente). En el Cusco estamos entonces por debajo del promedio nacional que es de 69,8 años³⁵ y más aún del existente en Callao y Lima, (78,8 y 77,7 años respectivamente).

En general, en el país, este indicador ha tendido a mejorar en los últimos años, como se aprecia a través de otra fuente, con datos más alentadores, proporciona por el PNUD a través del IDH (Índice de Desarrollo Humano), en el *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2002 y 2005*. Según el IDH, el departamento del Cusco muestra una EVN de 65 años para el 2000 y de 66 años para el 2003. Tomando esta misma fuente, tenemos los resultados del cuadro siguiente para las diferentes provincias, en tres momentos entre 1993 y 2003:

Cuadro N° 2: Índice y ranking* de la Esperanza de Vida al Nacer, provincias del Cusco (1993, 2000, 2003)

PROVINCIAS	1993		2000		2003	
	Años	Ranking	Años	Ranking	Años	Ranking
Cusco	65,89	49	70,7	26	71,4	36
Acomayo	54,15	185	61,7	180	64,0	170
Anta	56,83	164	64,2	147	63,7	173
Calca	57,05	159	65,1	127	65,3	154
Canas	52,51	189	60,7	191	62,1	190
Canchis	54,88	181	61,4	184	61,6	192
Chumbivilcas	54,88	182	62,3	172	63,5	178
Espinar	56,29	167	63,7	151	65,5	148
La Convención	59,92	130	66,8	99	67,7	108
Paruro	51,68	192	62,2	174	63,4	181
Paucartambo	54,60	184	62,6	167	64,5	165
Quispicanchi	52,38	190	61,1	187	63,0	188
Urubamba	56,97	162	65,5	117	65,9	145
Dpto. Cusco	sin dato	sin dato	64,9	sin dato	66,4	23

*El ranking se establece entre las 194 provincias del país.

Fuente: *Informe sobre Desarrollo Humano Perú* (PNUD 2002, 2005).

Los datos de este cuadro ayudan a constatar que el promedio departamental esconde el hecho de que la EVN es mucho más baja en ciertas provincias, como es el caso de Canchis, Canas y Quispicanchi, provincias que se encuentran entre las diez con EVN más baja del país, que tienen una importante proporción de población rural y donde se accede con más dificultad a los servicios de salud y saneamiento, entre otros.

1.2. SALUD

1.1.1 MADRES

1.1.1.1 Fecundidad

En la Región Cusco, el número promedio de hijos de cada mujer al término de su vida reproductiva, en el quinquenio 2000–2005, es de 3,4 hijos, mientras que a nivel nacional la Tasa Global de Fecundidad es de 2,9 hijos por mujer para el mismo periodo. Según ámbitos en el departamento, la fecundidad en el ámbito urbano es de 2,6 hijos y en el rural de 5,0 hijos por mujer.

2.2.2.2. Natalidad

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en Cusco para el año quinquenio 2000-2005 es de 25.9 nacimientos por mil habitantes, tasa que ha ido disminuyendo, pero sigue siendo mayor al promedio nacional, que es de 22/1.000 habitantes.

Si se toma en cuenta los datos de la DIRESA para el 2002, que se consideran subregistrados³⁶, se llega a 20,2/1.000, cifra bastante baja, que mostraría un nivel menor al nacional, especialmente en algunas provincias, como se ve en el Cuadro 3. Algunas provincias, incluso con subregistro muestran una alta TBN, como Paucartambo, Chumbivilcas y Canas, lo cual significa un bajo nivel de adopción de medidas de planificación familiar y de uso de métodos anticonceptivos.

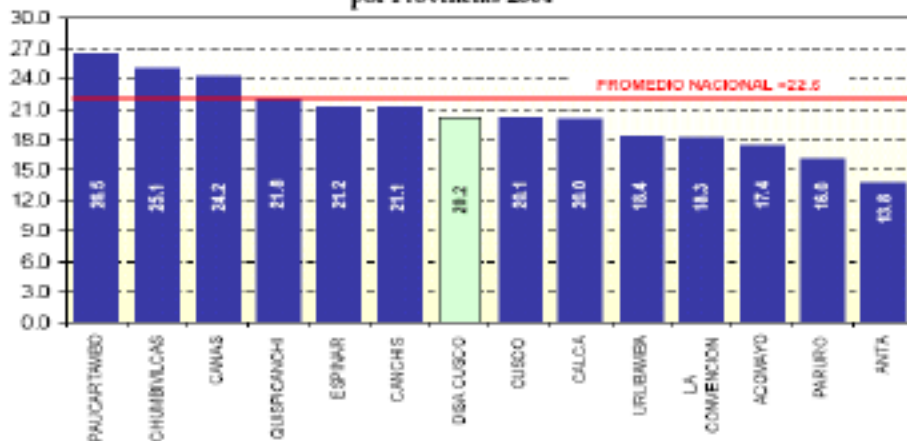
Provincia	Tasa de natalidad (por 1.000 habitantes)
Paucartambo	26,5
Chumbivilcas	25,1
Canas	24,2
Quispicanchi	21,6
Espinar	21,1
Cusco	20,1
Calca	20,0
Urubamba	18,4
La Convención	18,3
Acomayo	17,4
Paruro	16,0
Anta	13,8

Cuadro N° 3: Natalidad, provincias del Cusco (2005)

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

Gráfico 1: Tasa de Natalidad, provincias del Cusco

Gráfico N° 15.- Región Cusco: Tasa de Natalidad* por Provincias 2004



Fuente.- Dirección de Estadística e Informática - DISA Cusco
 * Con información DISA Cusco, que tiene subregistro

Fuente: Dirección de Estadística, DIRESA Cusco.

3.2.1.3. Mortalidad Materna y Control Prenatal

La Región Cusco es una de las regiones del país que presenta anualmente una de las más altas tasas de Mortalidad Materna (MM): en el 2004 fue de 200/100.000 nacidos vivos. Este indicador tiene grandes diferencias por provincias, como se aprecia en el Cuadro 4, donde casi todas—excepto Cusco y Anta—, superan el criterio internacional de zonas de muy alto riesgo para mortalidad materna. Se trata de zonas con graves problemas sociales, económicos, culturales y de acceso a educación y salud. Es de señalar, además, que desde el año 2002 existe estancamiento en las tendencias de mortalidad materna.

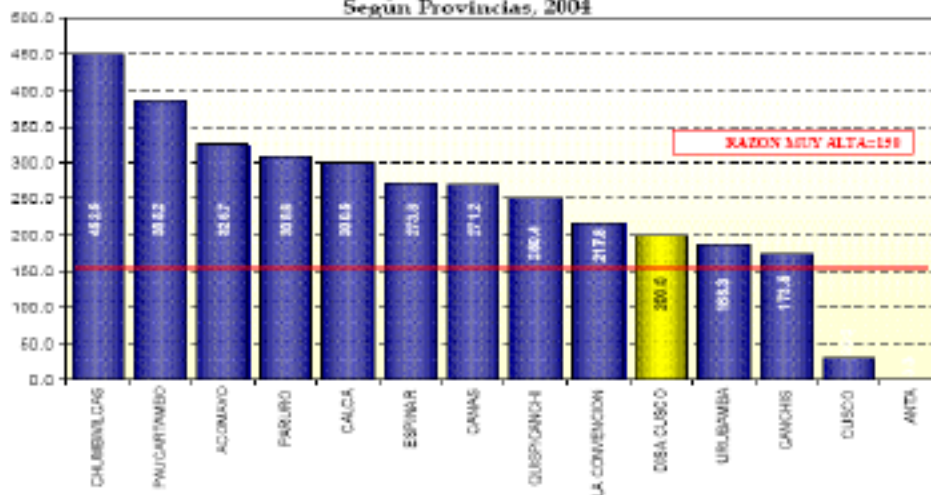
Cuadro N° 4: Mortalidad Materna, provincias del Cusco (2005)

Provincia	Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos)
Chumbivilcas	452,6
Paucartambo	385,2
Acomayo	326,7
Paruro	308,6
Calca	300,6
Espinar	273,8
Canas	271,2
Quispicanchi	250,4
La Convención	271,8
Urubamba	188,3
Canchis	173,6
Cusco	30,9
Anta	0,3

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

Gráfico 2: Razón de Mortalidad Materna, provincias del Cusco

Gráfico N° 23.- Región Cusco: Razón de Mortalidad Materna
Según Provincias, 2004



Fuente: VEA - Dirección de Epidemiología

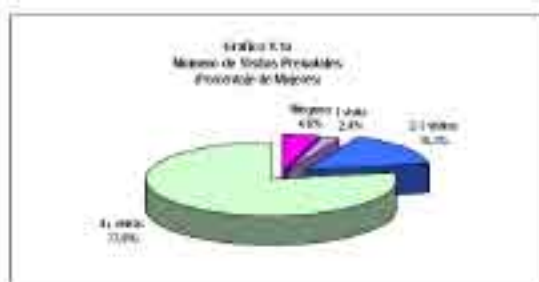
Fuente: VEA- Dirección de Epidemiología.

Según la ENDES 2000 (Encuesta Nacional de Salud), la atención prenatal registra indicadores de cobertura altos, como muestra el Gráfico 3. Se ha encontrado que las gestantes realizaron un promedio de 4,5 controles prenatales (CPN) durante su embarazo. Sin embargo, ello parece no influir en la tasa de mortalidad materna, por lo cual entra en discusión la calidad de la intervención obstétrica, ya que hay un sector de gestantes cuya atención no contribuyó a disminuir los riesgos asociados a la gestación. Además, existe todavía un grupo –4,6%- de gestantes que no realizaron ningún CPN.

El solo hecho de haber tenido contacto con el establecimiento de salud es un acontecimiento de enorme trascendencia porque implica el rompimiento de una serie de factores limitantes, tanto económicos, como culturales y geográficos, rompimiento que permite acceder al servicio de salud, el cual debería evitar más energicamente la ocurrencia de mortalidad materna.

En cuanto al control prenatal en relación a la edad de gestación, el primer CPN fue en promedio a las 17,1 semanas de gestación. En conjunto, el 75% de las gestantes realizaron su primer control prenatal antes de las 21 semanas de gestación. Si agrupamos a las gestantes según los trimestres de gestación, observamos que casi la mitad de ellas (48,4%) acudieron a controlarse por primera vez durante el segundo trimestre de gestación.

Gráfico 3: Controles Prenatales (porcentaje de gestantes)



Los principales problemas asociados a la mortalidad materna y a la concurrencia o no a controles prenatales son: el inadecuado modelo de atención integral de salud de la mujer y la gestante, servicios de salud deficientes en calidad y calidez, entrapamiento de la capacidad resolutoria según niveles de responsabilidad, lentitud en el sistema de referencia y contrarreferencia, escasa promoción desde el sector para generar hábitos y falta de estilos de vida saludables en las mujeres en general y en las gestantes en particular.

3.2.2. NIÑOS Y NIÑAS

3.2.2.1. Mortalidad

a) Mortalidad Perinatal (muerte del feto durante el embarazo)

Para el año 2000, ENDES ha estimado una Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) de 48/1.000 para la Región Cusco. Para las madres menores de 20 años, esta tasa era aún mayor: 68/1.000. A nivel nacional, la TMP ha sido estimada en 23/1.000.

Para un año más reciente, 2004, este indicador es de 35,99/1.000 en el Cusco y sigue siendo muy alto, a pesar de haber descendido en términos absolutos: en el año 2000 se registraron 919 muertes perinatales, en el año 2004 bajaron a 895. En el Cuadro 5 se puede observar la TMP por provincias, habiendo mayor riesgo de muerte del feto en aquellas que tienen una tasa mayor:

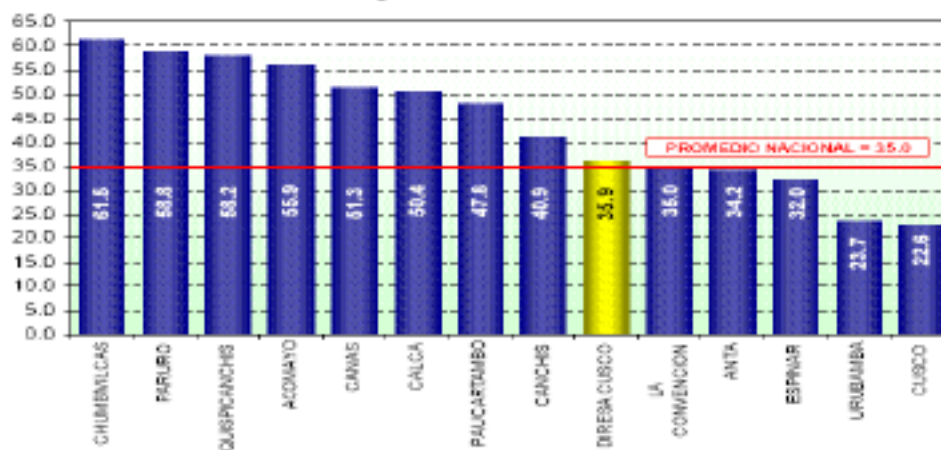
Cuadro N° 5: Mortalidad Perinatal, provincias del Cusco (2005)

Provincia	Mortalidad Perinatal (por 1.000 nacidos vivos)
Chumbivilcas	61,5
Paruro	58,8
Quispicanchi	58,2
Acomayo	55,9
Canas	51,3
Calca	50,4
Paucartambo	47,8
Canchis	40,9
La Convención	35,0
Anta	34,2
Espinar	32,0
Urubamba	23,7
Cusco	22,6

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

Gráfico 4: Tasa de Mortalidad Perinatal, provincias del Cusco

Gráfico N° 21.- Región Cusco: Tasa de Mortalidad Perinatal según Provincias 2004



Fuente.- VEA - Dirección de Epidemiología

Fuente: VEA-Dirección de Epidemiología, en: ASIS (DIRESA, Cusco 2005).

El 60% de casos de mortalidad perinatal están asociados a afecciones originadas en el período perinatal, como traumatismos, envenenamiento y enfermedades del sistema respiratorio. Otros factores asociados a la mortalidad materna y a la mortalidad perinatal incluyen problemas de accesibilidad a los servicios de salud y de tipo social, económico y cultural. En este último aspecto se trata, entre otros factores, de escaso entendimiento de la racionalidad del proceso salud-enfermedad por parte de la comunidad, creencias y costumbres acerca del embarazo, parto y puerperio y falta de conocimiento del idioma quechua por parte del personal de salud.³⁷ Sin embargo, es necesario indicar que en la Región se tiene establecido un sistema de vigilancia e investigación de la mortalidad perinatal.

b) Mortalidad Neonatal (muerte durante los primeros 28 días de nacido)

El número anual de muertes neonatales reportadas a través del Sistema de Hechos Vitales de la DIRESA Cusco es de 323, lo que hace una Tasa de Mortalidad Neonatal de 11,2/1.000 nacidos vivos. Este dato es diferente al reportado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Perinatal que ha reportado 625 defunciones neonatales, llegando a una Tasa de Mortalidad Neonatal de 21,6/1.000.

Las enfermedades de las vías respiratorias superiores resultan ser la primera causa de muerte en este grupo de edad. La segunda causa está en defectos en la calidad de atención del parto y del período neonatal precoz o del control prenatal realizado. Otras causas son las enfermedades o deficiencias nutricionales y

metabólicas.

c) Mortalidad Infantil (muerte durante el primer año de vida)

Según el Informe *El Estado de la Niñez en el Perú*³⁸, el año 2000 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), es decir, los niños y niñas que morían antes de cumplir un año, era de 43/1.000 nacidos vivos. En el caso del Cusco, era de 84/1.000.

Esta TMI ha sido corregida por la Dirección Regional de Salud Cusco para el quinquenio 2000–2005, registrando una cifra menor: 65/1.000, siendo mayor en los niños (72/1.000) que en las niñas (58/1.000)³⁹.

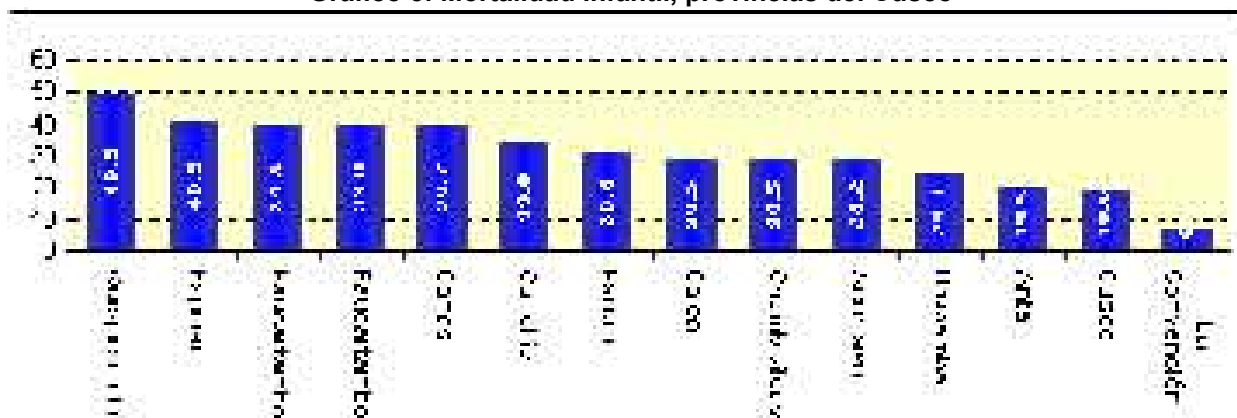
Este indicador está mejorando: La Dirección Regional de Salud Cusco en el año 2003 registró 727 defunciones en menores de un año, con los siguientes datos por provincias:

Cuadro N° 6: Mortalidad Infantil, provincias del Cusco

Provincia	Mortalidad Infantil (x 1.000 nacidos vivos)
Quispicanchi	49,5
Espinar	40,5
Paucartambo	39,8
Canas	38,7
Canchis	33,8
Paruro	30,6
Calca	28,5
Chumbivilcas	28,5
Acomayo	28,2
Urubamba	25,1
Anta	19,5
Cusco	18,6
La Convención	6,8

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

Gráfico 5: Mortalidad Infantil, provincias del Cusco



Fuente: VEA-Dirección de Epidemiología.

Las primeras causas de mortalidad infantil en menores de un año en la Región Cusco corresponden a: afecciones originadas en el periodo perinatal (35,4%, entre las cuales son particularmente importantes los trastornos respiratorios), enfermedades del sistema respiratorio (20,5%), traumatismos, envenenamientos y accidentes que obstruyen la respiración (19,7%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (4,7%).

Al comparar las causas que originan muerte en la etapa infantil a nivel provincial, se aprecia que existe un patrón más o menos establecido: en la mayor parte de provincias (excepto Anta, Espinar, Paucartambo y Quispicanchi) y a nivel regional la primera causa de muerte infantil está en afecciones originadas en el periodo perinatal, en segundo lugar, enfermedades del sistema respiratorio y en tercer lugar, enfermedades del sistema circulatorio.

d) Mortalidad en Edad Post Infantil (muerte entre 1 y 4 años)

La Tasa de Mortalidad Post Infantil (TMPI) a nivel regional es de 1,3/1.000 y las provincias de mayor riesgo son Espinar, Quispicanchi, Canchis, Chumbivilcas y Anta.

Provincia	Mortalidad Post Infantil (x 1.000 nacidos vivos)
Espinar	4,5
Quispicanchi	2,8
Canchis	1,9
Chumbivilcas	1,7
Anta	1,7
Urubamba	1,5
Canas	1,4
Acomayo	1,1
La Convención	0,9
Paucartambo	0,9
Calca	0,8
Cusco	0,7
Paruro	0,6

Cuadro N° 7: Mortalidad Post Infantil, provincias del Cusco (2005)

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

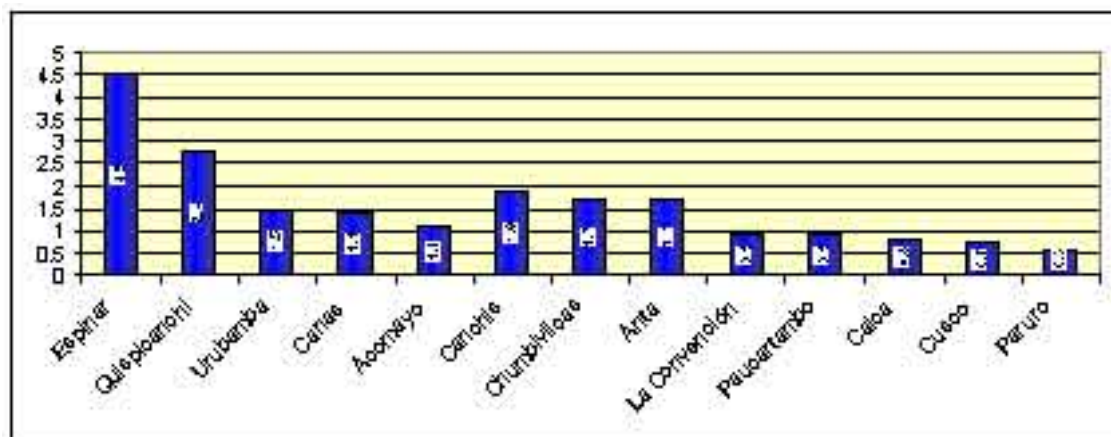


Gráfico 6: Mortalidad

Post Infantil, provincias del Cusco

Fuente: VEA - Dirección de Epidemiología, en: *ASIS* (DIRESA, Cusco 2005).

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa post infantil en la Región Cusco corresponden a traumatismos, envenenamientos y algunas otras de causa externa (23,8%), enfermedades infecciosas y parasitarias (17%) y enfermedades del sistema respiratorio (14,3%).

e) Mortalidad de Población en Edad Escolar Primaria (muerte entre los 5 y 9 años)

La tasa de mortalidad en este sector a nivel regional es de 0,5/1.000 y las provincias de mayor riesgo son Paruro, Paucartambo, Chumbivilcas y Anta.

Cuadro N° 8: Mortalidad en Edad Escolar Primaria, provincias del Cusco (2005)

Provincia	Mortalidad en Edad Escolar Primaria (x 1.000 nacidos vivos)
Paruro	1,2
Paucartambo	0,9
Chumbivilcas	0,8
Anta	0,8
Canas	0,6

Espinar	0,6
Urubamba	0,6
Calca	0,5
Cusco	0,4
Canchis	0,3
Quispicanchi	0,2
La Convención	0,1
Acomayo	0,0

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

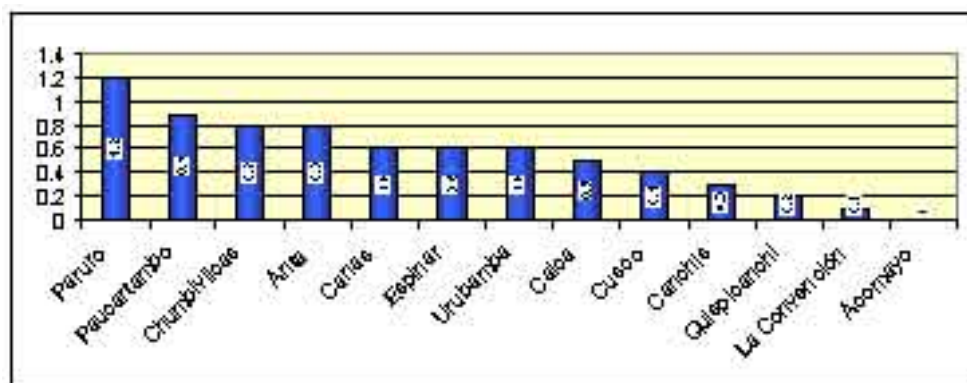


Gráfico 7: Mortalidad en Edad

Escolar Primaria, provincias del Cusco

Fuente: VEA - Dirección de Epidemiología

En este caso, las primeras causas en la región corresponden a traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (46,9%), enfermedades infecciosas y parasitarias (9,4%) y otras causas (9,4%).

3.2.2.2. Morbilidad

a) Morbilidad Infantil (menores de un año)

El 70% de enfermedades infantiles son causadas por tres grupos de causas: enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas. La neumonía se presenta en menores de un año con una razón de 50,2/1.000 niños y las provincias con mayores casos son Paucartambo y Quispicanchi.⁴⁰

La alta incidencia de enfermedades en niños pequeños tiene relación con que la implementación de sistemas de agua segura es escasa o nula. Tampoco existen programas sostenidos de educación sanitaria que promuevan prácticas sencillas como el lavado de manos. Las experiencias desarrolladas han sido focalizadas y su impacto no ha modificado la situación general.⁴¹

b) Morbilidad en Etapa Post Infantil (1 a 4 años)

En los niños y niñas entre 1 y 4 años existen tres grupos principales de patología: enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades infecciosas y enfermedades parasitarias. Estos tipos de enfermedades explican el 80% de las consultas de morbilidad en los establecimientos de salud de la DIRESA Cusco.

c) Morbilidad en Etapa Escolar Primaria (5 a 9 años)

En esta etapa se presentan también los mismos tres grupos de patología: enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo y enfermedades infecciosas y parasitarias.

3.2.2.3. Desnutrición y Anemia

a) Desnutrición Infantil

El 39,3% de menores de 5 años padecen desnutrición crónica en el departamento de Cusco. La desnutrición crónica afecta más a los niños (42,8%) que a las niñas (36%), y aumenta con la edad, especialmente en relación al orden de nacimiento dentro de la familia. Aunque la desnutrición es más fuerte en la zona rural, la diferencia por sexo se reproduce en el nivel urbano y rural: Entre los niños rurales hay un 47,9% de desnutrición y entre los urbanos un 36,1%. Entre las niñas rurales se llega a 44,4% y entre las urbanas a 25,6%.

Se puede observar en el Cuadro N° 9 que existen varias provincias con una alta prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años⁴². Además, en nueve de ellas se supera largamente el promedio nacional de desnutrición infantil, que es de 25%.

Dentro de los factores de riesgo se encuentra el consumo limitado de alimentos, relacionado a su limitada disponibilidad, escasa escolaridad de los padres, inadecuados servicios básicos e inclusión temprana inadecuada de otros alimentos en la dieta de los niños.⁴³

Cuadro N° 9: Desnutrición Infantil, provincias del Cusco (2005)

Provincia	%
Paruro	43,9
Canchis	41,8
Paucartambo	40,3
Canas	39,0
Chumbivilcas	38,3
Acomayo	37,9
Quispicanchi	32,8
Anta	29,0
Espinar	28,9
Calca	23,7
La Convención	22,7
Urubamba	16,6
Cusco	13,5

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

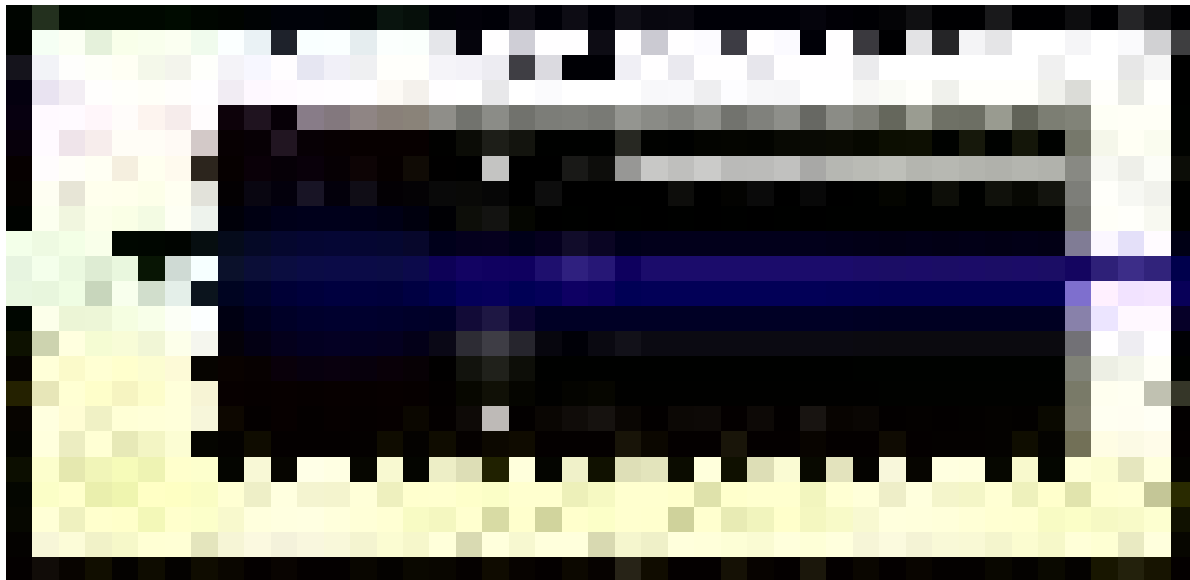


Gráfico N° 8:

Tasa de Desnutrición Infantil, provincias del Cusco

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

b) Anemia

El porcentaje de anemia en menores de 5 años en nuestro departamento es de 57,7%, problema que afecta más a los niños (66%) que a las niñas (55,6%).

Según área de residencia, en el ámbito rural el 59,1% de los menores de 5 años tienen anemia, la que afecta también más a los niños (60,6%) que a las niñas (57,6%). Sucede lo mismo en el área urbana, donde se evidencia un 56% para los menores de cinco años y donde el 59,3% de niños y el 53,0% de niñas tienen anemia⁴⁴.

Las causas de anemia se encuentran en la deficiencia de hierro, vitamina A y yodo en la ingesta alimentaria infantil cotidiana.

3.2.3. ADOLESCENCIA

Según el censo 2005, la región cuenta con 268.144 adolescentes entre 10 y 19 años, los cuales suman el 22,9% de la población total del departamento⁴⁵. En cuanto a salud el PRANA toma este rango de edad que es el que consideran la DIRESA y el Ministerio de Salud para el sector de adolescentes.⁴⁶

3.2.3.1. Mortalidad

La tasa de mortalidad en adolescentes en la Región es de 0,6/1.000, aunque se considera que hay subregistro. Las principales causas de mortalidad de población adolescente corresponden a traumatismos y envenenamientos (25,6%), enfermedades infecciosas y parasitarias (11,9%) enfermedades del sistema circulatorio (8,3%) enfermedades del sistema respiratorio (8,3%) y tumores (5,4%)⁴⁷.

Un aspecto a destacar es que en relación al incremento de embarazos en adolescentes se ha evidenciado en ellas el problema de mortalidad materna y aborto en condiciones inseguras, lo cual alcanza a 3,5%.

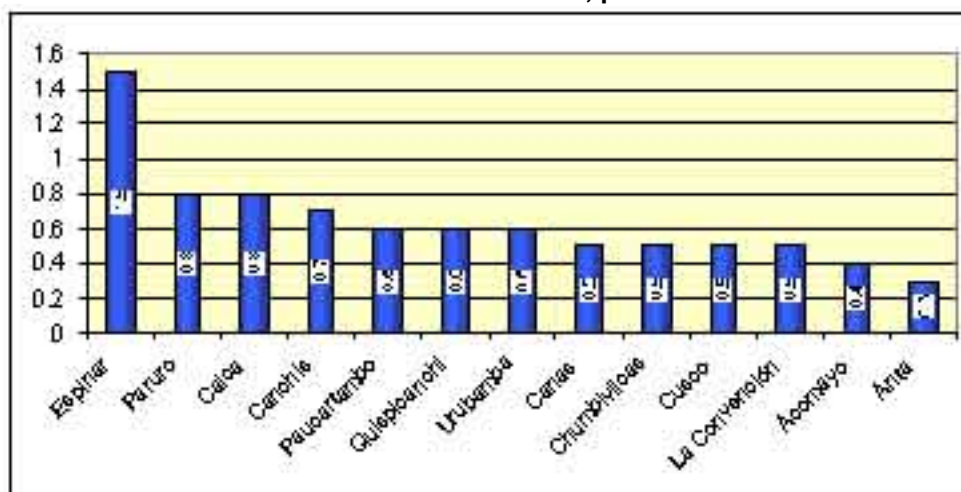
Las provincias afectadas con mayor número absoluto de muertes en edad adolescente son Cusco (38), La Convención (24), Espinar (23) y Canchis (16). En términos relativos, las provincias de mayor riesgo para mortalidad en edad adolescente son Espinar, Paruro, Calca y Canchis, como se aprecia en el Cuadro N° 10.

Cuadro N° 10: Mortalidad en Edad Adolescente, provincias del Cusco

Provincia	Mortalidad en Edad Adolescente (x 1,000)
Espinar	1,5
Paruro	0,8
Calca	0,8
Canchis	0,7
Paucartambo	0,6
Quispicanchi	0,6
Urubamba	0,6
Canas	0,5
Chumbivilcas	0,5
Cusco	0,5
La Convención	0,5
Acomayo	0,4
Anta	0,3

Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

Gráfico N° 9: Mortalidad Adolescente, provincias del Cusco



Fuente: *Análisis Situacional de Salud* (DIRESA, Cusco 2005).

3.2.3.2. Morbilidad

El 80% de consultas en establecimientos de salud para este sector de la población fueron ocasionadas por enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.

Estas tres primeras causas de morbilidad muestran que, en esta etapa de vida, el patrón de enfermar está directamente relacionado a enfermedades infecciosas propias de una edad en la que el adolescente tiene hábitos y estilos de vida relacionados en una proporción importante a su tiempo fuera del hogar, ya sea en la escolaridad secundaria o en la educación superior, así como a otros factores asociados, tales como condiciones insuficientes de saneamiento ambiental básico y contaminación del medio ambiente (sobre todo en grandes urbes poblacionales).

Los traumatismos, envenenamientos y algunos otros problemas de causa externa constituyen la cuarta

causa de consulta adolescente en los establecimientos de salud de la DIRESA Cusco. Asimismo, se aprecia que el embarazo, parto y puerperio y los trastornos mentales y de comportamiento constituyen la décima y undécima causas de consulta médicas de la población adolescente de la Región.⁴⁸

Alcoholismo

Un problema que se presenta en los adolescentes es el abuso en el consumo de alcohol. Para el año 2003 se dio un incremento alarmante de casos en mujeres adolescentes, siendo que en relación al total registrado por el Ministerio de Salud, hubo 71 casos en mujeres y 41 en varones adolescentes.

3.2.3.3. Salud sexual

El inicio sexual precoz se acentúa en el Cusco, ocurriendo entre los 15 y 17 años.⁴⁹ Al respecto existen estrategias, como la desarrollada por la Asociación Kallpa, que brinda información en salud sexual y reproductiva, lo mismo que otras instituciones de la sociedad.

Embarazo y aborto

Sin embargo, la ausencia de programas sostenidos de educación sexual y el limitado acceso a servicios de orientación, han contribuido al incremento del embarazo en esta etapa de vida.

Según un documento reciente sobre salud reproductiva en el Cusco, en el año 2004 en la región se realizó un total de 27.700 consultas prenatales a mujeres embarazadas, de ellas 173 tenían entre 10 y 14 años y 5.332 entre 15 y 19 años. Es decir, que el 19,9% de las consultas se hizo a adolescentes menores de 19 años.⁵⁰ Por otro lado, para el mismo año, solo el 19,7% de las gestantes adolescentes fue atendida en los servicios de salud⁵¹. Mientras tanto, la cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes en los últimos años muestra cifras que no superan el 2,6%.

También para el año 2004, un documento preliminar de UNICEF⁵² reporta 6.577 casos de embarazos en adolescentes, es decir, cerca del 5% de las adolescentes del departamento, porcentaje bastante alto y similar al que calcula el estudio anteriormente citado, donde se señala que del total de adolescentes, el año 2003, el 4,15% estuvieron embarazadas, porcentaje que sube para el año siguiente a 5,5% de todas las adolescentes del departamento. Del total regional de gestantes, el 17,37% correspondía a adolescentes en el 2003 y 18,79% el 2004.⁵³

En cuanto a aborto, si bien no hay cifras que puedan llevar a precisiones, la misma fuente señala que en los servicios de salud, durante los años 2003 y 2004 fueron atendidas 1.837 adolescentes, 109 de ellas con infecciones.⁵⁴ Se estima, que alrededor de 11% de los abortos son realizados a adolescentes.⁵⁵

Infecciones de transmisión sexual: VIH SIDA

El rostro de la epidemia de VIH y SIDA en el país y el departamento es cada vez más joven. En el año 2004, de los ocho casos confirmados, tres se dieron en jóvenes entre 18 y 28 años, cuatro en personas entre 29 y 35 años y uno en un niño de un año de edad. Se supone que los siete primeros adquirieron la enfermedad en la adolescencia. Asimismo la proporción entre varones y mujeres infectados ha ido variando: hace diez años por cada dos varones existía una mujer en esta condición, mientras que actualmente por cada varón infectado en el departamento de Cusco existe también una mujer infectada.

3.2.3.4. Desnutrición y anemia

a) Desnutrición

La desnutrición en adolescentes a nivel del departamento del Cusco es de 44,8%, siendo mayor en las mujeres (47,2%) que en los varones (42,1%)⁵⁶. Si se mide este indicador por área de residencia, se encuentra que es mayor en el área rural (53%) que en el área urbana (35,9%).

Estos resultados reflejan la deficiente historia nutricional iniciada en el útero materno y que se extiende a la adolescencia y posteriormente a la etapa adulta. En los adolescentes desnutridos encontramos un bajo rendimiento cognitivo y menor resistencia a enfermedades, siendo esto más alarmante en la zona rural.⁵⁷

b) Anemia

El porcentaje de anemia adolescente en el departamento del Cusco es de 32,3%, afectando más a las

mujeres (33.9%) que a los varones (30.4%).

Según área de residencia, en el ámbito rural el porcentaje de adolescentes con anemia es de 36,8%, afectando de similar manera a varones (37%) y mujeres (36,6%). En el área urbana el porcentaje se reduce a 27,4%, sin embargo allí hay más mujeres que afectados (31,6% y 21,5% respectivamente)⁵⁸, lo cual seguramente tiene relación con el modelo de mujer delgada publicitado en los medios de comunicación.

Las causas de anemia se encuentran en las deficiencias de hierro, vitamina A y yodo en la ingesta alimentaria cotidiana.

3.2.4. RESPUESTAS, SERVICIOS Y PROGRAMAS ANTE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD

3.2.4.1. Desde el Estado

A pesar de que en el Perú tenemos en promedio 10,3 médicos por cada 10.000 habitantes, en Cusco la proporción se reduce a 5,5/10.000. Se cuenta con cuatro hospitales, cuatro redes de servicios de salud, 38 microrredes y 260 establecimientos de salud.

Se constata que las estrategias de establecer servicios y programas, articular esfuerzos interinstitucionales y prevenir y vigilar comunitariamente están logrando resultados muy alentadores

El Sector Salud

El Seguro Integral de Salud cubre con el Plan B a la población de 5 a 17 años con servicios de consulta externa, tratamiento antiparasitario, internamiento en establecimientos de salud, intervención quirúrgica menor y mayor, internamiento de cuidados intensivos, intervención quirúrgica ambulatoria, consultas por emergencia y consultas dentales.

En el caso de la neumonía, se ha reducido la tasa de mortalidad infantil de 8,82/1.000 en el año 2003 a 4,41/1.000 en el año 2004 mediante la introducción de protocolos para su manejo y el entrenamiento del personal de salud, promotores de salud y familias, junto con la vigilancia de casos. Asimismo, el manejo de la terapia de rehidratación oral en comunidades y establecimientos de salud permitió que la muerte por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años disminuya de 3,27/1.000 en el año 1999 a 1,52 en el año 2004.

En cuanto a vacunación, para el año 2003, el 94% de niños menores de un año fueron vacunados contra difteria, tos ferina y tétanos, registrándose únicamente cuatro casos a nivel de la Región. Para el año 2004, la vacuna contra influenza alcanzó una cobertura del 82%, lo que permitió reducir la incidencia de neumonía de 93,2% en el año 2000 a 50,2% en el 2004.⁵⁹

3.2.4.2. Desde otras instituciones

En la región se cuenta con apoyo técnico y financiero, con el cual mediante organizaciones de cooperación, organismos no gubernamentales, promotores y movilizadoras de salud, en convenio con el Ministerio de Salud, se ha desarrollado experiencias interesantes para disminuir la problemática de salud infantil. A continuación se resumen algunas de estas experiencias.

Seguridad Alimentaria: CECOSAs y CEFASAs

Las CECOSAs (Centro Comunal de Seguridad Alimentaria) son experiencias que tienen el objetivo principal de reducir la desnutrición infantil a partir de la producción de alimentos orientados hacia una nutrición balanceada de madres y niños. Se instalan en comunidades campesinas en tierras cedidas a las mujeres organizadas en comités. Desde cada comité se instala y conduce huertos y fitotoldos, se cría animales menores y se implementa una cocina y un comedor.

Las CECOSAs se complementan con las CEFASAs (Centro Familiar de Seguridad Alimentaria), cuya labor es contribuir a superar la pobreza, logrando la seguridad alimentaria al interior de la familia campesina, mediante la capacitación y diversificación de cultivos y huertos, fomentando la conservación del recurso tierra y transformando los productos.

Tales experiencias están focalizadas en algunas provincias como Chumbivilcas y Canas, y son impulsadas

por el Instituto para una Alternativa Agraria (IAA). De modo similar, otras instituciones llevan adelante estrategias productivas y alimentarias a partir de las familias.

Asimismo, en el departamento existe el Comité Multisectorial de Seguridad Alimentaria que promueve el consumo de alimentos locales de alto valor nutritivo y bajo costo, así como la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.⁶⁰

Crecimiento y Desarrollo Temprano

Es una estrategia pública vinculada a la seguridad alimentaria, la estimulación temprana y la vigilancia de la atención y crecimiento de niños y niñas, haciendo seguimiento de su desarrollo. Esta estrategia, al encontrarse con la experiencia denominada *Buen Inicio*, emprendida por UNICEF, logró capacitar al personal del sector y a promotores de salud. La experiencia ha focalizado su intervención en comunidades de tres provincias del departamento (Calca, Anta y Canchis), ha contado con el apoyo de organismos no gubernamentales, como CADEP y Ricchariy Ayllu y a la fecha está en proceso de ser extendida a través del *Plan de Emergencia Infantil* a todas las provincias del departamento, ya que en muchas comunidades ha logrado revertir la desnutrición y está emprendiendo una estrategia muy valiosa para el desarrollo de la niñez.

Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)

Desde el Programa AIEPI Comunitario se interviene actualmente capacitando personal de salud, promotores y madres en cinco provincias del departamento (Paucartambo, Calca, Acomayo, Canas y Espinar, además de Aimaraes en Apurímac). Este programa viene siendo implementado por la Dirección Regional de Salud, en convenio con UNICEF, Plan-Programa Perú, Runamaki y CESA; y en otras zonas con CADEP y PRISMA.

Escuelas, comunidades y municipalidades promotoras de salud

La ONG Kallpa ha focalizado su intervención en las provincias de Canchis, La Convención, Acomayo, Quispicanchi y Cusco, logrando la institucionalización de estos programas, que ahora constituyen una política de los sectores salud y educación a nivel nacional y en lo cual están comprometidas varias municipalidades en la región.

3.2.5. PERCEPCIONES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SOBRE SALUD

En los talleres realizados para elaborar el PRANA diversos niños, niñas y adolescentes dieron su opinión y mostraron sus percepciones acerca de los problemas de salud, que se resumen a continuación:

- Faltan centros de salud en zonas rurales, sobre todo en los lugares más alejados. El Ministerio de Salud y la comunidad deberían procurar la creación de nuevos centros de salud y mejorar los que ya hay. También deben tener medicamentos para todos, así se podría evitar las enfermedades.

- El Ministerio de Salud, la sociedad y las autoridades del gobierno debieran obtener más medicamentos y mejores, que no cuesten caro y lleguen a tiempo.

- La alimentación no es muy buena, los niños deberíamos contar con alimentos para un buen desarrollo. El PRONAA y las municipalidades son responsables de que los servicios de alimentación sean buenos y lleguen a todos, pero más a los pobres.

- Hay que tener en cuenta que la higiene es importante para la salud. Nos faltan charlas escolares sobre salud e higiene. Debemos ayudar en la limpieza de las escuelas. El Ministerio de Educación y el de Salud deben coordinar, pero también las autoridades deberían promover en los ciudadanos conciencia de la higiene.

- Las municipalidades unidas con los habitantes deben organizarse para hacer limpieza comunal, mejorar la organización con los limpiadores de la calle y dar charlas de salud y limpieza.

3.3. EDUCACIÓN

3.3.1. INDICADORES DE EDUCACIÓN POR PROVINCIAS

Aunque en estos últimos diez años varias provincias han aumentado considerablemente los porcentajes de cobertura y calidad en educación, el incremento no es aún suficiente: algunas provincias siguen teniendo porcentajes muy bajos en los principales indicadores, como se muestra en las cifras resaltadas en el Cuadro N° 11.

Cuadro N° 11: Indicadores de educación, según el IDH, provincias del Cusco (1993, 2003)

PROVINCIAS	Alfabetismo (%)		Matriculación secundaria (%)		Logro educativo (%)	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003
CUSCO	91,60	94,50	83,30	90,10	88,83	91,60
ACOMAYO	61,50	76,70	38,00	40,80	53,67	52,70
ANTA	66,60	78,80	47,90	79,40	60,37	79,20
CALCA	65,60	77,90	50,80	64,60	60,67	69,10
CANAS	67,90	80,00	31,90	63,70	55,90	69,10
CANCHIS	72,10	82,50	75,70	87,50	73,30	85,80
CHUMBIVILCAS	55,30	68,80	31,60	52,50	47,40	57,90
ESPINAR	73,50	83,70	51,80	73,60	66,27	77,00
LA CONVENCION	75,90	84,10	41,40	56,10	64,40	65,40
PARURO	55,50	70,70	27,50	41,10	46,17	51,00
PAUCARTAMBO	54,90	71,00	15,60	37,10	41,80	48,40
QUISPICANCHI	62,20	75,70	32,40	47,10	52,27	56,60
URUBAMBA	74,90	84,90	58,10	67,40	69,30	73,20

Fuente: Informe de Desarrollo Humano. Perú (PNUD, 2002 y 2005).

Cuadro N° 12: Cantidad de Alumnos Matriculados por Nivel y Modalidad, Cusco

Modalidad	cantidad	%
ESCOLARIZADA		
Inicial	26.721	6,28
Primaria menores	215.188	50,59
Secundaria menores	104.530	24,57
NÓ ESCOLARIZADA		
Inicial	30.995	7,29
Primaria menores	382	0,09
Otros (adultos, superior, especial, etc.)	47.578	11,19
TOTAL	425.394	100%

Fuente: Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004 (DREC 2005).

En total, en el año 2005 se matricularon 425.394 niños y niñas en los diferentes niveles y modalidades que ofrece el sistema educativo. De ellos, 377.816, es decir, el 88,8% corresponden a niños, niñas y adolescentes.

Cuadro N° 13: Numero de Instituciones Educativas por Nivel, Cusco

Nivel	Instituciones Educativas
Inicial	2.088
Primaria (menores)	1.721
Secundaria (menores)	413
TOTAL	4.222

Fuente: *Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004* (DREC 2005).

En base a la *Encuesta Nacional de Hogares* (ENAH) 2003 y a la *Evaluación Nacional de Rendimiento* del 2004 se ha elaborado la siguiente información de indicadores de Cusco respecto a la educación para poder formular las metas educativas regionales desde el Ministerio de Educación.⁶¹

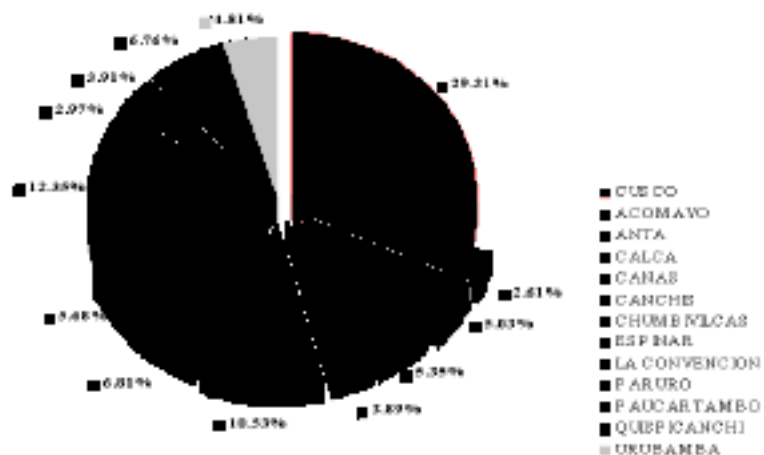
El Cuadro N° 14 muestra que el promedio de alumnos es de 25 por cada docente, lo que aparentemente es ideal, sin embargo, la realidad evidencia que es en el ámbito urbano donde se concentra el mayor número de docentes, dejando en el área rural un déficit. En el área rural, además, hay una deserción educativa considerable. Por su parte, son las instituciones educativas del ámbito urbano, sobre todo las de capitales de provincia, las que reciben el grueso de población escolar, habiendo en muchos casos sobrecarga de alumnos para algunos docentes. Esto se relaciona al hecho de que la mayor parte de instituciones educativas primarias rurales están bajo conducción unidocente.

**Cuadro N° 14: Cantidad de Alumnos por Docente,
provincias del Cusco (2005)**

PROVINCIA	ALUMNOS MATRICULADOS	DOCENTES	ALUMNOS P O R DOCENTE (promedio)
CHUMBIVILCAS	28.972	883	33
PAUCARTAMBO	16.622	509	33
PARURO	12.630	409	31
QUISPICANCHI	28.770	947	30
CANAS	16.548	575	29
ACOMAYO	11.108	391	28
CALCA	22.746	851	27
ANTA	21.388	827	26
CANCHIS	44.809	1.815	25
LA CONVENCION	52.538	2.184	24
URUBAMBA	20.442	883	23
ESPINAR	24.158	1.015	22
CUSCO	124.663	6.065	21
TOTAL	425.394	17.354	25

Fuente: *Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004 (DREC 2005).*

Gráfico N° 10: Matrícula, provincias del Cusco



Fuente: *Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004* (DREC 2005).

Como se observa, el mayor porcentaje de alumnos en el departamento se encuentra en la provincia del Cusco –casi un tercio–, donde está también la mayor densidad poblacional. A esa provincia le siguen las de La Convención y Canchis, mientras que Acomayo y Paruro son las que tienen menor cantidad de alumnos matriculados y Chumbivilcas y Paucartambo las que tienen el mayor promedio de alumnos por docente.

Un aspecto muy duro relacionado a la educación se refiere a que la mayor parte de la educación básica rural no cuenta con un enfoque intercultural, por lo cual se subordina la lengua materna, imponiendo una escolarización castellana en la educación.

Según ENAHO, el año 2005, el 52% de niños de 6 a 11 años y el 49% de adolescentes de 12 a 17 años en el Cusco manifestaron que su lengua materna es el quechua; alrededor de 48% dijeron que es el castellano y cerca de 1% que es otra lengua⁶². Respondiendo a esta realidad y al hecho de que en nuestra región coexisten diferentes formas culturales, desde hace varios años existen diferentes experiencias de educación intercultural bilingüe (EIB). Es así, que según el Ministerio de Educación, el año 2004 el 13,3% de centros educativos primarios funcionaban con el programa EIB, estando el 11% de niños y niñas matriculados en estas escuelas⁶³.

3.3.2. MADRES

En nuestra región existe una relación inversa entre fecundidad y educación, es así que la tasa global de fecundidad de las mujeres sin educación (6,6 hijos) es 2,6 veces mayor que la de las mujeres con educación superior (2,5 hijos).

Aunque no hay cifras que relacionen la tasa de fecundidad con el nivel educativo de las madres, en base a los datos anteriores y al Cuadro N° 15, se puede proponer que existe dicha relación. En la región hay para el año 2000 un 40% de mujeres en edad fértil que no tienen educación o no han concluido la primaria. Si

se supone que gran parte de ellas viven en el área rural y si sabemos que el índice de fecundidad es mayor en ese ámbito, entonces es posible que las mujeres con menor nivel educativo –y, por lo tanto, menos posibilidad de acceso a información, en este caso sobre planificación familiar- sean las que tienen mayor número de hijos.

Cuadro N° 15: Distribución porcentual de mujeres en edad fértil por nivel más alto de educación alcanzado, según características seleccionadas, Cusco (2000)

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil por nivel más alto de educación alcanzado, según características seleccionadas, Cusco 2000

Características	Sin educación	Nivel de educación					Total	Número de mujeres	Mediana de años
		Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior			
Edad									
15-19	1,6	16,1	14,6	43,2	19,3	5,2	100,0	192	7,9
20-24	2,0	23,1	9,5	17,7	21,8	25,9	100,0	147	9,6
25-29	8,7	34,1	7,2	13,8	15,2	21,0	100,0	138	6,0
30-34	10,9	30,0	16,4	13,6	11,8	17,3	100,0	110	5,6
35-39	19,4	35,8	10,4	9,7	11,9	12,7	100,0	134	4,0
40-44	25,5	29,6	14,3	6,1	13,3	11,2	100,0	98	3,8
45-49	44,2	26,0	10,6	1,9	9,6	7,7	100,0	104	1,5
Área de residencia									
Urbana	3,9	7,5	7,5	21,6	29,1	30,4	100,0	388	10,3
Rural	20,9	41,1	15,0	15,0	5,4	2,6	100,0	535	3,1
Total	13,8	27,0	11,8	17,8	15,4	14,3	100,0	923	5,8

Fuente: ENDES (2000).

3.3.3. NIÑOS Y NIÑAS

3.3.3.1. Acceso, cobertura, conclusión y rendimiento

Como se aprecia en el Cuadro N° 16, un porcentaje muy alto de niñas y niños de 6 a 11 años (96,8%) en el departamento del Cusco se encuentran matriculados en el sistema educativo, porcentaje que alcanza casi el promedio nacional que es de 97,6%. Aunque es una cantidad significativa, todavía hay alrededor de 5.900 niños y niñas excluidos del sistema educativo.

Además, es necesario observar en el mismo cuadro la gran debilidad que se da en el rendimiento, por ejemplo en matemática y comunicación, tanto en 6° como en 2° de primaria, con indicadores departamentales realmente bajos. Por otro lado, Cusco registra el menor porcentaje de alumnos (1,2 %) que cursa el último grado de primaria, cuando el porcentaje nacional es 12,1 %.

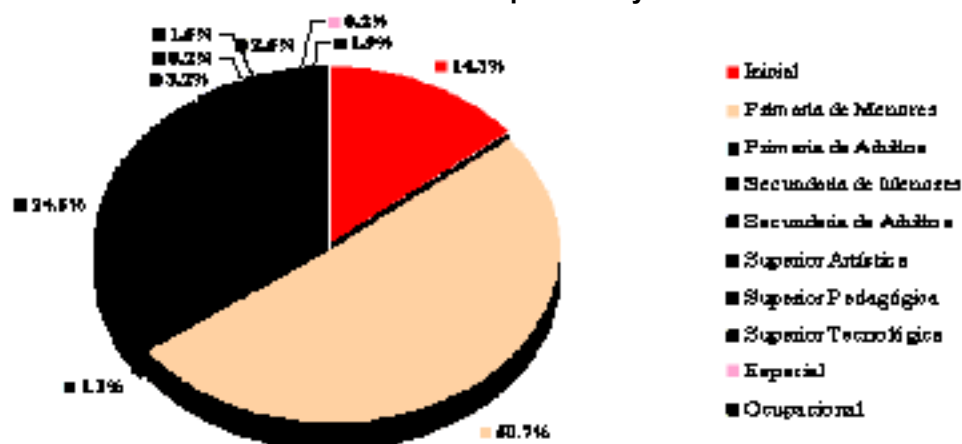
Cuadro N° 16: Indicadores de educación, Cusco y Perú

Indicador	Cusco (%)	Perú (%)
Tasa de cobertura		
Acceso, 0 – 3 años	18,0	
Acceso, 3 - 5 años	60,2	64,4
Acceso, 6 – 11 años	96,8	97,6
Concluye la primaria	61,0	72,5
Tasa neta de cobertura*		
Educación Inicial	55,0	64,4
Educación Primaria	92,4	96,2
Rendimiento suficiente		
Rendimiento suficiente en Comunicación, 2° de primaria	3,3	15,1
Rendimiento suficiente en Matemática, 2° de primaria	2,0	9,6
Rendimiento suficiente en Comunicación, 6° de primaria	3,0	12,1
Rendimiento suficiente en Matemática, 6° de primaria	1,8	7,9
Otros indicadores		
Tasa de pobreza	58,6	52,2
Gasto promedio por alumno, en soles	697	891
Tasa de analfabetismo	23,9	11,9
PBI por habitante, en soles	2.461	4.867

* Tasa neta de cobertura: se refiere a los matriculados que concluyen y aprueban el año escolar.

Fuente: Proyecto Educativo Regional de Cusco (PER), Documento de trabajo.

Gráfico N° 11: Matricula por Nivel y Modalidad



Fuente: *Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004* (DREC 2005).

En cuanto a educación inicial, se estima que 37.600 niños y niñas de 3 a 5 años de Cusco no acceden al sistema educativo. Y, finalmente, respecto a los niños de 1 a 2 años, actualmente está en debate su incorporación en programas de educación temprana como responsabilidad del Estado.

La primera infancia en nuestra región tiene atención insuficiente. Como hemos visto, Cusco registra una cobertura de 60,2% en educación en 3 a 5 años, proporción relativamente baja e inferior al promedio nacional que es de 64,4%. En conjunto, la atención educativa en el grupo de 0 a 5 años no existe para el 40% de la población de esa edad.

En cuanto a retiro, se tiene que de los 43.263 alumnos matriculados en segundo grado de primaria, alrededor del 7% se retiró antes de finalizar el año escolar. A nivel nacional, el porcentaje de retiro en el área urbana es de 4,7%, mientras que a nivel rural es de 9,1%, siendo la proporción similar en la región Cusco, donde a nivel urbano el retiro llega a 5,9% y a 9,5% en el ámbito rural.

La tasa departamental de desaprobación urbana, en el mismo grado de primaria, es de 14,9%, frente a un promedio nacional de 10,3%. En el ámbito rural de Cusco esta tasa es de 22,9%, algo superior al porcentaje rural nacional, que es de 21,0%.

3.3.3.2. Gasto por Alumno

Cuadro N° 17: Gasto Educativo por Alumno, por Nivel y Modalidad, Cusco (2004)

Nivel y modalidad	Alumnos	Monto Ejecutado* (en soles)	Gasto Administrativo (en soles)	Gasto por alumno (en soles)
Educación inicial				
0 - 2 años (cunas)	1.461	1.098.794,69	26.154,13	769,98
3 – 5 años (jardines)	23.471	16.626.416,54	420.166,48	726,28
Programas no escolarizados	30.995	2.911.544,00	554.857,49	111,84
Educación primaria de menores				
Educación primaria de menores	197.523	108.278.880,08	3.535.961,17	566,09

* No incluye gastos de inversión.

Fuente: *Educación en cifras. Región Cusco 2003-2004* (DREC 2005).

3.3.4. ADOLESCENTES

3.3.4.1. Acceso, cobertura, conclusión y rendimiento

En el Cusco, el 88,9% de población entre 12 y 16 años accede al sistema educativo, porcentaje ligeramente superior al promedio nacional, que es de 87,7%. La exclusión del sistema educativo es de más de 14.000 adolescentes.

Por otro lado, el 61,0% de la población de 12 a 14 años cuenta con primaria completa en el Cusco, siendo la tasa departamental más baja de conclusión oportuna de la educación primaria frente a 72,5% de promedio nacional. Por otro lado, son más de 7.000 menores quienes no concluyen oportunamente este nivel educativo.

En el nivel secundario, en cuanto a tasa neta de cobertura, hay un 63,4% de estudiantes atendidos por el sistema educativo, mientras que alrededor del 36% restante no es atendido. Ello se debe a varios factores, como la deserción, el fracaso educativo y la débil oferta educativa, en zonas rurales sobre todo.

El 45,7% de la población adolescente de 17 a 19 años concluye la secundaria en un tiempo razonable, estimándose en 30.000 los jóvenes que no lo logran.

Cuadro N° 18: Indicadores de Educación en Adolescentes, Cusco y Perú

Indicador	Cusco (%)	Perú (%)
Cobertura educativa 12 - 16 años	88,9	87,7
Tasa neta de cobertura*	63,4	69,8
Transita a secundaria	88,5	91,0
Concluye secundaria	45,7	51,3
Rendimiento en Comunicación, 5° de secundaria	6,6	9,8
Rendimiento en Matemática, 5° de secundaria	2,4	2,9

* Tasa neta de cobertura: se refiere a los matriculados que concluyen y aprueban el año escolar.

Fuente: Educación en Cifras. Región Cusco (DREC 2005).

En cuanto a género, el Cuadro N° 19 muestra la matrícula por provincias de mujeres y varones. En conjunto, predomina la matrícula de jóvenes varones, llegándose a un índice de masculinidad de 1,07. Sin embargo, en la provincia de Cusco, son más las mujeres matriculadas, siendo tal índice en esta provincia de 0,97.

Cuadro N° 19: Matrícula por provincias y género, Cusco

PROVINCIA	VARONES MATRICULADOS (A)	MUJERES MATRICULADAS (B)	ÍNDICE DE MASCULINIDAD (A / B)
CUSCO	61.380	63.283	0,97
ACOMAYO	5.945	5.163	1,15
ANTA	11.378	10.010	1,14
CALCA	12.095	10.651	1,14
CANAS	8.784	7.764	1,13
CANCHIS	23.254	21.555	1,08
CHUMBIVILCAS	15.560	13.412	1,16
ESPINAR	12.753	11.405	1,12
LA CONVENCION	27.384	25.154	1,09
PARURO	6.751	5.879	1,15
PAUCARTAMBO	8.691	7.931	1,10
QUISPICANCHI	15.361	13.409	1,15
URUBAMBA	10.610	9.832	1,08
TOTAL	219.946	205.448	1,07

Fuente: Educación en Cifras (2005).

3.3.4.2. Gasto por Alumno

Cuadro N° 20: Gasto educativo por alumno en educación secundaria, Cusco

Nivel	Alumnos matriculados	Montó Ejecutado* (en soles)	Gasto Administrativo (en soles)	Gasto por alumno (en soles)
Educación secundaria de menores				
Educación secundaria de menores	90.830	61.042.657,69	1.625.994,71	689,96
Educación especial	825	1.488.623,02	14.768,75	1.822,29

* No incluye gastos de inversión.

Fuente: Educación en cifras. Región Cusco (DREC 2005).

5.5.5 RESPUESTAS, SERVICIOS Y PROGRAMAS ANTE LA PROBLEMÁTICA DE EDUCACIÓN

Con el objetivo de mejorar las capacidades de los alumnos en comunicación integral, lógico matemática y valores, se viene implementando el Plan de Emergencia Educativa, para lo cual se ha diseñado un conjunto de estrategias y programas.

También se encuentra en el proceso final la formulación del Proyecto Educativo Regional (PER). La construcción del PER se ha sustentado en los proyectos educativos locales de las diferentes provincias y establece un conjunto de políticas que llevan a programas que serán de beneficio para la educación de nuestra región.

Sistema de medición de logros de aprendizaje

Los resultados de evaluaciones internacionales sobre logros de aprendizaje en educación primaria ubican al Perú entre los últimos lugares a nivel mundial. En respuesta a ello, la DREC, en coordinación con otras instituciones, como Plan-Programa Perú y UNICEF, ha conformado el Comité Regional de Medición de Logros de Aprendizaje, con el fin de diseñar un sistema para ello. El documento propuesta ya existe.

Centros Rurales de Formación en Alternancia (CRFA)

La puesta en marcha de este sistema educativo en Cusco se ampara en un convenio suscrito en el 2003 entre el Ministerio de Educación y las instituciones Pro Rural y Asociación para el Desarrollo Andino Sostenible (ADEAS Qullana). En los CRFA la escuela es un modelo de capacitación que combina talleres presenciales realizados en centros específicos de entrenamiento, con aplicación práctica en unidades productivas, todo lo cual se realiza en intervalos definidos de tiempo. Estos centros educativos se desarrollan a través de mecanismos democrático comunitarios. Los padres de familia y otros miembros de las localidades han decidido implementar sus propios CRFA y responden por los aspectos económicos, legales, de infraestructura y equipamiento, incluyendo alimentación y otros requerimientos propios de un internado. Sin embargo, su condición económica no les permite solventar la totalidad de esos gastos, por lo que el financiamiento del profesorado, por ejemplo, estará a cargo del Estado.

Experiencias de otras instituciones

La Dirección Regional de Educación, en coordinación con algunas ONGs, como Plan-Programa Perú, Runamaki y CESA y con la ayuda de la cooperación internacional, viene implementando en instituciones educativas de siete provincias un plan integral que brinda formación a docentes en servicio sobre capacidades de gestión escolar, con énfasis en temas de desarrollo, comprensión lectora, producción de textos y desarrollo del pensamiento lógico matemático.

De manera similar se desarrollan acciones con la Fundación Perú Holanda (HOPE), Asociación Solaris, CEARAS Kallpanchis, Allin Kausay y ADEAS Qullana.

5.5.6 PERCEPCIONES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SOBRE EDUCACIÓN

A lo largo de la elaboración del PRANA, diversos niños, niñas y adolescentes que participaron en los talleres dieron su opinión acerca de los problemas de educación:

- Incompleta capacitación pedagógica a los docentes e improvisación para realizar las clases. El Ministerio de Educación debe proporcionar buenos materiales pedagógicos a los docentes, que estén de acuerdo a nuestra realidad y no, como hay ahora, textos y materiales que son más para la capital.
- Inasistencia de los profesores a las clases, les falta responsabilidad y tienen pocos deseos de enseñar. Los padres de familia y los alumnos deben denunciar a estos profesores ante la UGEL para que no les paguen por un trabajo que no hacen y para que los cambien.
- Falta implementar bibliotecas, botiquines, laboratorios, equipos de computación, etc. El Ministerio de Educación, las municipalidades provinciales y las autoridades de la región, deberían preocuparse más por esto para lograr avances en educación.
- Los locales de las escuelas en algunos casos son muy antiguos y los niños corremos peligro. No existen baños adecuados y limpios. Los padres de familia, junto con los docentes y las autoridades, deberían hacer campañas para mejorar los ambientes donde estudiamos.
- Los padres de familia con los alcaldes y la UGEL de cada provincia deben revisar si cada colegio cumple con lo acordado.

- Falta orientación vocacional.
- En algunos colegios existe abuso y acoso sexual de parte de los docentes. Nosotros mismos, junto con nuestros padres y las autoridades, debemos botar a esos docentes y denunciarlos a las autoridades para que no cometan actos repudiables.

3.4. PROTECCIÓN DE DERECHOS

3.4.1. MADRES

3.4.1.1. Derecho a la identidad y a la documentación

En los últimos años se ha hecho claro que en el país hay una población muy importante de personas sin documento de identidad, casi dos millones de peruanos. Esto se agrava entre las mujeres y particularmente, entre las mujeres rurales de la sierra.

El problema no es sólo la falta de documento en sí, sino el que ello impida a los ciudadanos ser reconocidos como tales y ejercitar sus derechos. En este caso, se trata sobre todo del derecho de los hijos a ser inscritos al nacer y a ser matriculados en el sistema educativo, entre otros, ya que las madres y padres que no poseen documento de identidad tampoco pueden tramitar el derecho de identidad de sus hijos.

3.4.1.2. Violencia familiar

El MIMDES reporta a través del Centro Emergencia Mujer (CEM), para el año 2005 en Cusco y Sicuani, un total de 1.583 casos denunciados de violencia física y psicológica en mujeres de 18 a 59 años. El número de casos por violación sexual en este mismo grupo es de 11. Esto no significa que esas sean las cifras reales de violaciones y maltrato, es más bien una muestra, ya que el CEM asume que muchas veces las víctimas no llegan a hacer una denuncia ni acuden a este servicio, por temor, costumbre o falta de información.

Por otro lado, un estudio del INEI basado en la ENDES⁶⁴, reporta para el departamento del Cusco el más alto índice de población afectada por violencia conyugal física, llegando al 57,3% de la población femenina entre 15 y 49 años. También tenemos en el Cusco el mayor porcentaje departamental de violencia conyugal física frecuente, que llega al 15,2%.

El sistema de protección de derechos a madres, mujeres, niños y niñas es muy débil en relación a la magnitud de la problemática. Un factor que atenta para su adecuada protección se sustenta en la independencia de poderes que distancia al poder judicial y al Ministerio Público estableciendo un marco de poca articulación, especialmente para el campo de la prevención.

3.4.2. NIÑOS Y NIÑAS

3.4.2.1 Derecho al nombre

Todos los niños y niñas tienen derecho a un nombre. Es un derecho fundamental de la persona humana, que en el caso peruano, tiene base legal en el Artículo 19 del Código Civil. Se trata de identificar tanto al niño como a sus progenitores y su entorno social y familiar. De allí surge la importancia de la labor que cumple el Registro Civil al otorgar seguridad jurídica a la persona, en este caso, a niños y niñas.

La vigencia del derecho al nombre tiene que ver no sólo con el registro oportuno, sino también con la regularización de quienes no están inscritos, responsabilidad en la cual está involucrada la sociedad civil, las municipalidades, la RENIEC y otras instancias.

Las madres y padres de familia deben conocer la importancia que tiene para sus hijos e hijas el derecho al nombre y las instituciones deben cumplir su rol facilitando la inscripción y logrando que esta se verifique sin mayor dilación y al menor costo posible.

Se desconoce con exactitud el número de niños y niñas no inscritos. Según UNICEF, el 15% de niños y niñas peruanos no son inscritos en los organismos pertinentes (110.000 recién nacidos)⁶⁵. Sin embargo, no se conoce la cantidad de niños no inscritos en las áreas rurales de la sierra. Si se toma como referencia el distrito de Lima, donde es relativamente fácil el acceso a registros, allí los omisos llegaron a 9% en 1997⁶⁶, entonces puede suponerse cuán sustantivamente mayor ha de ser este porcentaje entre los niños del área rural.

Como aspecto positivo se puede resaltar que el 2001 se aprobó una norma que establece la obligación de los padres adoptantes de firmar como declarantes en la partida de nacimiento de su hijo o hija. Por otro lado, en el presente año se ha aprobado la Ley de Derecho al Nombre, que modifica el Código Civil permitiendo que la madre tenga la facultad de inscribir al niño sin la presencia del presunto padre. Este es un avance que ayuda a restituir un derecho del niño.

En lo que sigue, presentamos una aproximación del número de niños no inscritos. Haciendo un cruce de información del número de nacimientos que registró la DIRESA y el número de inscripciones que recoge RENIEC de cada distrito, se puede apreciar en el Cuadro 21 una diferencia entre nacimientos e inscritos por provincia. Para explicarla, en los talleres realizados para elaborar este plan, se manifestó que a veces los recién nacidos son inscritos en distritos distintos al lugar de nacimiento a causa de las distancias lejanas de los centros de atención, la migración, la existencia de servicios de inscripción más baratos en otras municipalidades o el hecho de que los partos se realizan en zonas de mayor atención a gestantes. Sin embargo, el número de niños que no logran ser inscritos en registros civiles ha aumentado entre el 2004 y el 2005. Es de anotar que aquí se ha tomado en cuenta solamente los partos institucionales, ya que no se cuenta con un sistema que recoja información sobre partos realizados fuera de las instituciones de salud.

Regionalmente una reciente referencia a la importancia pública de la necesidad de atender este derecho se ha expresado en el *Plan de Emergencia Infantil 2004-2006*. Además, existen esfuerzos no articulados al respecto y algunos que en el horizonte trienal del PEI chocan con la institucionalidad de las instancias públicas dependientes de los cambios de gobierno, en especial del nacional.⁶⁷

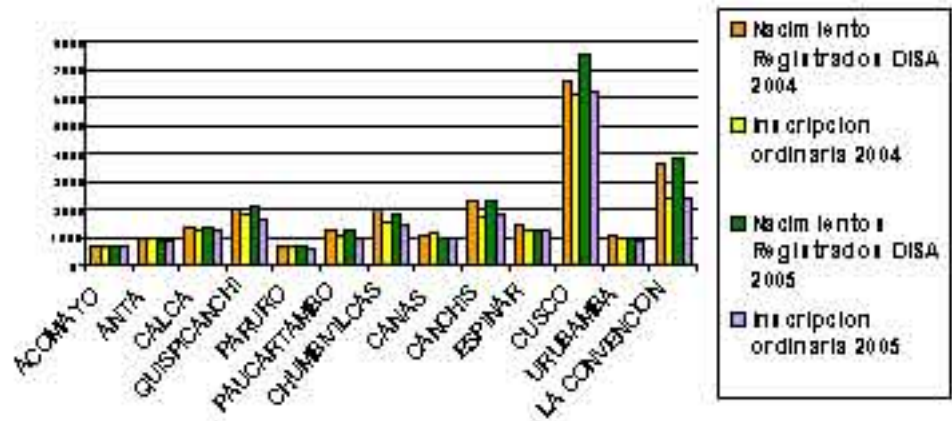
Cuadro N° 21: Nacimiento e inscripción de niños y niñas, provincias del Cusco

PROVINCIAS	2004			2005		
	Registro de Nacimientos DIRESA	Inscripción ordinaria	Niños sin Inscripción*	Registro de Nacimientos DIRESA	Inscripción ordinaria	Niños sin Inscripción*
ACOMAYO	614	615	-1	668	667	1
ANTA	910	984	-74	891	888	3
CALCA	1.331	1.212	119	1.389	1.232	157
QUISPICANCHI	1.997	1.850	147	2.101	1.668	433
PARURO	648	652	-4	648	600	48
PAUCARTAMBO	1.298	1.079	219	1.300	1.028	272
CHUMBIVILCAS	1.989	1.525	464	1.842	1.438	404
CANAS	1.106	1.111	-5	895	969	-74
CANCHIS	2.306	1.735	571	2.266	1.763	503
ESPINAR	1.461	1.318	143	1.222	1.274	-52
CUSCO	6.601	6.107	494	7.474	6.202	1.272
URUBAMBA	1.062	921	141	934	825	109
LA CONVENCION	3.673	2.413	1.260	3.843	2.425	1.418
Total	24.996	21.522	3.474	25.473	20.979	4.494

* Las cifras negativas se refieren a una mayor cantidad de niños inscritos respecto a los nacidos registrados por la DIRESA en la provincia. Ello se debe probablemente a dos causas: que los partos no institucionales superan en número a los institucionales o que los niños son inscritos en una provincia diferente a aquella donde se realizó el parto.

Fuente: Informe DIRESA (Área de Estadística); Registros de Inscripción de Recién Nacidos (RENIEC).

Gráfico N° 12: Nacimientos registrados e inscripciones de recién nacidos en el Registro Civil,



provincias del Cusco

Fuente: Informe DIRESA (Área de Estadística) y Registros de Inscripción de Recién Nacidos (RENIEC).

3.4.2.2. Violencia familiar y sexual

Este ha sido un problema priorizado en las 13 provincias de la región. El Ministerio de Salud en el año 2003 registró 1.868 casos de violencia en menores de 5 años, de los cuales 898 –casi la mitad– fueron contra niñas. Por otro lado, los resultados de un estudio nacional sobre violencia han ubicado al Cusco como la segunda región con mayor violencia en el país.⁶⁸

Cusco es reconocido como un departamento con alto índice de violencia familiar y sexual, teniendo a los niños y niñas como las víctimas más expuestas. En el estudio realizado por el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del MIMDES (junio 2004), 8 de cada 10 niños, niñas y adolescentes habían sufrido violencia física o psicológica en su hogar. Además, 1 de cada 10 niñas y 2 de cada 10 adolescentes habían sufrido alguna forma de abuso sexual; 4 de cada 10 adolescentes mostraban moretones y 1 de cada 10 cicatrices a consecuencia de agresión física.⁶⁹ En el mismo estudio se reconoce que “sólo 4 niños y 6 niñas de cada 100 han acudido a alguna institución a solicitar ayuda.”⁷⁰

Las instituciones a las que se acude con más frecuencia a denunciar este tipo de casos son las Defensorías Municipales de Niños y Adolescentes (DEMUNAS). En estas, el año 2004 se atendió 876 casos de maltrato infantil y 2.941 casos de violencia familiar, mientras que en el año 2005, hasta el mes de noviembre, se registraron 1.360 casos de maltrato infantil y 3.064 de violencia familiar.⁷¹

Otra estrategia, que es también un servicio educativo y preventivo de protección de derechos, es la de las Defensorías Comunitarias, que brindan asesoría principalmente a mujeres y a madres. En casos extremos las situaciones atendidas son derivadas al juez de paz y a la Policía Nacional. En la capital de departamento se tiene habilitada el Área de Comunidad y Familia que intenta tener influencia en el aspecto de familia de cada comisaría. En otros casos también se acude a los servicios del Centro Emergencia Mujer del MIMDES.⁷²

3.3.3.3. Explotación sexual

La explotación sexual infantil se refiere a la utilización de niños, niñas y adolescentes como objeto sexual, convirtiéndolos en mercancías negociables a cambio de dinero u objetos materiales, todo lo cual atenta contra la integridad física y moral de los menores y por ende de la sociedad.

CODENI, en el año 2000, realizó un estudio exploratorio donde se tomó contacto con 148 adolescentes mujeres y 38 niños y adolescentes varones que eran víctimas de explotación sexual comercial. Para el año 2004 estas cifras han aumentado notablemente, incluso considerando solamente las denuncias recibidas en las diferentes DEMUNAS de la ciudad y en reportes policiales. Se calcula que son entre 450 y 500 niñas y adolescentes las que están inmersas en formas de explotación sexual comercial.

3.3.3.4. Abandono

En el directorio del INABIF en la región están registrados 43 hogares que albergan a 1.411 niños, niñas y adolescentes. Se trata de ocho centros en el Valle Sagrado, dos en Quillabamba, dos en Anta, dos en Canchis, tres en Quispicanchi y 26 en Cusco. Se encuentra que son especialmente significativos los casos de abandono en niños de 0 a 3 años (11%).

En la ciudad del Cusco existen, aparte del Dormitorio Infantil Municipal, dos albergues que ofrecen alojamiento a niños en abandono. El primero alberga al 49% de un aproximado de 300 menores.

Desde los estudios de Qosqo Maki se ha logrado identificar otra dimensión: la de niños, niñas y adolescentes en situación de abandono que están en la calle, lo cual, a partir del caso de la ciudad del Cusco, muestra la realidad que se tiene en los centros urbanos.

Según un estudio realizado por el INEI, hay muchos niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años que realizan sus actividades en calles y plazas, la mayoría de ellos sin familia u hogar. El 38,6% estudia y trabaja, mientras que un 4,7% sólo se dedica a trabajar.

3.3.3.5. Trabajo Infantil

Según el estudio ya citado de UNICEF, y a partir de datos de ENAHO, a nivel del departamento del Cusco en el 2004, el 51,2% de los niños entre 6 y 11 años trabaja y también asiste a la escuela⁷³, siendo algo superior la cantidad de niños (53,3%) que de niñas (48,9%) que trabajan. Es de considerar que aparte de ellos hay un 3,6% de niños y niñas que solo trabajan y no estudian. La mayor parte de los niños que trabajan lo hacen en el área rural y en trabajos agropecuarios (80,9%)⁷⁴.

Entre los que trabajan en las ciudades, un alto número de menores lo hace como prestadores de servicios (19,4%): lustrabotas (7,1%), ayudantes (10,7%), heladeros (4,8%). Asociado a esto, el trabajo infantil en más del 50% de casos se realiza en mercados.

En el tema de niñas y niños trabajadores domésticos no existe un registro de los sometidos a esta actividad. Además, las familias que tienen trabajadores menores en casa, muchas veces no los consideran como tales, estando muchos niños y niñas en situación de ahijados o parientes a los que no se da ningún beneficio.

Sin embargo, por estudios de la Asociación Nacional de Trabajadoras del Hogar (ANTRAH), se sabe que la actividad de Trabajadores Infantiles Domésticos (TID) ocupa el tercer lugar entre todas las actividades laborales desempeñadas por menores en el sector público y privado. En un estudio realizado por la ANTRAH con una población de 150 trabajadores infantiles domésticos, se han encontrado los siguientes datos:

- El trabajo doméstico es fundamentalmente femenino, aunque en Cusco se ha identificado un porcentaje relativamente alto de trabajadores domésticos de sexo masculino menores de 13 años (13%).
- El 16,7% de estas trabajadoras empieza a laborar desde los 9 años.
- El 89,1% procede de comunidades campesinas.
- La mayoría de las trabajadoras proviene de familias compuestas de padre y madre, aspecto que cobra mayor significación en Cusco (82,5%). Se trata en su mayor parte de familias con un alto número de hijos, lo cual es una carga fuerte para la familia.
- El perfil educativo de las madres de estos menores trabajadores es otra característica fundamental: el 66.3% de ellas son analfabetas, cifra sin duda alarmante.
- Por último, del total de niños que trabajan en el servicio doméstico, el 28,7% de las niñas y el 46,2% de los niños no asiste a la escuela.

3.4.3. ADOLESCENTES

1.1.1.1. Abuso y explotación sexual

En un estudio exploratorio en el Cusco⁷⁵, CODENI ha registrado como modalidades de explotación sexual

en adolescentes la de damas de compañía, bricheras y bricheros, servicios en la calle, chicherías y medios de comunicación, además de pornografía y tráfico sexual por internet. En conjunto, existen las siguientes modalidades:

- Damas de compañía: Son aparentemente meseras que atienden en bares, cantinas, discotecas y salones de baile, concentrados en San Sebastián, Santiago y Cusco. Trabajan bajo la modalidad de fichaje: El cliente debe pagar en la barra un promedio de 50 soles para “salir” con la adolescente, adicionalmente le paga a ella por la relación sexual entre 30 y 100 soles, dependiendo de la edad y el tipo de servicio. Las edades de las adolescentes fluctúan entre 15 y 18 años y se calcula que son más de 600.

- Bricheras y bricheros: Sus edades fluctúan entre 16 y 25 años. El punto de contacto son bares, pubs y discotecas del Centro Histórico. Sus clientes son extranjeros y el comercio sexual se efectúa en hoteles, hostales y cuartos de alquiler, donde no se exige identificación, ni existen restricciones para menores de edad. Se ofrece el servicio sexual a cambio de dinero, comida, regalos, ropa, diversión, viajes y, en el mejor de los casos, un viaje al extranjero.

- Meseras de chichería: Se trata de niñas que tienen entre 13 y 15 años y llegan de provincias altas con el engaño y la promesa de trabajo doméstico y educación, pero una vez reclutadas son puestas al servicio de los dueños de chicherías y picanterías para atraer clientes. Si bien no salen con ellos, sí son expuestas a manoseos, caricias, besos y otros actos contra el pudor. Ellas no cobran sueldo ni porcentaje, solo reciben propinas mensuales, casa y comida. En las provincias esta modalidad es conocida como “chicha con punta y ccapi” (*punta* es el trago que se agrega a la chicha y *ccapi* el manoseo a la niña).

- Adolescentes que ofrecen sus servicios en la calle o al paso, en plazas, calles, parques, avenidas y, últimamente, en los alrededores de los grifos. Se acercan a cualquier turista, transeúnte o conductor de taxi o camión para ofrecer sus servicios. Las relaciones sexuales se dan en hostales, hoteles, habitaciones de alquiler por horas o en los vehículos de los clientes. Se sabe que cobran por el servicio entre 10 y 20 soles. Las edades de las adolescentes fluctúan entre 13 y 17 años y el horario es diverso, desde mediodía hasta medianoche aproximadamente.

- Adolescentes que ofrecen sus servicios en periódicos: Se trata de jovencitas, en la mayoría de casos organizadas, que buscan clientes de cierta categoría y con mayores niveles de ingreso, a través de avisos en las páginas comerciales de los periódicos locales. En todos dicen ser mayores de edad, pero cuando se pide una jovencita menor de edad ellas son ofrecidas sin ninguna dificultad. El precio del servicio varía entre 70 y 100 soles, además del pago del hotel.

- Adolescentes que ofrecen sus servicios en la cárcel: Son jovencitas que ingresan a la cárcel en días y horas de visita, usando como estrategia hacerlo en compañía de un adulto al cual piden el favor. Ya adentro ofrecen sus servicios a los internos del penal. La edad de estas jóvenes varía entre 14 y 18 años y cobran por sus servicios de 3 a 10 soles, dependiendo de la edad, el tiempo y el tipo de servicio.

- Pornografía a través de internet: En el Cusco existen más de 500 cabinas de internet, de las cuales el 90% son informales. En estas cabinas los usuarios libremente pueden ingresar a cualquier página con contenido pornográfico, ya que no existe ningún tipo de control para el usuario. Estos locales se han convertido también en focos para la captación de menores de edad que son utilizados en filmaciones, sesiones fotográficas, etc. Las víctimas son niños, niñas y adolescentes entre 12 y 18 años, la mayoría de ellos migrantes, de bajos recursos económicos y de familias disfuncionales; algunas son madres solteras o huérfanos y muchos de ellos han sufrido experiencias de abuso sexual.

Hay que señalar que al estar inmersas en esta problemática tan dolorosa, es apreciable que el desarrollo de las víctimas ha sido afectado, pues son menores que presentan niveles bajos de autoestima, escasas posibilidades de establecer relaciones afectivas positivas o de desarrollar proyectos de vida y, por lo tanto, tienen escasas oportunidades de éxito.

1.1.1.2. Abandono

Existe un total de 1.967 niños, niñas y adolescentes que trabajan en las calles en el Cusco. El 12,1% de ellos tienen un hogar de tipo no familiar, como albergues o viven con otros menores.

Un caso particular de adolescentes que no viven en su hogar es el del Centro de Rehabilitación Juvenil de Marcavalle, que tiene una población de 76 adolescentes entre 12 y 17 años. Ellos llegan ahí por diferentes infracciones, siendo las más frecuentes: violación sexual, hurto agravado, robo agravado, tráfico de drogas, homicidio y lesiones graves. El perfil de estos adolescentes responde a su pertenencia a familias disfuncionales, con padres y/o madres alcohólicos y economía pobre, los cuales, además, viven en situación de abandono. El promedio de tiempo que permanecen en este centro es de dos años, al cabo de los cuales los adolescentes son reinsertados en sus medios familiares. Se ha comprobado que el 4% de adolescentes reinciden y el caso más común por el que vuelven al Centro de Rehabilitación es por robo.

1.1.1.3. Trabajo

Según ENAHO, en el informe citado de UNICEF, el 54,7% de adolescentes de 12 a 17 años trabaja y estudia⁷⁶. Igual que en el caso del trabajo infantil, hay una mayor proporción de trabajadores adolescentes varones (60,8% del total de adolescentes varones), que de mujeres (48,6%). En cuanto a estudio, se encuentra que hay una importante proporción de adolescentes trabajadores que no asiste a centros educativos: 16,4% de los que tienen entre 12 y 17 años.

En cuanto al tipo de actividad, esta es, lo mismo que entre los niños, predominantemente agropecuaria (69,6%). Entre los adolescentes aumentan las actividades fuera del hogar, siendo de 9,4% en servicios a terceros y venta ambulancia⁷⁷.

Entre los 12 y 14 años el porcentaje de trabajadores menores en las ciudades aumenta hasta 37,2% y llega a 43,9% entre los 15 y 17 años. Se trata en gran número de vendedores ambulantes en plazas y calles de la ciudad, muchos de los cuales realizan este trabajo por las noches. Algunos de ellos son “jaladores” ubicados en las puertas de diversos restaurantes, bares y hoteles, ofreciendo los servicios del local. Estos jóvenes buscan trabajo más especializado como vendedores de artículos variados (15,6%) y cobradores de combi (17%) o tratan de generar un capital propio. Aunque una parte importante de estos adolescentes estudia, sólo el 2,6% ha terminado la secundaria.

Otra fuente de información para este indicador es la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo de Cusco, que reconoce un porcentaje de desocupados del 43,1% entre varones y mujeres de 14 a 24 años, siendo la tasa de desempleo para este tramo de edad de 14,9%. La tasa de desempleo total en el Cusco es de 8,6%, porcentaje considerado relativamente bajo, aunque se concentra mayormente en la población femenina y en los jóvenes de 14 a 24 años.⁷⁸

1.1.2. RESPUESTAS Y SERVICIOS

Desde el Estado

El MIMDES, a través del INABIF, viene atendiendo a niños, niñas y adolescentes, así como a las familias a través de albergues y hogares y del programa de educadores de la calle.

En Cusco existen dos hogares de menores dirigidos por el INABIF (Jesús mi Luz, en Santiago, y El Buen Pastor, en Accomocco). Son unidades operativas diferenciadas por rangos de edad, sexo y problemática, en las que se desarrolla una metodología de intervención según el perfil psicosocial que presenta el menor. El objetivo final es una adecuada y sostenida reinserción familiar y social, fortaleciendo la unidad familiar como núcleo fundamental mediante acciones que posibiliten el desarrollo socio-emocional de los menores y propiciando la comunicación e interrelación positiva entre los miembros de la familia. La atención está a cargo de personal especializado que conforma un equipo técnico (director, administrador, trabajadora social, psicólogos y enfermeras), desde el cual se desarrollan capacidades y habilidades individuales y sociales y se estimulan valores, preparando a los niños, niñas y adolescentes para enfrentar los retos de la vida.

La línea de acción de promoción viene siendo ejecutada por “educadores de calle” en los distritos de Santiago y Wanchaq, donde se encuentran niñas, niños y adolescentes trabajadores y de la calle, generalmente en inmediaciones de mercados y centros comerciales. Se trabaja con el objetivo de “contribuir en el desarrollo integral de los niños y adolescentes trabajadores y de la calle, a través de un proceso formativo no convencional”.

Otra iniciativa desde el MIMDES es el Plan de Prevención de la Violencia Familiar y Sexual en Zonas Vulnerables. En Cusco este plan se lleva adelante desde las oficinas del Centro Emergencia Mujer, teniendo por objetivo informar y sensibilizar a la población acerca de la problemática y coordinar con otras instituciones que trabajan en el mismo tema para poder afianzar sus acciones, sobre todo aquellas que promueven la prevención.

Finalmente, desde la Mesa Regional de Lucha Contra la Violencia y a través de la atención, referencia y seguimiento de casos por Defensorías Comunitarias y DEMUNAs, se despliegan principalmente acciones de prevención, vigilancia, sensibilización y educación en derechos.

Desde otras instituciones

Existe un total de 52 hogares de menores dirigidos por particulares en el Cusco. Son llevados por congregaciones de iglesias, ONGs o personas naturales. La mayoría de estos hogares brinda vivienda, alimentación, vestido, educación y servicios de salud y psicología. También se tiene una casa refugio para niños que llegan y pernoctan en situaciones de maltrato.

A nivel provincial, la institución Dormitorio Infantil Municipal atiende desde 1996. Los usuarios de este dormitorio fueron en este año 258, entre los cuales el 98% fueron varones y el 2% mujeres. La Asociación Qosqo Maki tiene a cargo esta experiencia que atiende a un promedio de 45 niños diariamente, a los cuales se brinda además servicio de educación comunitaria y de desarrollo de habilidades que les permite un trabajo más digno y mejores posibilidades futuras.

3.4.5. PERCEPCIONES DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SOBRE DERECHOS

En los talleres realizados con niños, niñas y adolescentes para que aporten en el PRANA, en el aspecto de derechos ellos opinaron lo siguiente:

- Existe mucho maltrato a niños y niñas, por el machismo y porque los padres no reflexionan respecto al daño que hacen. Tenemos DEMUNAs pero no ayudan a los niños como se esperaría. También las discusiones entre padres afectan a los hijos. Los hijos deberían hacer reflexionar a sus padres diciéndoles que los problemas deben arreglarse sin discutir, solo opinando y siendo claros. Una solución es que los padres de familia tengan un curso de capacitación sobre derechos de la mujer, del niño y del adolescente para que reflexionen, hagan un examen de conciencia y así puedan recapacitar. Las instituciones del Estado deberían ayudar a erradicar el maltrato.

- Hay drogadicción, alcoholismo y pandillaje porque no hay mucha orientación de parte de la familia. La violencia y peleas entre padres y familiares hacen que cada vez más niños y jóvenes caigan en estas desgracias. A veces la presión de grupo y la falta de capacitación laboral y de charlas de formación aumentan la desorientación. Los profesores, junto con la Policía Nacional, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Trabajo, la familia y la iglesia pueden capacitar y brindar espacios de deporte, orientación e información.

- Los jóvenes pueden ayudar en la seguridad comunal para evitar la violencia y los abusos. La PNP, junto con los barrios organizados, podría hacer grupos de seguridad barrial. Para esto se necesitan charlas con la PNP, grupos de vigilancia entre los integrantes de la comunidad y organización y mejoramiento de la comunidad. Las municipalidades son las llamadas a solucionar estos problemas.

- Faltan sanciones severas a los comerciantes de drogas. Las autoridades del Poder Legislativo deben hacer un proyecto de ley aprobado por todos para sancionar a estos comerciantes.

- La familia se separa con la muerte. A veces la familia se destruye por accidentes y los niños, que necesitan cariño y amor, quedan abandonados por falta de economía y recursos. Otras veces los

padres, por buscar un buen trabajo para poder mantener a sus hijos, se van lejos y los dejan a cargo de personas que no les tratan bien. Los profesores deben entender a esos niños y ayudarles. Los alcaldes y autoridades deben preocuparse más por los niños.

- Las autoridades de la municipalidad no fomentan el deporte. Muchos niños y jóvenes pierden su tiempo porque no se les controla la recreación y por eso hay adicción al internet. Se debería clausurar los programas que distorsionan la mente de los estudiantes y promover más la lectura, el estudio y la responsabilidad. Se ha creado centros nocturnos y discotecas sin control del ingreso de adolescentes. La municipalidad y el IPD, con el apoyo de profesores y padres de familia, deben promover la creación de parques, centros deportivos y centros recreativos para la juventud y la niñez y una buena enseñanza de juegos deportivos con personal especializado. También se deben realizar programas, charlas y capacitación para la práctica del deporte.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV PROPUESTA REGIONAL POR LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

4.1. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

- El PRANA tiene una función de rectoría transectorial, que se incorpora y trasciende al planeamiento funcional, sectorial o territorial.
- Para poner en marcha los programas, proyectos y actividades que se enuncian a continuación, es necesario establecer coaliciones institucionales, según las acciones o proyectos específicos y teniendo en cuenta las prioridades concordadas por los miembros de la Asamblea del PRANA.
- Cuando las alianzas o coaliciones institucionales sean insuficientes por escasez de recursos financieros o técnicos o por la falta de presencia en algunos espacios de acción, entonces se tendrá que formular proyectos o perfiles específicos para los proyectos contemplados en el presente plan.
- En el caso de proyectos o programas que no tengan intervención actual y requieran incidencia, una estrategia financiera propia y la construcción de soporte institucional para ser llevados a cabo, la Secretaría Técnica del PRANA se encargará de impulsar tales procesos.
- La Secretaría Técnica, dentro de su labor de seguimiento y monitoreo del PRANA, deberá armar un marco de recursos institucionales, técnicos y financieros por actividad, proyecto o programa, y también el cuadro de recursos, en el cual deberá registrar el carácter y la temporalidad de la intervención de cada una de las instituciones.
- La Asamblea del PRANA, como instancia mayor de este plan, se constituirá en instancia de abogacía para impulsar -en todos los niveles sociales y de gobierno- la promoción, protección y logro de resultados concretos contemplados en él en pro de la niñez y la adolescencia e impulsará la atención de aspectos y dimensiones no contemplados.

4.2. VISIÓN

El año 2012 en la Región Cusco, las niñas, los niños, los adolescentes y aquellos que han sido concebidos cuentan con condiciones adecuadas para su desarrollo integral, en un ambiente saludable y sin violencia, ejerciendo sus derechos y responsabilidades y participando activamente en espacios de decisión local y regional.

La familia, el Estado, los medios de comunicación, el sector empresarial y la sociedad civil asumen en forma conjunta su responsabilidad social para con ellos.

3.3 3.4 OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS AL 2012

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Objetivo General 1</p> <p>Lograr el acceso universal de las mujeres en edad fértil, madres gestantes, niños, niñas y adolescentes, a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva de calidad, con enfoque intercultural y con un adecuado nivel de seguridad alimentaria y nutricional, sin discriminación alguna.</p>	<p>Madres gestantes y mujeres en edad fértil</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceden a servicios de salud oportunos y de calidad. Cuentan con seguro integral de salud. Tienen conocimientos y buenas prácticas nutricionales y alimentarias. Poseen conocimientos suficientes para cuidar a sus hijos. Alcanzan conocimientos óptimos para su propio cuidado. <p>Niños y niñas de 0 a 3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> El control de su crecimiento y desarrollo temprano es universal y obligatorio. Acceden a los servicios de salud, de calidad y con calidez. Son atendidos prioritariamente en casos de emergencia o desastres. Muestran altos índices de nutrición. El Proyecto Regional de Seguridad Alimentaria y otros servicios logran mantener una tendencia de mejora en sus índices de nutrición. Las niñas y niños de 0 a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. Las enfermedades inmunoprevenibles han disminuido significativamente. Los padres y madres comprenden y asumen la importancia de su salud integral, control, crecimiento y desarrollo. <p>Niños y niñas de 4 a 11 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Las enfermedades inmunoprevenibles han disminuido significativamente. Acceden a los servicios de salud, de calidad y con calidez. Son atendidos prioritariamente en casos de emergencia o desastres. <p>Adolescentes (12 a 17 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceden al paquete de atención integral de salud para la etapa de vida de 10 a 17 años. • Son atendidos prioritariamente en caso de emergencia o desastres. • Conocen los riesgos, se protegen y previenen las infecciones de transmisión sexual y el VIH SIDA. • Han mejorado sus conocimientos en salud sexual y reproductiva, uso de métodos de protección, paternidad y maternidad responsables y prevención del embarazo

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Objetivo General 2</p> <p>Asegurar el acceso, permanencia y conclusión en edad oportuna de la educación básica regular de calidad de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>Niños y niñas de 0 a 3 años</p> <p>Desarrollan integralmente sus habilidades y capacidades múltiples. Acceden a centros especializados como cunas o wawa wasis, en los cuales desarrollan factores protectores (nutrición, higiene, estimulación, afecto y otros). La educación temprana es universal y obligatoria.</p> <p>Niños y niñas de 4 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollan integralmente sus habilidades y capacidades múltiples. • La educación inicial es universal y obligatoria. • Acceden en edad oportuna a los servicios de educación inicial. <p>Niños y niñas de 7 a 11 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceden a servicios de educación básica de calidad y culminan el nivel primario en edad oportuna. • Las niñas de zonas rurales acceden y culminan la educación primaria en edad oportuna. • Desarrollan integralmente sus capacidades y habilidades múltiples. • Cuentan con espacios para su libre desarrollo recreativo, deportivo, artístico y cultural. <p>Adolescentes (12 a 17 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceden a una educación secundaria de calidad y concluyen en edad oportuna. • Las adolescentes del sector rural acceden a la escuela y culminan la educación secundaria en edad oportuna. • Desarrollan integralmente sus capacidades y habilidades múltiples. • El Estado en la región garantiza su acceso, si lo requieren, a un sistema de educación en alternancia en sus localidades y comunidades. • El Estado en la región les ofrece oportunidades de formación y capacitación en iniciativas emprendedoras y/o productivas. • Tienen oportunidades de educación extra escolar (comunitaria) así como de certificación y capitalización de sus aprendizajes. • Sus padres y madres están capacitados para vigilar su desarrollo.

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Objetivo General 3</p> <p>Promover el respeto, protección y atención de los derechos de la niñez y adolescencia por parte de las familias, la sociedad, el Estado y los medios de comunicación, fomentando su desarrollo y el ejercicio real y pleno de sus derechos, con énfasis en la participación individual y colectiva.</p>	<p>Madres gestantes y mujeres en edad fértil</p> <p>Las madres gestantes se encuentran en un entorno social saludable y satisfactorio. La comunidad interioriza la importancia del cuidado a las madres gestantes, participa en ello y cuenta con apoyo y medios eficaces para realizar vigilancia comunal.</p> <p>La vigilancia comunitaria permite reducir la violencia contra las madres gestantes. Las defensorías comunitarias cooperan en educar, prevenir y referir oportunamente los casos de violencia familiar, en especial si afecta a madres gestantes.</p> <p>Niños y niñas de 0 a 3 años</p> <p>Tienen garantizado el derecho a la identidad y al nombre en toda la región Cusco a través de los gobiernos locales y de otras redes sociales que han establecido políticas y estrategias concertadas y eficaces para ello.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los que tienen discapacidad o habilidades diferentes acceden a programas, servicios de calidad y atención preferente. • Los hijos de padres y madres trabajadores cuentan con servicios de cuidado y protección provistos por instancias públicas y privadas. • La institucionalidad concertada del PRANA como espacio facilita el ejercicio de sus derechos. <p>Niños y niñas de 4 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los programas de atención y desarrollo asumen como base fundamental de su intervención la identidad cultural. • Existe un sistema regional de vigilancia y protección establecido para evitar las peores formas de trabajo y explotación infantil. • Los que tienen discapacidad o habilidades diferentes tienen acceso a programas, servicios de calidad y atención preferente. • Los hijos de padres y madres trabajadoras cuentan con servicios de cuidado y protección provistos por instancias públicas y privadas. • La institucionalidad concertada del PRANA como espacio facilita el ejercicio de sus derechos.

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>sigue...</p> <p>Objetivo General 3</p> <p>Promover el respeto, protección y atención de los derechos de la niñez y adolescencia por parte de las familias, la sociedad, el Estado y los medios de comunicación, fomentando su desarrollo y el ejercicio real y pleno de sus derechos, con énfasis en la participación individual y colectiva.</p>	<p>Niños y niñas de 7 a 11 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hijos de padres y madres trabajadoras cuentan con servicios de cuidado y protección provistos por instancias públicas y privadas. • Los que tienen discapacidad o habilidades diferentes tienen acceso a programas, servicios de calidad y atención preferente. • Existe un sistema regional de vigilancia y protección establecido para evitar las peores formas de trabajo, violencia, abuso sexual y explotación infantil. • La institucionalidad pública regional concertada y sensibilizada promueve, vigila y propone alternativas para el cumplimiento de las normas legales sobre trabajo infantil. • Ejercen sus derechos en entornos saludables en la familia, la escuela y la comunidad. • Se organizan para participar en espacios de propuesta y toma de decisiones a nivel local y regional. • La institucionalidad concertada del PRANA como espacio facilita el ejercicio de sus derechos. <p>Adolescentes (12 a 17 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus padres y madres están capacitados para vigilar su desarrollo. • Los que tienen discapacidad o habilidades diferentes tienen acceso a programas, servicios de calidad y atención preferente. • Las madres adolescentes cuentan con servicios de protección adecuados. • Las madres y padres adolescentes cuentan con un sistema o red de acompañamiento, consejería y apoyo. • Las madres adolescentes no son discriminadas por el sistema educativo ni por la sociedad. • Existe un sistema regional de vigilancia y protección para evitar las peores formas de trabajo, violencia, abuso sexual y explotación comercial; y para prevenir y disminuir el alcoholismo y la drogadicción de adolescentes. • La institucionalidad concertada del PRANA como espacio facilita el ejercicio de sus derechos.

OBJETIVOS**RESULTADOS****Objetivo General 4**

Promover mayores oportunidades y espacios sociales e institucionales de recreación, deporte, arte y diversas formas de creación cultural, sin ningún tipo de discriminación.

- Los niños, niñas y adolescentes cuentan con espacios para su libre desarrollo recreativo, deportivo, artístico y cultural de acuerdo a sus requerimientos por grupo de edad.

OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Objetivo General 5</p> <p>Establecer desde el PRANA un espacio regional de concertación, monitoreo y orientación que dé prioridad a la atención de niños, niñas y adolescentes en el accionar del Estado, del sector empresarial, de los medios de comunicación y de la sociedad civil regional, espacio articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado y a otros planes regionales y locales, para políticas, servicios e inversiones oportunos y eficaces en pro de la niñez y la adolescencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existen políticas regionales y locales que garantizan el cumplimiento y aplicación de los derechos de niños, niñas y adolescentes. • Los lineamientos de política de todos los sectores y los planes públicos locales y regionales están articulados, son vinculantes y priorizan a la niñez y la adolescencia. • Familia, escuela, comunidad, sociedad civil, Estado regional y local y medios de comunicación están comprometidos con los derechos de niñas, niños y adolescentes. • Existen programas de promoción y acceso a la justicia con enfoque intercultural, que luchan contra la violencia, el abuso sexual y la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. • El sistema de administración de justicia especializado en niñez y adolescencia es eficiente. • El sector privado empresarial desarrolla su responsabilidad social con énfasis y prioridad en la niñez y la adolescencia. • Las instituciones privadas de cooperación invierten prioritariamente en la niñez y la adolescencia. • Las instituciones y organizaciones sociales y profesionales están comprometidas con la niñez y la adolescencia. • Los gobiernos locales cuentan con capacidades para formular e implementar planes, programas y proyectos locales de acción por la niñez y la adolescencia. • Se cuenta con un Proyecto Regional de Seguridad Alimentaria. • El PRANA se conoce y es utilizado como instrumento de orientación y gestión para acciones a favor de la niñez y la adolescencia. • Los avances y logros de los objetivos del PRANA son monitoreados por una instancia independiente conformada por el Estado y la sociedad civil específica. • El PRANA ha sido incorporado en el presupuesto regional y en los presupuestos locales. • Se cuenta con estudios e información sistematizada sobre la situación de niños, niñas y adolescentes.

4.4. OBJETIVOS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES	ALIADOS PARA LA ACCIÓN
<p>Objetivo General 1 Lograr el acceso universal de las mujeres en edad fértil, madres gestantes, niños, niñas y adolescentes, a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva de calidad, con enfoque intercultural y con un adecuado nivel de seguridad alimentaria y nutricional, sin discriminación alguna.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr que las mujeres en edad fértil conozcan y desarrollen buenas prácticas para el cuidado integral de su salud. ▪ Lograr que las madres gestantes tengan una maternidad saludable y segura. ▪ Generar condiciones para que los hogares brinden a sus hijos por nacer un ambiente saludable y adecuado para su desarrollo óptimo y armonioso. ▪ Empoderar a la comunidad como eje de apoyo de las madres gestantes. ▪ Impulsar un desarrollo físico, mental y emocional equilibrado de los niños y niñas por grupos de edad (0-3, 4-6, 7-11 años) y de los adolescentes. ▪ Asegurar que los niños de 0-3 años cuenten con una adecuada nutrición para su edad. ▪ Disminuir significativamente la morbilidad en los niños y niñas de 0-3 y 4-6 años. ▪ Fortalecer y mejorar las capacidades de padres, madres y familias para que velen por el crecimiento y desarrollo temprano e integral de sus hijos e hijas. ▪ Elevar la protección de los niños y niñas de 7 -11 años contra enfermedades inmuno prevenibles y accidentes. ▪ Asegurar la protección de la salud de los adolescentes. ▪ Empoderar a los adolescentes para que conozcan y valoren la importancia de proteger su salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. 	<p>1. Fortalecimiento del potencial humano en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de capacidades y competencias en salud y prevención de violencia en el personal de primer nivel y de niveles intermedios, en agentes comunitarios, comités de defensa, etc. • Fortalecimiento de capacidades del personal de salud para una mejor atención de calidad y con calidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de un plan de capacitación para personal de primer nivel y de niveles intermedios de salud. ❖ Capacitación y evaluación del personal de salud para una mejor atención de calidad y con calidez. 	<p>Dirección Regional de Salud ESSALUD Consejo Regional de Salud Universidades Otros Defensoría del Pueblo</p>

	<p>2. Promoción de la participación ciudadana y de la vigilancia social en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades y habilidades sociales de las organizaciones de base. Fortalecimiento de los espacios de concertación y vigilancia en el tema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación en habilidades sociales dirigida a organizaciones de base, que incluya la participación de mujeres y varones a nivel de gobiernos locales. Capacitación a comités de defensa y agentes comunales para acciones preventivas y de vigilancia en salud. Capacitación permanente para los miembros y representantes de los espacios de concertación y vigilancia en temas como planificación, monitoreo, evaluación, abogacía, etc. 	<p>Dirección Regional de Salud (Gerencia de Promoción de la Salud) Defensoría del Pueblo MCLCP COINCODE Futuras Generaciones Kallpa Plan-Programa Perú UNICEF Visión Mundial</p>

	<p>3. Seguridad alimentaria y supervivencia infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y capacitación a autoridades, líderes comunales y ciudadanía en seguridad alimentaria y supervivencia infantil. • Sistema de vigilancia nutricional y seguridad alimentaria. • Cuidado de la salud de mujeres en edad fértil, madres gestantes, niños, niñas y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diseño e implementación de campañas de difusión y movilización en diferentes niveles y ámbitos sobre seguridad alimentaria y supervivencia infantil. ❖ Promoción y difusión de mensajes educativos de alimentación de gestantes, niños y niñas. ❖ Capacitación a autoridades y líderes comunales en gestión de la seguridad alimentaria. ❖ Diseño e implementación de sistemas locales de vigilancia nutricional y seguridad alimentaria. ❖ Capacitación a nivel comunitario en maternidad segura y en la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). ❖ Sensibilización de la familia y la gestante en la prevención de la transmisión vertical de la sífilis y el VIH y en infecciones de transmisión sexual en mujeres en edad fértil, madres, niños, niñas y adolescentes. ❖ Información y promoción para la prevención y atención oportuna del embarazo en adolescentes. 	<p>Dirección Regional de Agricultura Dirección Regional de Producción Dirección Regional de Salud PRONAA ESSALUD Municipalidades Adra-Ofasa ; Caritas Central de Comedores Populares IAA, Kallpa, Prisma, UNICEF Medios de comunicación Dirección Regional de Salud Futuras Generaciones UNICEF Medios de comunicación</p>

	5. Información.	<ul style="list-style-type: none"> • Red de inteligencia e información integrada. • Sistema de información de indicadores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación y fortalecimiento de una red de inteligencia e información integrada de instituciones vinculadas al trabajo con gestantes, niñas, niños y adolescentes. ❖ Implementación del sistema de información de indicadores de salud (estadística y estudios básicos). ❖ Establecimiento de líneas de base sobre indicadores de salud a través de la realización de estudios. 	<p>Gerencia Regional de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial Dirección Regional de Salud ESSALUD INEI Consejo Regional de Salud UNICEF Universidades</p>
--	-----------------	---	---	---

	<p>6. Programa de promoción de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Red regional de organizaciones de niños, niñas y adolescentes. • Atención y asesoría a niños, niñas y adolescentes. • Prevención y promoción contra la violencia familiar, el VIH y el consumo de drogas. • Fortalecimiento de municipalidades, escuelas, comunidades y familias saludables. • Defensorías de la niñez y la adolescencia. • Sensibilización a medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación en los colegios de espacios de análisis, diálogo y participación de niñas, niños y adolescentes en temas de violencia familiar y salud mental. ❖ Creación de una red regional de organizaciones de niños, niñas y adolescentes. ❖ Implementación de consultorios de asistencia psicológica eficientes y de calidad. ❖ Implementación de líneas telefónicas bilingües de atención a niños, niñas y adolescentes. ❖ Implementación intersectorial y multidisciplinaria de programas de prevención y promoción contra la violencia familiar, el consumo de alcohol y otros. ❖ Implementación y fortalecimiento de la estrategia de municipalidades, escuelas, comunidades y familias saludables ❖ Promoción del reconocimiento y la formación de defensorías de la niñez y la adolescencia para la promoción de derechos y la prevención de la violencia familiar, con énfasis en conductas saludables ❖ Elaboración de un plan de sensibilización a medios de comunicación. 	<p>Dirección Regional de Educación Dirección Regional de Salud (Gerencia de Promoción de la Salud) INABIF PNP Municipalidades CEM DEMUNAS MCLCP Mesa de Lucha contra la Violencia CODENI Defensorías comunitarias y parroquiales Flora Tristán Kallpa Plan-Programa Perú SANBASUR UNICEF Visión Mundial Medios de comunicación.</p>
	<p>7. Mejoramiento de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación e implementación de espacios de atención especializada para niños, niñas y adolescentes en los establecimientos de salud. • Mejoramiento del sistema de monitoreo y vigilancia en salud materno infantil de los establecimientos de salud. • Implementación de un sistema integral de referencia y contrareferencia. 		<p>Gobierno Regional Dirección Regional de Salud Hospitales Municipalidades Centro de Emergencia Mujer DEMUNAS PNP</p>

	8. Mejora en el acceso y aseguramiento en los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de aseguramiento para gestantes, niñas, niños y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Creación e implementación del programa de aseguramiento para gestantes, niñas, niños y adolescentes. ❖ Promoción del acceso a servicios diferenciados de salud. 	Gobierno Regional Dirección Regional de Salud
--	---	---	--	--

Objetivo General 2*

Asegurar el acceso, permanencia y conclusión en edad oportuna de la educación básica regular de calidad de niños, niñas y adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES	ALIADOS PARA LA ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover el acceso a la educación temprana y/o la atención de niños y niñas de 0-2 años en un programa universal de crecimiento y desarrollo temprano. ▪ Lograr una educación inicial integral de calidad y calidez para todos los niños y niñas de 0-5 años. ▪ Garantizar una educación básica de calidad y con calidez para todos los niños y niñas de 6-11 años y los adolescentes. ▪ Generar las condiciones para que los adolescentes desarrollen capacidades y habilidades múltiples para su desenvolvimiento social y laboral. ▪ Fortalecer la calidad educativa y la pertinencia cultural de la educación primaria en la región. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de espacios sociales, comunitarios y familiares afectivos, estimulantes, saludables y respetuosos de niños, niñas y adolescentes. 2. Promoción de la educación de la primera infancia de niñas y niños de 0-2 años. 3. Fortalecimiento de modalidades y estrategias para el acceso a la educación técnico productiva. 4. Estudios descentralizados y participativos sobre experiencias, oferta, demanda y posibilidades de educación técnico productiva. 5. Fortalecimiento de las estrategias para el acceso y permanencia de niñas y niños en la educación básica regular. 6. Mejora del sistema de formación inicial y continua de los docentes y evaluación de su desempeño. 			<p>Municipalidades Instituciones de promoción comunitaria Parroquias Promotores de salud</p> <p>OEI Red de Primera Infancia UNICEF</p> <p>CEOs Institutos tecnológicos Otros</p> <p>Universidades</p> <p>Directores y docentes de las instituciones educativas Municipalidades APAFAs Redes educativas Institutos pedagógicos Universidades acreditadas</p>

	7. Sistema de convalidación, acreditación y certificación de competencias y habilidades en la educación no formal de niñas, niños y adolescentes en diversas áreas.			Instituciones aptas para acreditar (como el Instituto Americano de Arte, Centro Qosqo y otras similares)

Objetivo General 3 Promover el respeto, protección y atención de los derechos de la niñez y adolescencia por parte de las familias, la sociedad, el Estado y los medios de comunicación, fomentando su desarrollo y el ejercicio real y pleno de sus derechos, con énfasis en la participación individual y colectiva.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES
			ALIADOS PARA LA ACCIÓN

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erradicar las peores formas de trabajo y de explotación infantil, así como el abuso y la explotación sexual. ▪ Asegurar que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a una identidad y un nombre. ▪ Contribuir a la promoción y el ejercicio de los derechos y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes. ▪ Contribuir al respecto de los derechos de niños, niñas y adolescentes por parte de los padres, madres, familias y comunidad en general. ▪ Promover la cultura de paz y el derecho al buen trato de los niños, niñas y adolescentes. ▪ Promover en los padres y madres el reconocimiento y respeto de los derechos de las niñas, con énfasis en el área rural. ▪ Promover oportunidades de desarrollo para las adolescentes, con énfasis en el área rural. 	<p>1. Fortalecimiento de los programas de promoción, prevención y atención para el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes. • Prevención del embarazo en adolescentes y de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH/SIDA. • Prevención y atención a niñas, niños y adolescentes, víctimas de maltrato, abuso y explotación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diseño e implementación de campañas de difusión y movilización en diferentes niveles y ámbitos sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención de ITS y VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes. ❖ Implementación en colegios de espacios de análisis, diálogo y participación de niñas, niños y adolescentes en temas de maltrato, abuso y explotación sexual. ❖ Implementación intersectorial y multidisciplinaria de programas de prevención y atención contra el maltrato, abuso y explotación sexual. ❖ Implementación de consultorios de asistencia psicológica eficientes y de calidad, para víctimas de maltrato, abuso y explotación sexual. ❖ Implementación de líneas telefónicas bilingües de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato, abuso y explotación sexual. ❖ Elaboración de un estudio sobre la situación real de víctimas de maltrato, abuso y explotación sexual. 	<p>Dirección Regional de Educación Dirección Regional de Salud (Gerencia de Promoción de la Salud) INABIF PNP Municipalidades CEMs DEMUNAS MCLCP Mesa de Lucha Contra la Violencia CODENI Defensorías comunitarias y parroquiales Flora Tristán Kallpa Plan-Programa Perú UNICEF Visión Mundial Medios de comunicación</p>
---	---	---	---	--

	<p>2. Fortalecimiento del sistema de atención del derecho al nombre y la identidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del sistema de atención del derecho al nombre. • Promoción de la participación y vigilancia comunitaria para la identidad y el derecho al nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación de un sistema único de identidad. ❖ Capacitación y sensibilización a los responsables de registro civil de las municipalidades. ❖ Diseño e implementación de campañas de difusión y movilización en diferentes niveles y ámbitos sobre el derecho a la identidad y al nombre de niños y niñas. ❖ Creación de redes de vigilancia comunitaria para la identidad y el derecho al nombre de niños y niñas. ❖ Elaboración de un diagnóstico de la situación real sobre el derecho al nombre de niños y niñas. 	<p>Dirección Regional de Educación Dirección Regional de Salud Municipalidades DEMUNAS INABIF PNP RENEC MCLCP CODENI Defensorías comunitarias y parroquiales Plan-Programa Perú UNICEF Visión Mundial</p>
	<p>3. Fortalecimiento de la participación de niñas, niños y adolescentes, como actores sociales, en la vida comunitaria y en la gestión pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación autónoma de niños, niñas y adolescentes en la gestión social y pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Acompañamiento y capacitación para la participación autónoma de niños, niñas y adolescentes en la gestión social y pública. ❖ Promoción, reconocimiento y respeto de espacios para la participación de niños, niñas y adolescentes. ❖ Promoción y fortalecimiento de redes de organizaciones de niños, niñas y adolescentes. ❖ Formalización de la participación de niños, niñas y adolescentes ante espacios consultivos y propositivos de la gestión pública. 	<p>Medios de comunicación Dirección Regional de Educación Municipalidades CEMs DEMUNAS INABIF PNP MCLCP Mesa de Lucha contra la Violencia CODENI Defensorías comunitarias y parroquiales Flora Tristán Kallpa Plan-Programa Perú UNICEF Visión Mundial Medios de comunicación</p>

	<p>4. Promoción y fortalecimiento de espacios, instancias y servicios suficientes y de calidad para la protección de los derechos civiles, económicos, sociales y culturales de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p>•Sistema regional articulado de vigilancia y protección para prevenir y atender las situaciones de abandono, las peores formas de trabajo y la violencia y explotación comercial de niñas, niños y adolescentes.</p> <p>•Promoción y acceso a la justicia con enfoque intercultural, para luchar contra la violencia, el abuso sexual y la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes.</p>	<p>❖ Implementación de un sistema articulado intersectorial de vigilancia, protección y atención integral de niños, niñas y adolescentes en situaciones de abandono, violencia y explotación comercial y bajo las peores formas de trabajo.</p> <p>❖ Formación de redes institucionales de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>❖ Red de centros de cuidado a niñas y niños de 0-10 años hijos de madres y padres trabajadores y estudiantes.</p> <p>❖ Diseño e implementación de campañas de difusión y movilización, en diferentes niveles y ámbitos, sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>❖ Sensibilización y capacitación a los responsables de administrar justicia sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes, con un enfoque intercultural.</p>	<p>DEMUNAS COMUDENA CEMs Defensorías del Niño, Niña y Adolescente Promotores</p>
			<p>❖ Implementación de un proyecto focalizado para el fomento y el monitoreo del acceso y la permanencia escolar de las niñas y las adolescentes, con énfasis en el área rural.</p>	<p>Dirección Regional de Educación Municipalidades MCLCP CODENI Defensorías comunitarias y parroquiales Flora Tristán Kallpa Plan-Programa Perú UNICEF Visión Mundial Medios de comunicación.</p>

Objetivo General 4 Promover mayores oportunidades y espacios sociales e institucionales de recreación, deporte, arte y diversas formas de creación cultural, sin ningún tipo de discriminación.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES	ALIADOS PARA LA ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar espacios y acciones de recreación, arte, cultura y deporte para niños, niñas y adolescentes. 	1. Desarrollo de expresiones lúdicas, deportivas, recreativas y creativas en niños, niñas y adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación y promoción de las manifestaciones culturales de niños, niñas y adolescentes. • Ludotecas municipales. • Construcción de parques infantiles. • Apoyo a niños, niñas y adolescentes deportistas calificados. • Conocimiento de nuestra cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensibilización a la familia, comunidad, autoridades locales y profesores sobre la importancia de las actividades lúdicas, recreativas y creativas en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. ❖ Implementación de espacios de formación artística en danza, música, canto, teatro, dibujo, pintura y otras manifestaciones culturales. ❖ Promoción de actividades públicas (concursos, ferias, encuentros, paseos, etc.) para la expresión artística de niños, niñas y adolescentes. ❖ Capacitación al personal responsable de las actividades lúdicas, recreativas y creativas en los espacios implementados. ❖ Implementación de ludotecas municipales. ❖ Implementación de parques infantiles en zonas de concentración poblacional. ❖ Implementación de un paquete de apoyo municipal y regional para niños, niñas y adolescentes deportistas calificados. ❖ Visitas programadas a los centros arqueológicos y museos de la región. 	Gobierno Regional (Presidencia, Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial y Gerencia de Desarrollo Social) Consejo Regional Dirección Regional de Educación Dirección Regional de Salud Municipalidades provinciales y distritales PNP Escuela Regional Autónoma de Bellas Artes Escuela Regional de Música IPD Consejo de Coordinación Regional MCLCP CODENI Plan-Programa Perú Qosqo Maki UNICEF Visión Mundial

Objetivo General 5	Establecer desde el PRANA un espacio regional de concertación, monitoreo y orientación que dé prioridad a la atención de niños, niñas y adolescentes en el accionar del Estado, del sector empresarial, de los medios de comunicación y de la sociedad civil regional, espacio articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado y a otros planes regionales y locales, para políticas, servicios e inversiones oportunos y eficaces en pro de la niñez y la adolescencia.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROGRAMAS	PROYECTOS	ACTIVIDADES	ALIADOS PARA LA ACCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constituir el PRANA como instrumento que oriente el accionar del Estado y de la sociedad civil en pro de los niños, niñas y adolescentes. ▪ Lograr que el Estado y la sociedad civil a nivel regional y local asuman como prioridad la atención de niños, niñas y adolescentes. ▪ Lograr que el sector privado asuma su responsabilidad social prioritariamente en la atención a la niñez y adolescencia. ▪ Lograr una ejecución concertada, articulada y convergente de los proyectos y estrategias del PRANA. ▪ Lograr un sistema de justicia especializado en niñez y adolescencia, eficiente y con enfoque intercultural. 			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Constitución de una Secretaría Técnica del PRANA, que genere consensos, proponga políticas y recomiende estrategias a favor de niños, niñas y adolescentes; mediante acciones de monitoreo y seguimiento de resultados. ❖ Sensibilización y participación activa de las autoridades y funcionarios de los sectores del Estado pertinentes a la niñez y la adolescencia, para que interioricen la información y orientaciones del PRANA y tengan una adecuada toma de decisiones para la gestión y ejecución de acciones y proyectos. ❖ Sensibilización de las instancias del Estado y del gobierno nacional, regional y local, para que implementen servicios básicos suficientes y de calidad en educación, salud, recreación, deporte y cultura y para la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en toda la región Cusco. ❖ Fortalecimiento de las capacidades de las instituciones públicas, sociales y privadas para implementar el PRANA. ❖ Sensibilización de las instancias de administración de justicia para que se especialicen en temas de derechos de niñez y adolescencia. 	<p>Gobierno Regional (Presidencia, Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial y Gerencia de Desarrollo Social) Consejo Regional Municipalidades provinciales y distritales Dirección Regional de Educación Dirección Regional de Salud Poder Judicial Ministerio Público INABIF PNP Defensoría del Pueblo Consejo de Coordinación Regional MCLCP AATC Cámara de Comercio CODENI Futuras Generaciones Mesa de Lucha Contra la Violencia Plan Gosqo Maqi UNICEF Visión Mundial</p>

4.5. OBJETIVOS DE GESTIÓN (PRIMER AÑO)

Objetivo 1

Información y sensibilización sobre el PRANA

Informar, sensibilizar y difundir los alcances y propósitos del PRANA, partiendo por el Estado y el sector privado (empresas, organizaciones, familias, estudiantes).

Objetivo 2

Toma de decisiones

Lograr que las autoridades y funcionarios de los sectores del Estado y los dirigentes sociales e institucionales interioricen la información y las orientaciones del PRANA para una adecuada toma de decisiones en relación a su gestión y ejecución.

Objetivo 3

Financiamiento y presupuesto

Lograr y monitorear la puesta en ejecución de los perfiles propuestos en el marco del Presupuesto Participativo Regional, los Presupuestos Participativos Locales y sus respectivos programas de inversión.

BIBLIOGRAFÍA

- *Análisis Situacional de Salud (ASIS)*, DIRESA, Cusco 2005.
- *Breves Diagnósticos sobre la Explotación Sexual Comercial a Niños, Niñas y Adolescentes de las Ciudades de Cusco, Abancay y Puerto Maldonado*, CODENI, Cusco 2004.
- *Censo Nacional de Población y Vivienda 2005. Resultados Definitivos*, INEI, Lima 2006.
- *Diagnóstico Socio Laboral Económico de Cusco*, Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, Cusco 2005.
- *Educación en Cifras. Región Cusco–2005*, Proyecto Apoyo a la Descentralización de la Educación, Dirección Regional de Educación, Cusco 2005.
- *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000*, INEI, Lima 2001.
- *Estado de la Niñez y Adolescencia en la Región Cusco*, Plan-Programa Perú, Cusco 2006.
- *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2003*, PNUD, 2003.
- *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2005*, PNUD, 2005.
- *Perfil Educativo de la Región Cusco. Principales Indicadores para el Seguimiento de Proyectos Educativos Regionales*, Ministerio de Educación.
- *Plan Concertado Regional por la Infancia, Puno 2005-2010*, Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Puno.
- *Plan de Emergencia Infantil 2004-2006*, Gobierno Regional, Cusco 2004.
- *Plan de Prevención de la Violencia Familiar y Sexual en Zonas de Vulnerabilidad en las Regiones del País*, Gobierno Regional Cusco - MIMDES - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual, 2006.
- *Plan Estratégico de Desarrollo Regional Concertado, Cusco al 2012*, Gobierno Regional, Cusco 2002.
- *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010*, MIMDES, 2002.
- *Plan Regional Concertado de Salud, 2005-2002*, Cusco 2005.
- *Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2004-2010, Moquegua*, Gobierno Regional, Moquegua 2004.
- *Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2004-2010, Cajamarca*, Gobierno Regional, Cajamarca 2003.
- *Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2006-2016, Tacna*, Gobierno Regional y Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, Tacna.
- *Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2006-2010, Ucayali*, Gobierno Regional, Ucayali.
- *Violencia Conyugal Física en el Perú*, INEI, Lima 2006.

GLOSARIO DE SIGLAS UTILIZADAS

AATC	Asociación de Agencias de Turismo del Cusco
ADEAS Qullana	Asociación para el Desarrollo Andino Sostenible Qullana
ADRA- OFASA	Agencia Adventista para el Desarrollo y los Recursos Asistenciales
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
ANTRAH	Asociación Nacional de Trabajadoras del Hogar
APAFA	Asociación de Padres de Familia
ASIS	Análisis Situacional de Salud
CADEP José María Arguedas	Centro Andino de Educación y Promoción José María Arguedas
CEARAS Kallpanchis	Centro de Apoyo Rural y Acción Social Kallpanchis
CEBE	Centro de Educación Básica Especial
CECOSA	Centro Comunal de Seguridad Alimentaria
CEDIF	Centro de Desarrollo Integral de la Familia
CEDNA	Centro para el Desarrollo del Niño y el Adolescente
CEFASA	Centro Familiar de Seguridad Alimentaria
CEM	Centro de Emergencia Mujer
CEMUSAJE	Central de Mujeres de San Jerónimo
CEO	Centro Educativo Ocupacional
CEPLAN	Centro de Planeamiento Estratégico Nacional
CESA	Centro de Servicios Agropecuarios
CMP Flora Tristán	Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
CNM Micaela Bastidas	Central Nacional de Mujeres Micaela Bastidas
CODECC	Coordinadora de Defensorías Comunitarias del Cusco
CODENI	Coordinación de los Derechos del Niño
COINCIDE	Coordinadora Intercentros de Investigación, Desarrollo y Educación
COMUDENA	Comité Municipal por los Derechos del Niño y el Adolescente
COMUZONE	Coordinadora de Mujeres de la Zona Nor Este
CPN	Control Pre Natal
CRFA	Centro Rural de Formación en Alternancia
CRIEN	Centro de Rehabilitación y Educación Nutricional
DEMUNA	Defensorías Municipales de Niños y Adolescentes
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DREC	Dirección Regional de Educación
EIB	Educación Intercultural Bilingüe
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Nacional de Salud
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
FOCAM	Fondo de Compensación Ambiental de Camisea
IAA	Instituto para una Alternativa Agraria
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INABIF	Instituto Nacional de Bienestar Infantil
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INP	Instituto Nacional de Planificación
IPD	Instituto Peruano del Deporte
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MM	Mortalidad Materna
MMM	Marco Macroeconómico Multianual
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
ONG	Organización No Gubernamental
DIRTEPOL	Dirección Territorial Policial
PBI	Producto Bruto Interno
PER	Proyecto Educativo Regional
PNP	Policía Nacional del Perú
POLTUR	Policía de Turismo
PRAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
PRANA	Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
PRODES	Pro Descentralización
PROMUDEH	Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano
PRONAA	Programa Nacional de Apoyo Alimentario

RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SANBASUR	Saneamiento Básico del Sur
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TDI	Trabajador Doméstico Infantil
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMP	Tasa de Mortalidad Prenatal
TMPI	Tasa de Mortalidad Post Infantil
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
UMANOS	Asociación Uniendo Manos Jóvenes
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNSAAC	Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

ANEXOS

1. Indicadores de Desarrollo Humano por Provincias del Departamento del Cusco¹

Provincia Cusco

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	278 794	304 152	323 644
	Ranking	10	11	11
Esperanza de Vida al nacer	Años	65,89	70,7	71,4
	Ranking	49	26	36
Alfabetismo	%	91,60	94,5	94,5
	Ranking	31	12	18
Matriculación Secundaria	%	83,30	89,1	90,1
	Ranking	20	33	37
Logro educativo	%	88,83	92,7	91,6
	Ranking	18	17	27
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	166,80	391,1	305,3
	Ranking	5	11	45
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,663	0,664	0,6066
	Ranking	10	11	32

Acomayo

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	30 132	38 626	35 020
	Ranking	143	135	145
Esperanza de vida al nacer al nacer	Años	54,15	61,7	64,0
	Ranking	185	180	170
Alfabetismo	%	61,50	76,7	76,7
	Ranking	171	135	139
Matriculación Secundaria	%	38,00	35,9	40,8
	Ranking	146	189	189
Logro educativo	%	53,67	63,1	52,7
	Ranking	172	171	186
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	76,91	217,6	193,8
	Ranking	80	99	139
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,385	0,454	0,4182
	Ranking	165	165	189

Anta

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	58 736	61 508	65 408
	Ranking	83	89	91
Esperanza de Vida al nacer	Años	56,83	64,2	63,7
	Ranking	164	147	173
Alfabetismo	%	66,60	78,8	78,8
	Ranking	156	122	126
Matriculación Secundaria	%	47,90	71,8	79,4
	Ranking	112	98	86
Logro educativo	%	60,37	76,5	79,2
	Ranking	146	107	91
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	71,94	208,0	190,6
	Ranking	94	110	143
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,417	0,509	0,5041
	Ranking	143	116	117

Calca

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	58 241	64 619	65 899
	Ranking	86	82	89
Esperanza de Vida al nacer	Años	57,05	65,10	65,3
	Ranking	159	127	154
Alfabetismo	%	65,60	77,90	77,9
	Ranking	160	128	133
Matriculación Secundaria	%	50,80	60,1	64,6
	Ranking	100	131	128
Logro educativo	%	60,67	72,0	69,1
	Ranking	143	134	129
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	75,95	215,8	194,0
	Ranking	82	102	138
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,424	0,502	0,4795
	Ranking	138	125	143

Canas

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	40 981	43 481	45 464
	Ranking	123	126	130
Esperanza de Vida al nacer	Años	52,51	60,7	62,1
	Ranking	189	191	190
Alfabetismo	%	67,90	80,0	80,0
	Ranking	152	117	121
Matriculación Secundaria	%	31,90	60,7	63,7
	Ranking	171	128	130
Logro educativo	%	55,90	73,6	69,1
	Ranking	161	123	128
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	68,15	200,7	187,3
	Ranking	104	119	150
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,374	0,477	0,4612
	Ranking	174	145	161

Canchis

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	98 409	100 934	108055
	Ranking	53	55	55
Esperanza de Vida al nacer	Años	54,88	61,4	61,6
	Ranking	181	184	192
Alfabetismo	%	72,10	82,5	82,5
	Ranking	132	100	103
Matriculación Secundaria	%	75,70	81,7	87,5
	Ranking	37	62	49
Logro educativo	%	73,30	82,2	85,8
	Ranking	80	74	57
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	89,56	242,0	214,5
	Ranking	59	67	109
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,468	0,525	0,5184
	Ranking	100	100	100

Chumbivilcas

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	72 341	73 109	78 664
	Ranking	70	73	72
Esperanza de Vida al nacer	Años	54,88	62,3	63,5
	Ranking	182	172	178
Alfabetismo	%	55,30	68,8	68,8
	Ranking	186	166	168
Matriculación Secundaria	%	31,60	48,0	52,5
	Ranking	173	165	164
Logro educativo	%	47,40	61,9	57,9
	Ranking	186	173	175
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	58,61	182,3	173,4
	Ranking	129	143	166
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,349	0,440	0,4291
	Ranking	185	177	182

Espinar

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	58 645	63 360	67 941
	Ranking	84	87	86
Esperanza de Vida al nacer	Años	56,29	63,7	65,5
	Ranking	167	151	148
Alfabetismo	%	73,50	83,7	83,7
	Ranking	129	89	94
Matriculación Secundaria	%	51,80	67,9	73,6
	Ranking	98	110	106
Logro educativo	%	66,27	78,4	77,0
	Ranking	117	95	99
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	79,08	221,6	193,5
	Ranking	74	96	140
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,441	0,517	0,5072
	Ranking	119	107	113

La Convención

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	163 938	189 628	197 332
	Ranking	25	21	23
Esperanza de Vida al nacer	Años	59,92	66,8	67,7
	Ranking	130	99	108
Alfabetismo	%	75,90	84,1	84,1
	Ranking	119	85	90
Matriculación Secundaria	%	41,40	55,9	56,1
	Ranking	134	141	154
Logro educativo	%	64,40	74,7	65,4
	Ranking	125	115	145
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	47,15	212,3	184,8
	Ranking	87	105	152
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,450	0,519	0,4797
	Ranking	113	106	141

Paruro

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	35 590	32 240	40 088
	Ranking	133	141	136
Esperanza de Vida al nacer	Años	51,68	62,2	63,4
	Ranking	192	174	181
Alfabetismo	%	55,50	70,7	70,7
	Ranking	185	162	164
Matriculación Secundaria	%	27,50	36,1	41,1
	Ranking	184	188	188
Logro educativo	%	46,17	59,2	51,0
	Ranking	190	183	190
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	66,22	197,0	182,3
	Ranking	106	124	156
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,335	0,436	0,4069
	Ranking	189	182	191

Paucartambo

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	42 088	45 221	48 290
	Ranking	120	122	122
Esperanza de Vida al nacer	Años	54,60	62,6	64,5
	Ranking	184	167	165
Alfabetismo	%	54,90	71,0	71,0
	Ranking	187	160	162
Matriculación Secundaria	%	15,60	31,1	37,1
	Ranking	193	193	192
Logro educativo	%	41,80	57,7	48,4
	Ranking	193	186	193
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	64,07	192,8	177,5
	Ranking	113	131	161
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,335	0,432	0,4038
	Ranking	190	186	193

Quispicanchi

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	78 647	84 067	90 393
	Ranking	62	66	67
Esperanza de Vida al nacer	Años	52,38	61,1	63,0
	Ranking	190	187	188
Alfabetismo	%	62,20	75,7	75,7
	Ranking	169	141	144
Matriculación Secundaria	%	32,40	43,0	47,1
	Ranking	169	179	182
Logro educativo	%	52,27	64,8	56,6
	Ranking	177	163	179
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	73,90	211,8	189,8
	Ranking	88	106	147
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,367	0,454	0,4248
	Ranking	177	164	187

Urubamba

Años		1993	2000	2003
Población	Habitantes	49 953	54 197	57 050
	Ranking	102	102	107
Esperanza de Vida al nacer	Años	56,97	65,5	65,9
	Ranking	162	117	145
Alfabetismo	%	74,90	84,9	84,9
	Ranking	126	81	5
Matriculación Secundaria	%	58,10	65,7	67,4
	Ranking	77	114	121
Logro educativo	%	69,30	78,5	73,2
	Ranking	101	94	115
Ingreso familiar per capita	Mensual (soles)	83,44	230,2	205,7
	Ranking	64	82	120
Índice de Desarrollo Humano	IDH	0,460	0,531	0,4987
	Ranking	105	93	126

2. Talleres realizados para la elaboración del PRANA

Para elaborar el presente plan se desarrollaron diferentes Talleres participativos, dos de ellos fueron realizados con representantes regionales de la sociedad civil y de las instituciones del Estado los días 17 de marzo y 7 de junio del presente año. Todos ellos conforman la Asamblea de Participantes del PRANA, cuya lista se encuentra al comienzo de este documento.

Además, se realizaron Talleres Descentralizados en las ciudades de Sicuani y Quillabamba, en forma separada por grupos generacionales, uno de niños, niñas y adolescentes, miembros de los diferentes niveles educativos de la educación básica y de organizaciones juveniles, y otro de adultos, representantes de organizaciones de la sociedad civil y de instituciones estatales. El consolidado de asistentes a estos talleres se encuentra en el cuadro siguiente.

Talleres Participativos en la Construcción del PRANA

Lugar y fecha	Grupos generacionales	Total de asistentes	Varones	Mujeres	Edades / Sectores
Sicuani, 19 abril 2006	Niños, niñas y adolescentes	51	25	26	5 – 18 años Inicial, primaria, secundaria y organizaciones juveniles
	Adultos	47	29	18	Sociedad civil: 23 Estado: 20 Prensa: 4
Quillabamba, 26 abril 2006	Niños, niñas y adolescentes	50	30	20	5 – 18 años Inicial, primaria, secundaria y organizaciones juveniles
	Adultos	47	18	29	Sociedad civil: 15 Estado: 31 Prensa: 1

(Footnotes)

* Para este objetivo se ha tomado como base el documento existente del *Proyecto Educativo Regional*, en el cual los proyectos identificados aun se encuentran en proceso de reformulación, por lo que no han sido incluidos todavía como parte de este Plan.

¹ Tomados de: *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2003*, PNUD, 2003; *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2005*, PNUD, 2005.