



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA



PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

2010 - 2015



Cajamarca, noviembre de 2010

El Plan regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015, constituye un documento de política pública. Pone de manifiesto la Visión y Misión del plan, los objetivos estratégicos, metas, resultados, actividades estratégicas, monitoreo y evaluación del plan. Fue elaborado participativamente y es expresión de nuestro compromiso con el bienestar de nuestros niños, niñas, las y los adolescentes de nuestra región.



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL

N° 600-2010-GR-CAJ/P

Cajamarca, 11 5 DIC 2010

Visto.

El oficio N° 3210- GR.CAJ/GRDS, de fecha 29 de noviembre del 2010, mediante el cual el Gerente Regional de Desarrollo Social, solicita la emisión de Resolución Ejecutiva Regional para la Aprobación del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867 y modificada por la Ley N° 27902, establece en el artículo 2°, "los Gobiernos Regionales emanan de la voluntad popular, son personas jurídicas de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo, para su administración económica y financiera su respectivo pliego presupuestal";

Que, de acuerdo a lo establecido en el inciso a) y d) del artículo 21° de la Ley N° 27867, es atribución del Presidente Regional, dirigir y supervisar la marcha del Gobierno Regional y de sus órganos ejecutivos, administrativos y técnicos, y de dictar decretos y resoluciones;

Que, el Artículo 60°, Funciones en materia de desarrollo social e igualdad de oportunidades, el inciso h) precisa: Formular y ejecutar políticas y acciones concretas orientando para que la asistencia social se torne productiva para la región con protección y apoyo a los niños, jóvenes, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad, adultos mayores y sectores sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad;

Que, el Capítulo II de las Funciones específicas de la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales señala, que las funciones específicas que ejercen los Gobiernos Regionales se desarrollan en base a políticas regionales, las cuales se formulan en concordancia con las políticas nacionales;

Que, el Código de los Niños y Adolescentes aprobado mediante Ley N° 27337, establece en el Artículo 1. A la vida e integridad.- El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción;

Que, la Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27783, en los objetivos de nivel social, el inciso d) señala, Promover el desarrollo humano y la mejora progresiva y sostenida de las condiciones de vida de la población para la superación de la pobreza;

Que, el Gobierno Nacional, ha aprobado con Decreto Supremo N° 003-2002 - PROMUDEH, el Plan Nacional de Acción por la Infancia, 2002-2010, que es el documento marco de las acciones, programas y estrategias que deben asumir y ejecutar los diferentes sectores e instituciones del Estado y la Sociedad Civil, para lograr el cumplimiento de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes peruanos;

Que, como prioridad el Gobierno Regional Cajamarca se ha comprometido en enfocar sus esfuerzos en tres etapas esenciales del desarrollo de las personas: la infancia de 0 a 5 años: un buen comienzo a la vida; de 6 a 11 años: la oportunidad para completar una educación básica de buena calidad; y de 12 a 17 años: la capacidad de desarrollar las potencialidades individuales en medios propicios y seguros para contribuir y participar en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad;



Que, se ha elaborado participativamente el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015 alineado a las políticas nacionales y contempla acciones, programas y estrategias que deberán asumir todos los actores responsables del ámbito regional para lograr la plena vigencia de los derechos humanos, de las niñas, niños y adolescentes de la Región Cajamarca;



Estando a lo propuesto por la Gerencia Regional de Desarrollo Social, con el visto de la Gerencia General Regional, y la Dirección Regional de Asesoría Jurídica y en mérito a las atribuciones conferidas por la Ley de Bases de Descentralización N° 27783; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867, modificada por la Ley N° 27902;



SE RESUELVE:



Artículo Primero.- Aprobar el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015, el mismo que consta de 12 secciones, 5 objetivos estratégicos y 29 resultados correspondiente al ciclo de vida de 0 a 5 años de edad, de 6 a 11 años de edad y de 12 a 17 años de edad.

Artículo Segundo.- Designar a la Gerencia Regional de Desarrollo Social como responsable del cumplimiento de los resultados del Plan en coordinación y corresponsabilidad con las Direcciones Regionales que estén involucradas en el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia; las instituciones privadas, la cooperación nacional e internacional, las organizaciones sociales de base, las familias y la sociedad en general.

Artículo Tercero.- Transcribir la presente Resolución Ejecutiva Regional a las Unidades ejecutoras del Pliego 445 del Gobierno Regional Cajamarca, Gerencias Regionales y Direcciones Regionales involucradas, para su cumplimiento.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Wilson Flores Castillo
Ing. WILSON NICOLAS FLORES CASTILLO
PRESIDENTE REGIONAL PROVISIONAL

4/10



**PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
2010-2015**

AUTORIDADES REGIONALES

**WILSON FLORES CASTILLO
PRESIDENTE REGIONAL**

**HERBER VILLAR ROJAS
GERENTE GENERAL**

**DEYNER LEZCANO MINCHON
GERENTE REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL**

**ROCIO ELIZABETH PORTAL VAZQUEZ
SUB GERENTE DE ASUNTOS POBLACIONALES**

**ALVARO CACHO BECERRA
SUB GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO**

PRESENTACIÓN

La construcción del Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2010-2015, surge como respuesta al proceso de política institucional y de movilización social, generado a partir de la necesidad de dar un nuevo significado, a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la infancia y adolescencia en la Región Cajamarca, el Plan es la expresión de nuestro compromiso con el bienestar de nuestros niños, niñas, las y los adolescentes.

La actual administración de la Región Cajamarca reconoce la situación de los derechos de los niños y las niñas y los (as) adolescentes como la primera prioridad. Reconoce además, que la clave para el cumplimiento y vigencia reside en el mejoramiento de las condiciones socio - económicas de la región y a la participación activa de los diversos actores en todo el proceso de planificación, ejecución y evaluación.

El Plan regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2010-2015, garantiza el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas de 0 a 5 años de edad, de 6 a 11 años, y de los y las adolescentes de 12 a 17 años. La garantía de los derechos, es indispensable para el desarrollo de la primera infancia y fundamental para elevar su calidad de vida. En el proceso hacia la universalización del ejercicio de los derechos, bajo los ideales de equidad e inclusión social, es condición indispensable respetar la diversidad y cultural de la región.

Es necesario afrontar este problema con la participación de todos los actores(as) y sectores por lo que para mí, como Presidente del Gobierno Regional Cajamarca es un orgullo y satisfacción presentar el **“Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015”**, como una invitación a unirse al esfuerzo de participar, y vigilar el cumplimiento de los derechos de los niños, las niñas, las y los adolescentes para mejorar su calidad de vida por ser su derecho, trabajando de manera unificada y coordinada por la consecución y vigencia de los mismos.

Es evidente que el reto fundamental del presente Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia, 2010-2015, es hacer de él no sólo uno de los ejes centrales de las políticas públicas sociales, sino también de las políticas de desarrollo de nuestra región.

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015, sigue siendo una muestra de que sí es posible ponernos de acuerdo para dar las oportunidades de desarrollo a niñas, niños y adolescentes; el desafío que tenemos es traducirlos en planes operativos provinciales y distritales. Considero que un plan estratégico nunca está concluido ni tampoco es perfecto como todo lo que hace el hombre, pero si es un instrumento “dinámico” que va a requerir ser retroalimentado permanentemente a acuerdo a los cambios que se den en la región y el país.

Expreso mi reconocimiento al Comité Impulsor y al equipo técnico que elaboró el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015, e invoco a todas las instituciones de la región a sumarse a esta gran tarea por los niños cajamarquinos, que es garantía de paz, justicia y bienestar para todos.

Cajamarca, noviembre de 2010

Wilson Nicolás Flores Castillo
Presidente Regional

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Presentación	3
Marco Normativo	5
Equipo Impulsor del Plan, Equipo de Facilitación y Co facilitación, Redacción del Documento.	6
Introducción	7
I Justificación	9
II Marco Conceptual	11
III Principios Rectores del Plan	15
IV Metodología	17
V Ejes transversales del Plan	19
VI Situación de la Infancia y Adolescencia	19
VII Visión y Misión del Plan al 2015	25
VIII Objetivos generales	25
IX Estrategia	25
X Objetivos Estratégicos y Resultados	27
Primera Infancia: de 0 a 5 años de edad:	
Objetivo estratégico 1	30
Objetivo estratégico 2	35
Niñez, de 6 a 11 años de edad:	
Objetivo estratégico 3	42
Objetivo estratégico 4	47
Adolescencia de 12 a 17 años de edad:	
Objetivo estratégico 5	52
XI Monitoreo y Evaluación	60
Indicadores Primera Infancia: de 0 a 5 años de edad	63
Indicadores Niñez, de 6 a 11 años de edad	64
Indicadores Adolescencia de 12 a 17 años de edad	65
XII Roles y responsabilidades intersectoriales	66
Anexos	69

MARCO NORMATIVO

El Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015 está basado en el siguiente marco normativo:

- La Constitución Política del Estado¹, 1993
- Cumbre Mundial en favor de la Infancia, 1990²
- Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Convención de los Derechos del Niño³, Ley 27337
- Código del Niño y del Adolescentes⁴, Ley 27337
- Acuerdo Nacional
- Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002-2010
- Ley de bases de la descentralización, Ley 27783
- Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales
- Políticas de Gestión 2007-2010 del Gobierno Regional Cajamarca
- Ley Orgánica de Municipalidades, Ley 27972
- Ley Marco del Presupuesto Participativo y su reglamento
- Ley del Presupuesto Público, 2010
- Ley de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres
- Ley General de Salud
- Ley de Política Nacional de Población
- Convenio Relativo a la Edad de Admisión de los Niños al Trabajo Agrícola.
- Convenio por el que se fija la Edad de Admisión de los Niños a los Trabajos Industriales.
- Convenio Relativo al Examen Médico de Aptitud para el Empleo de los Menores en la Industria.
- Convenio Relativo al Examen Médico de Aptitud para el Empleo de los Menores en Trabajos No Industriales.
- Convenio Relativo a la Limitación del Trabajo Nocturno de los Menores en Trabajos No Industriales.
- Convenio Relativo a la Edad Mínima de Admisión al Trabajo de los Pescadores.
- Presupuesto por Resultados

¹ Constitución Política del Perú, 1993. Artículo 4. La comunidad y el Estado protegen especialmente al niño, al adolescente, a la madre, al anciano en situación de abandono.

² UNICEF, 1990. El objetivo de la Cumbre fue atraer la atención y promover el compromiso, al más alto nivel político, hacia fines y estrategias que permitan asegurar la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia como elemento clave del desarrollo económico de todos los países y la sociedad humana.

³ Convención de los derechos del niño.- Se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado la mayoría de edad.

⁴ Código del Niño y del Adolescente del Perú.- Artículo I, se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta los 12 años y adolescentes desde los 12 hasta cumplir 18 años de edad. Título Preliminar, Artículo II. Sujeto de Derechos. El niño y el adolescente son sujetos de derechos, libertades y de protección específica (...).

PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2010-2015

EQUIPO IMPULSOR

Nombres y apellidos	Institución
Dra. Rocío Portal Vásquez	Gobierno Regional Cajamarca
Lic. Enf. Santos Chávez Aguilar	Gobierno Regional Cajamarca
Ing. Jorge Mendoza Aguilar	Gobierno Regional Cajamarca
Lic. Martha Zegarra Tarqui	Mesa de Concertación de lucha contra la pobreza.
Prof. Jaime Alcalde Giove	Asociación Benéfica PRISMA
Lic. Enf. María Flores Chanduví	Dirección Regional de Salud
Obst. Silvia Sáenz Zárate	Dirección Regional de Salud
Dra. Magda González Carrillo	PAR Salud
Sra. Rosario Olivera Orbalu	Educadores de Calle- INABIF
Abg. Lisbeth Arana Cabrera	INCAP Jorge Basadre
Obst. Milagros Fernández	Plan Internacional
Prof. Carolina Valdivieso Riboty	Programa Zonal Wawa Wasi
Prof. Nila Barrantes Leiva	MANTHOC
Prof. Cecilia Barrantes Zurita	Asociación Mujer y Familia (AMF)
Lic. Violeta Taboada Dávila	Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo
Sr. Eduardo Escalante Becerra	Policía nacional del Perú
Sra. María Angelina Valdivia Ramos	Municipalidad Provincial de Cajamarca (DEMUNA)
Ing. Jaime Terán	MIMDES- Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)

EQUIPO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Preparación metodológica

Cirujano Dentista. Rubén Vilchez Cerna
Econ. Deiner Lezcano Minchón
Dra. Rocío Portal Vásquez
Lic. Enf. Santos Chávez Aguilar
Med. Cirujano. Magda Gonzales Carrillo
Obst. Milagros Fernández
Obst. Silvia Sáenz Zarate
Srta. Milagros Fernández Saavedra
M.Cs. Martha E. Rodríguez Tejada
Ing. Dora Cristina Rabanal Pita
Prof. Julio Martín Rojas Abanto

Facilitación y Co- facilitación

M. Cs. Martha E. Rodríguez Tejada
Prof. Julio Martín Rojas Abanto
Ing. Dora Cristina Rabanal Pita
Prof. María Elena Prietto Torres
Prof. Jaime Alcalde Giove
Lic. Miriam Cecilia Torres Terrones
Lic. Martha Zegarra Tarqui
Prof. Nila Barrantes Leiva
Prof. Carolina Valdivieso Riboty
Abg. Luz Marlene Sánchez Silva

Redacción del documento

M. Cs. Martha E. Rodríguez Tejada
Prof. Julio Martín Rojas Abanto
Ing. Dora Cristina Rabanal Pita
Prof. María Elena Prietto Torres
Dra. Rocío Portal Vásquez
Lic. Enf. Santos Chávez Aguilar

INTRODUCCIÓN

Los cambios que ocurren desde la concepción y en los primeros años de vida son de especial importancia para el desarrollo de todo ser humano. A través de ellos adquiere capacidad de pensar y hablar, aprender y razonar y se forman los fundamentos de los valores y los comportamientos sociales que los acompañarán durante toda la vida adulta⁵.

El documento pretende colocar en la agenda política la responsabilidad y compromiso del sistema de seguimiento a los indicadores planteados en el Plan para la garantía de los derechos de la niñez y adolescencia en la región Cajamarca, especialmente en el área rural.

El Gobierno Regional Cajamarca, junto con la sociedad civil realizará esfuerzos en el ámbito territorial para lograr una acción conjunta de protección y garantía de los derechos de los niños, niñas y los adolescentes. Asimismo, promoverá avanzar en un acuerdo sobre el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como promotores del desarrollo y convivencia ciudadana.

Es preciso colocar en la agenda pública, política y técnica del territorio regional la prioridad del incremento de la inversión en la infancia y adolescencia así como la rendición pública de cuentas del avance de los derechos para su incidencia en el Plan Regional de Desarrollo Concertado de la Región y en los planes de desarrollo provinciales y distritales municipales.

No se puede pensar en el desarrollo de un niño, de una niña, de un adolescente sin tomar en cuenta las condiciones en las que se dio el embarazo de su madre y en las que se dieron sus primeros años de vida. Por ello, es de suma importancia la salud y nutrición de la madre y de los niños y de las niñas de 0 a 3 años de edad, así como también que el niño crezca en entornos que estimulen el desarrollo de habilidades cognitivas y que favorezcan la consolidación de un sentido de seguridad y confianza básica. Los niños y niñas, los adolescentes necesitan sentirse queridos, valorados y capaces de lograr sus metas. Es por ello central reducir la exposición de los niños a entornos violentos, aspectos que se abordan en el presente plan.

Las variables del entorno potencian o limitan el desarrollo posterior del niño. Estas incluyen desde características socioeconómicas del hogar hasta características medioambientales como la calidad del agua o del aire, el clima, la densidad poblacional, entre otras condiciones del entorno propias de la comunidad en la que el niño, niña, adolescente vive. Variables cruciales para asegurar condiciones de salud adecuadas, especialmente para los niños más pequeños, son el acceso a servicios de agua potable, saneamiento y la eliminación de residuos sólidos⁶.

Este documento de Política Pública, el Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2010-2015, consta de doce secciones adicionales a la introducción. En la primera se presenta la justificación, que evidencia la necesidad de implementar el Plan como política pública específica, orientada a proteger a la primera infancia prioritariamente, la niñez y a la adolescencia. El *marco conceptual*, a partir del cual se construye el plan, se consigna en la segunda sección. Los principios rectores del plan que han sido tomados del Plan

⁵ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2001

⁶ UNICEF; Situación de la Niñez en el Perú, 2008

Nacional por la infancia en la sección tres. La descripción de la metodología en la sección cuarta. Los ejes transversales en la quinta, La descripción de la *situación actual* de la primera infancia y adolescencia, es el tema de la sexta sección. En la sección séptima la Visión y Misión del plan, en la octava sección se presenta los *objetivos generales y estratégicos* del Plan. Las estrategias para lograr los objetivos del plan en la novena sección, a continuación se describen los objetivos estratégicos, los resultados, las *metas, actividades estratégicas y responsables* en la sección décima. La descripción de las acciones de monitoreo y evaluación del Plan en la sección decimo primera. La presentación concluye con la descripción de los *roles y responsabilidades del Estado, sociedad civil y la familia* en la sección decimo segunda. En el anexo se lista la relación de niños, niñas y las y los adolescentes así como representantes de las diversas instituciones públicas y privadas, así como organizaciones sociales de base del ámbito regional que participaron con entusiasmo y compromiso.

Deyner Lezcano Minchón
Gerente Regional de Desarrollo Social



I. JUSTIFICACIÓN

Los niños y niñas, los y las adolescentes, como parte de la sociedad en la que viven, deben disponer de la libertad de crecer en un ambiente de salud, paz y dignidad, así como participar activamente en el desarrollo y en las decisiones de su comunidad. Todos los niños, niñas y adolescentes, sin excepción alguna tienen los mismos derechos. Tienen derecho, a ser escuchados y a participar cada vez más en el ejercicio de los mismos⁷.

Es innegable el consenso existente en la Región Cajamarca, en torno de la importancia del cuidado y la atención de los niños y las niñas, de las y los adolescentes. Sin el cuidado y atención que estos grupos requieren, tanto su supervivencia como su desarrollo psicosocial pueden verse afectados.

El reconocimiento de los beneficios de la inversión pública, en programas y proyectos multianuales para el desarrollo de la primera infancia, niñez y adolescencia es cada vez mayor en el ámbito internacional, nacional, regional y local y de la sociedad civil.

No obstante, requerir de la incidencia política, la población empieza a reconocer su propia responsabilidad y la necesidad de destinar esfuerzos y recursos para favorecer el desarrollo de las niñas, los niños, las y los adolescentes tanto en el mediano como el largo plazo. Por ello, el presente Plan impulsa los mecanismos necesarios que posibiliten la protección de los derechos de los niños, niñas, las y los adolescentes en aras de desarrollar su potencial biológico, psicológico y socio-cultural.

En este orden de ideas que justifica la construcción del presente plan tiene como marco referencial factores científicos, dada la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano a nivel biológico, psicológico, cultural y social, legales y políticos en la medida que el país ha adoptado los acuerdos suscritos en la Convención internacional sobre los derechos del niño. Con los factores *económicos* dada la relación existente entre el desarrollo humano y el desarrollo de la primera infancia y *sociales* y culturales toda vez que la primera infancia y adolescencia crece en una cultura y un contexto social determinados, finalmente se considera que los factores institucionales y programáticos son necesarios para la articulación, la definición de competencias y responsabilidades de las distintas entidades que intervienen en el desarrollo de la primera infancia, la niñez y adolescencia en la región y además por un argumento de tipo ético.

Salud, nutrición, educación, desarrollo social y crecimiento, son las dimensiones mediante las cuales se estructura el desarrollo humano⁸. Un ser humano sano y la comunidad de la cual hace parte, tienen sus bases en una niñez sana, que se nutre adecuadamente y que recibe los cuidados emocionales necesarios en un ambiente seguro y confortable. Asimismo, los logros educativos en la región dependen de cómo se viene construyendo el desarrollo psicomotor desde la primera infancia, de cómo se forma el cerebro, sus matrices de aprendizaje, su capacidad de pensamiento y equilibrio.

⁷ INEI, UNICEF. Situación de la Niñez en el Perú, 2008

⁸ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, 2002

La familia, la sociedad y el Estado, comparten la responsabilidad del desarrollo integral de la primera infancia, la niñez y adolescencia cada uno desde su propio rol diferenciado.

El Plan promueve asegurar el bienestar y el pleno desarrollo de los niños, niñas y adolescentes hacia la formación de un sujeto capaz de ejercer sus derechos y respetar los derechos de los demás, en otras palabras, en la educación de los nuevos ciudadanos y ciudadanas cajamarquinas.

El cuidado y educación de la primera infancia, niñez y adolescencia, por su efecto sobre el desarrollo entendido como capital cultural, juega un papel privilegiado en la ampliación de capacidades cognitivas, sociales y emocionales, inherentes a la condición de ciudadanos del mundo contemporáneo. Estas capacidades pueden desarrollarse en todos los niños y las niñas, porque no dependen de talentos especiales, sino de oportunidades para mejorar la calidad de vida y el llamado capital cultural y social.

El reto del presente Plan para la Región Cajamarca es la promoción, protección y garantía efectiva de los derechos de la primera infancia, niñez y adolescencia, para el período definido (2010-2015), ayudar a satisfacer sus necesidades y aumentar las oportunidades para que alcancen plenamente sus potencialidades, lo cual no es posible sin el concurso de las acciones y compromisos diferenciados y complementarios de la familia, la sociedad y el Estado en su formulación, ejecución, inversión, seguimiento, y evaluación.



II. MARCO CONCEPTUAL DEL PLAN

El marco conceptual que se describe a continuación, tiene como fin definir el alcance del enfoque de la política de formulación del “Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015”, que protege a la infancia así como sustentar los principios que la orientan. Se precisan los conceptos de desarrollo humano, primera infancia y familia, equidad e inclusión social, corresponsabilidad, ciclo de vida, género, diversidad cultural y derechos fundamentales en su desarrollo.

El **Desarrollo Humano** en el sentido propuesto por Sen (2000)⁹, “es un proceso conducente a la ampliación de las opciones de que disponen las personas”, donde las opciones esenciales son: “poder tener una larga y saludable vida, poder adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida decoroso”.

Las Naciones Unidas en la política de Bienestar Social señala, que “El bienestar humano, como propósito social, resulta de la elevación del nivel de vida, la realización de la justicia social y la ampliación de oportunidades para que la población pueda desarrollar sus capacidades superiores como ciudadanos sanos, educados, participantes y aportantes”¹⁰.

Por tanto, el mejoramiento de las condiciones de vida, la realización de justicia social, así como la ampliación de oportunidades para niños y niñas son esenciales en la construcción de una sociedad más justa, guiadas por un modelo de desarrollo que privilegie el bienestar de las personas, en el cual la política pública social y, particularmente la de la primera infancia, tengan un papel privilegiado.

Teniendo en cuenta que el desarrollo humano reconoce que las personas son, en esencia, seres sociales cuyo crecer y aprender dependen de condiciones materiales y de la calidad de las interacciones humanas, para potenciar el desarrollo integral de los niños, se requiere generar un verdadero ambiente de bienestar, de manera tal que sea posible el acceso a bienes y servicios, así como a relaciones sociales basadas en la equidad, el respeto y el reconocimiento de los otros como iguales.

Desde esta perspectiva, es fundamental impulsar un proceso de transformación cultural, que ubique la discusión y las acciones a favor de la primera infancia, la niñez y adolescencia, sobre todo la infancia en el terreno de lo público y que concientice a los adultos y a la sociedad en su conjunto, sobre la responsabilidad que tienen en la construcción de las condiciones que garanticen el desarrollo humano.

Al ser el desarrollo integral de los niños y de las niñas; de las y los adolescentes un derecho universal, tal como lo promulga la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, se obliga a la familia, la sociedad y el Estado a garantizar las condiciones para su realización. De esta manera el desarrollo deja de ser un asunto de dotaciones individuales, para convertirse en una responsabilidad colectiva sobre la cual se puede actuar, premisa que sienta las bases del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia.

⁹ Sen, A. Desarrollo y Libertad, 2000

¹⁰ Naciones Unidas, Desarrollo Humano, 2002



Ciclo de vida.- El enfoque de ciclo de vida permite captar las necesidades propias de cada fase en la vida de niños, niñas y adolescentes. Ayuda a determinar los requerimientos y derechos que más se vulneran en cada una de las etapas, las que suelen establecerse del siguiente modo: de 0 a 5 años de edad, primera infancia; de 6 a 11, niñez propiamente dicha; de 12 a 17, adolescencia. Si bien forman parte de un continuo, donde los problemas tempranos siguen afectando en estadios posteriores, cada fase implica situaciones conocidas y previsibles que van desde la preconcepción y el embarazo hasta la escolaridad, pasando por la nutrición y cuidados de la salud.

Primera infancia¹¹: Comprende al niño de 0 a 5 años de edad, sin importar los distinguos de edad, género, raza, etnia o estrato social. Es definido como ser social activo y sujeto pleno de derechos. Es concebido como un ser único, con una especificidad personal activa, biológica, psíquica, social y cultural en expansión.

Dentro de esta concepción amplia de niño, la primera infancia es considerada como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y de las niñas, desde su gestación hasta los 5 años de vida. Es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Además, de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social.

Gran parte del desarrollo de los procesos cognitivos que fundamentan la inteligencia, ocurren antes de los cinco años, igual sucede con el proceso socio emocional que cimientan la calidad relacional del sujeto. Por su parte, el aporte básico de nutrientes se constituye en la base biológica que, en buena parte, sustenta el desarrollo psicológico y social. En consecuencia, las condiciones biológicas, ambientales y relacionales son necesarias, pero no son suficientes para lograr el desarrollo integral en la primera infancia.

Primera infancia y familia: El Plan, parte de reconocer que uno de sus ejes fundamentales de formulación es la familia, porque: la Constitución Política del Estado¹² y la tradición social consideran a la familia como la unidad básica de la sociedad.

La relación entre Familia y Estado se ha ido modificando, en tanto aparecen múltiples instancias mediadoras como la escuela, los programas de bienestar social, las instituciones culturales, recreativas y de salud, y los medios de comunicación. La familia se constituye en pilar fundamental para el sano desarrollo de los niños, pues desde la gestación es la llamada a brindarles atención y afecto. Esta etapa es fundamental para el bienestar y desarrollo de los niños, las familias y la sociedad en general.

La primera infancia constituye el inicio del desarrollo, en el cual es vital el cuidado, el afecto y la estimulación para la supervivencia y el desarrollo de los niños y niñas. Igualmente, es esencial el vínculo familiar. Durante este tiempo, el cerebro, además de crecer, recibe del entorno la información esencial que utilizará durante el resto de la vida. Por eso es clave que en esta etapa los niños

¹¹ Convención de los Derechos del Niño, 1989. Define como “niño “o “niña” a toda persona menor de 18 años, a menos que ls leyes pertinentes reconozcan antes la mayoría de Edad.

¹² Constitución Política del Perú, 1993. El Art 4. Protección de la familia indica: ... También protege a la familia y promueve el matrimonio. Reconocen a estos últimos como instituciones naturales y fundamentales de la sociedad.

reciban una atención integral que satisfaga no sólo sus necesidades físicas y emocionales, sino aquellas relacionadas con el aprendizaje y el desarrollo de habilidades.

Estos primeros años de vida son cruciales para el futuro, ya que en ellos se sientan las bases para las capacidades y oportunidades que se tendrán a lo largo de la vida. La mayor parte del desarrollo del cerebro tiene lugar tempranamente en la vida de los niños, y características como la confianza, la curiosidad y la capacidad para relacionarse y comunicarse, dependen de los cuidados que reciban. Esta etapa es de trascendental importancia para la supervivencia y en ella se presenta una mayor probabilidad de enfermedad y muerte a causa de enfermedades infecciosas.

Niñez (6 a 11 años). En esta fase del ciclo vital los niños y las niñas transitan a una etapa de mayor socialización e independencia y se fortalece la autonomía.

Los niños y las niñas ingresan a escenarios educativos formales y a espacios de socialización más amplios, donde adquieren importancia los grupos de pares. Igualmente, se reduce el riesgo de enfermar o morir por enfermedades infecciosas, y aparecen amenazas a la vida referidas a eventos violentos, particularmente los accidentes de todo tipo. Así mismo, se hace esencial el acceso al proceso educativo como promotor del desarrollo cognitivo y social que incluye el fortalecimiento de habilidades y competencias para la vida.

La adolescencia (12 a 17 años). Es un período especial de transición en el crecimiento y desarrollo, en el cual se construye una nueva identidad a partir del reconocimiento de las propias necesidades e intereses¹³.

En esta etapa los adolescentes avanzan en su formación para el ejercicio de ciudadanía, exploran el mundo que los rodea con mayor independencia y se hacen cada vez más partícipes de conocimientos y formación para la vida. Las amenazas de mayor incidencia en su desarrollo están asociadas con situaciones y manifestaciones de violencia y adicciones, siendo relevante el proceso de desarrollo de la sexualidad.

Equidad e inclusión social.-El debate sobre la equidad y la exclusión social es relativamente nuevo en el campo de las políticas sociales.

*Equidad*¹⁴, se afirma, que la equidad e igualdad son dos principios estrechamente relacionados, pero distintos. La equidad introduce un principio ético o de justicia en la igualdad. En definitiva, la equidad obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. Una sociedad que aplique la igualdad de manera absoluta será una sociedad injusta, ya que no tiene en cuenta las diferencias existentes entre personas y grupos. Y, al mismo tiempo, una sociedad donde las personas no se reconocen con sentido de igualdad, tampoco podrá ser justa.

La *exclusión social*¹⁵ es un fenómeno que atañe a amplios sectores de la población y es algo más que desigualdades monetarias. Hoy en día, hay

¹³ UNICEF. Desarrollo positivo de adolescentes en América Latina y el Caribe, 2008

¹⁴ OMS, Política en materia de género, 2002

¹⁵ López, O. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicancia para las políticas públicas. También señala, que la Exclusión es la existencia de poblaciones sin opciones de incorporación e integración al desarrollo y a sus beneficios con ruptura de cohesión social.

consenso en que la exclusión social no significa únicamente una insuficiencia de ingresos.

Desde la perspectiva de desarrollo humano, planteada, éste implica calidad de vida y equidad social, orientadas ambas hacia la ampliación de las oportunidades y capacidades de las personas. Así, cuando el desarrollo humano y no solo el desarrollo económico, se convierte en la meta a lograr por la sociedad, surgen como sus propósitos fundamentales, la superación de la desigualdad y la exclusión social a través de la búsqueda de bienestar.

Para promover el desarrollo humano se requiere generar condiciones materiales, sociales y culturales, donde pueda darse el respeto a los derechos y la satisfacción de las necesidades fundamentales de las personas. Es decir, la calidad de vida no se reduce al acceso a bienes y servicios materiales, sino también a los bienes intangibles propios de las sociedades modernas: seguridad, justicia social, identidad y sentido de pertenencia.

En términos del plan la equidad y la inclusión social parten, del reconocimiento de los niños y niñas, de los adolescentes como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos y del accionar del Estado hacia la construcción de las condiciones sociales básicas, para la garantía plena de los derechos humanos a todos los niños y niñas y de los adolescentes o a su restitución cuando hayan sido vulnerados, respetando e incluyendo la diversidad étnica y cultural y la perspectiva de género.

Los criterios de equidad e inclusión social que se aplican en la formulación e implementación del Plan tienden, a corregir las desigualdades de oportunidades de los niños, de las niñas y sus familias, nivelando las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas que permitan equiparar las condiciones de integración de los niños y niñas y adolescentes a la sociedad. Y, en términos específicos, deben garantizar la igualdad en el acceso y la calidad en los servicios, la igualdad en las condiciones o medios para el desarrollo infantil temprano, así como la igualdad en la participación y la realización social de los niños y niñas y los adolescentes.

Corresponsabilidad.- Es la relación que se establece entre todos los actores y sectores co-responsables de garantizar en este caso los derechos de la infancia, niñez y adolescencia. La corresponsabilidad se traduce en la concurrencia del compromiso de distintos actores sobre un mismo asunto, desde sus propios roles. En este sentido, para la protección integral de la niñez, la corresponsabilidad significa que tanto el Estado, como la familia y la sociedad, tienen un papel diferente de responsabilidad: la familia como responsable del desarrollo de la personalidad y de las capacidades iniciales del niño, al ser la encargada de su cuidado, su crianza y educación; el Estado tiene la responsabilidad ética, económica, política y legal de garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos, y la sociedad como responsable e instituyente de la legitimación y la exigibilidad de la vigencia de los derechos. El papel de cada uno es igualmente importante, en la construcción de las condiciones para el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Ciclo de vida.- El enfoque de ciclo de vida permite captar las necesidades propias de cada fase en la vida de niños, niñas y adolescentes. Ayuda a determinar los requerimientos y derechos que más se vulneran en cada una de las etapas, las que suelen establecerse del siguiente modo: de 0 a 5 años de edad, primera infancia; de 6 a 11, niñez propiamente dicha; de 12 a 17, adolescencia. Si bien forman parte de un continuo, donde los problemas tempranos siguen afectando en estadios posteriores, cada fase implica

situaciones conocidas y previsibles que van desde la preconcepción y el embarazo hasta la escolaridad, pasando por la nutrición y cuidados de la salud.

Enfoque de género.- Cuando se habla de igualdad de género nos referimos a la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios de salud¹⁶. Reconoce las diferencias e igualdades entre varones y mujeres, promoviendo una vida justa que permita su crecimiento sano, de manera que ambos puedan desarrollar sus facultades y ser respetados por igual. Las acciones y proyectos sociales que implican desarrollo de capacidades en niños y niñas en situación de pobreza, sobre todo en el ámbito rural, deben considerar que estas últimas serán madres y que por tanto tienen mayores posibilidades de transmitir o interrumpir la pobreza.

El artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que todos los derechos declarados en la Convención tienen que respetarse sin discriminación por motivos de sexo, lo que significa que se requiere acciones que protejan a niños y niñas contra la discriminación basada en el género.

El Enfoque de Diversidad cultural.- Promueve el respeto y promoción de la cultura, valores, costumbres de la región, haciendo vigente el derecho a la diversidad cultural y al trato igualitario.

El enfoque de derechos¹⁷.- la Convención de los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas "considera a cada niño como un ser humano único y valioso (no discriminación - art. 2), con derecho no solo a la vida y a la supervivencia, sino también al desarrollo para completar su potencial (art. 6). El enfoque basado en los derechos del niño entiende que los niños tienen experiencias esenciales que ofrecer (participación - art. 12), y que merecen que sus mejores intereses sean atendidos (art. 3) mediante la adecuada asignación de recursos e implementación de todos los derechos considerados en la CDN (art. 4)."

III. PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN

El presente Plan está alineado a las políticas nacionales, por ello y siendo totalmente congruentes para el presente plan, los principios rectores¹⁸ han sido tomados del Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002-2010.

3.1. Igualdad de oportunidades para todos.

Se refiere a la promoción de una cultura en donde todos los niños y las niñas puedan tener oportunidades iguales, desarrollar sus capacidades y su potencial al máximo, desempeñar un rol activo en su propio desarrollo y vivir una vida libre y decente en todo sentido.

Todos los niños, niñas y adolescentes nacen libres e iguales y tienen la misma dignidad y los mismos derechos. Es necesario eliminar todas las formas de exclusión y discriminación que atentan contra la igualdad.

¹⁶ OMS, Política en materia de género. 2002

¹⁷ Naciones Unidas. Convención de los Derechos del Niño, 1989

¹⁸ MIMDES. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2002-2010



Debemos respetar la diversidad y reconocer al país como un mosaico de culturas, donde sólo el respeto y la colaboración entre ellas, permitirá la construcción de un país con igualdad de oportunidades para todos, y sin discriminación de género, generacional, étnica, religiosa o de cualquier otro tipo.

3.2. Priorizar la niñez como sujetos de derecho y sustento del desarrollo.

Invertir prioritariamente en la niñez contribuye a prevenir y romper el ciclo de reproducción de la pobreza.

Para ello, es necesario acordar prioridades nacionales, regionales y locales de largo plazo: ofrecer una educación de calidad a todos los niños, niñas y adolescentes; poner fin a la violencia y la explotación contra todos ellos/as; promover su salud integral, seguridad y nutrición a lo largo de su ciclo de vida.

Es importante que esta prioridad de la niñez sea asumida por todos los agentes sociales a través de una estrategia comunicacional de defensa y promoción de derechos que considere la movilización y participación ciudadana en democracia de niños, niña, adolescentes, jóvenes y adultos de todas las edades.

3.3. El interés superior del niño y su derecho a participar.

Crear espacios y oportunidades para la expresión y participación de los niños y niñas en aspectos que son de su interés capacita a los niños y niñas para comprometerlos a ser responsables y hacia la búsqueda de la paz.

Todas las iniciativas del Estado, la sociedad civil y las familias, deben priorizar en toda acción, aquellas que sean más beneficiosas para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. Constituir la mejor base posible para su vida presente y futura, fortalece a la sociedad y a la familia.

Escuchar y promover su participación contribuye a formar ciudadanos conscientes de sus deberes y derechos. Debemos respetar su derecho a expresarse, asociarse y a participar en la adopción de las decisiones que les afecten.

3.4. La familia como institución fundamental para el desarrollo del ser humano.

Las condiciones de vida de la población en general son el contexto que engloba todos los factores que afectan el desarrollo de la infancia. Por tanto, promover el desarrollo social en general es una condición ineludible para poder esperar logros y garantizar efectos positivos perdurables de cualquier acción centrada en el desarrollo de los niños.

La prestación de apoyo para mejorar el núcleo familiar de los niños y aumentar el acceso a los conocimientos, las técnicas y los servicios sociales básicos es fundamental para su bienestar.

Es importante analizar la influencia de los procesos de socialización de género y propender por la eliminación de todo tipo de discriminación en los patrones de crianza para generar igualdad de oportunidades para niñas y niños. En coherencia con la Convención sobre los Derechos del Niño, se trata de crear las condiciones necesarias para que todos los niños sin excepción puedan disfrutar a plenitud de su derecho de vivir en un ambiente de afecto y

protección, bajo la tutela y cuidado de sus padres y demás adultos, en buenas condiciones alimentarias y nutricionales, con servicios gratuitos y adecuados de salud y educación para atender sus necesidades básicas, reconocidos como sujetos de derechos, con una visión y una lógica propia para relacionarse e interpretar el mundo que le rodea.

La intervención articulada de los diferentes sectores del Estado como de sociedad civil, aportará al fortalecimiento de las familias cuya influencia contribuirá al desarrollo integral y bienestar de niños, niñas y adolescentes.

Revalorizar el espacio familiar como el primer agente formador y socializador que transmite valores, conductas, conocimientos y tradiciones socioculturales a niños, niñas y adolescentes.

IV. METODOLOGIA

En la Región Cajamarca se ha producido un avance significativo en el avance de cumplimiento de los derechos de los niños, niñas, las y los adolescentes y se requiere continuar y fortalecer los procesos para garantizar la sostenibilidad de los mismos. Por ello, asume el compromiso político de continuar con este proceso de darles a niños y niñas, a las y los adolescentes un presente mejor como marco de las políticas públicas regionales para la niñez a través del documento de Política Pública el Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015.

La elaboración del Plan se realizó teniendo en cuenta la propuesta de diseño del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social – MIMDES.

Contó con la participación de niños, niñas, adolescentes, instituciones públicas y privadas, organizaciones sociales de base del ámbito del territorio regional y existe compromiso manifiesto de participación para su implementación.

El proceso de elaboración del Plan tuvo dos fases: i) *el diseño técnico de la propuesta y la* ii) *fase de elaboración participativa del plan.*

Primera fase: Diseño Técnico de la Propuesta.- Comprendió dos momentos: a) la socialización de la propuesta con el equipo impulsor del plan, liderado por la Gerencia Regional de Desarrollo Social y la selección de los actores a participar en el proceso de elaboración, el mismo que estuvo a cargo de esta y b) el segundo momento comprendió la zonificación territorial por la amplitud y complejidad del mismo y sobre todo por el interés de contar con la participación de diversos actores locales para dar legitimidad al Plan. Los criterios para la zonificación que se tuvieron en cuenta fueron accesibilidad geográfica e integración entre las provincias, quedando configuradas de la siguiente manera:

Zona Norte: Las provincias de San Ignacio, Jaén y Cutervo; sede ciudad de Jaén.

Zona Centro: Las provincias de Santa Cruz, Hualgayoc y Chota; sede ciudad de Chota.

Zona Sur: Las provincias de Cajamarca, Cajabamba, Celendín y San Marcos; sede ciudad de Cajamarca.

Zona Sur Este: Las provincias de Contumazá, San Miguel, y San Pablo; sede ciudad de Chilete.

V. EJES TRANSVERSALES DEL PLAN

Se identifican seis ejes transversales orientados a lograr la máxima efectividad de las acciones planteadas, en el menor plazo posible, estos son:

- 5.1. **Focalización de los niños las niñas y los (as) adolescentes** y la solución de los problemas que contribuyen en mayor porcentaje a la morbilidad y mortalidad, con el fin de aumentar el impacto obtenible en el corto plazo. El abordaje de la problemática por ciclo de vida promueve mayor efectividad y asertividad en las intervenciones. Es imprescindible priorizar la zona rural, porque es allí donde se encuentra el mayor número de niñas, niños y adolescentes.
- 5.2. **Intersectorialidad en las acciones** que maximice el impacto de las intervenciones planteadas en el Plan y en su aplicación a través del Plan Operativo Anual. Las intervenciones y la inversión se debe focalizar en estos grupos vulnerables con énfasis en el ámbito rural.
- 5.3. **Descentralización en las intervenciones**, dada la extensión del territorio regional, cada provincia debe implementar las intervenciones, liderado por las municipalidades provinciales, bajo modelos participativos de planificación, organización, ejecución y evaluación de los planes operativos provinciales rescatando el sentido de equidad, eficiencia y eficacia.
- 5.4. **Transparencia** que asegure el control social en la gestión de la inversión de los recursos y la rendición de cuentas, que trascienda a la ejecución de actividades del plan y conduzca a la prestación de servicios en condiciones de equidad, igualdad, universalidad, continuidad y calidad.
- 5.5. **Corresponsabilidad**, puesto que la sociedad civil así como las instituciones públicas con su participación han expresado su compromiso para junto con el Estado vigilar el cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- 5.6. **Mobilización de recursos**, para invertir en programas y proyectos multianuales a favor de los niños, niñas y adolescentes, entre los organismos gubernamentales (contrapartida), el sector privado, la sociedad civil y la cooperación local, nacional o internacional.

VI. SITUACION DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA REGION CAJAMARCA

A continuación se describen los aspectos más relevantes de la situación de los derechos de los niños, las niñas, los adolescentes y las adolescentes en la Región. Para precisar la situación se ha tomado como referencia los datos de la Situación de la Niñez en el Perú, del INEI y UNICEF del 2008, la Encuesta demográfica y de salud familiar, 2009 y algunos indicadores del ASIS 2008 de la Dirección Regional de Salud. Dada la flexibilidad de los planes, las metas y resultados podrán ser modificados según necesidades.

**Cuadro 1. Menores de 5 años según sexo,
Departamento Cajamarca, 2007**

Edad en años	Hombre	Mujer	Total
Menor de un año	13,778	13,548	27,326
01 año	15,238	14,498	29,736
02 años	16,752	16,078	32,830
03 años	16,043	15,404	31,447
04 años	15,817	15,255	31,072
05 años	15,121	14,590	29,711
Total	92,749	89,373	182,122

FUENTE: INEI XI Censo de Población y VI de Vivienda 2007
 1/Porcentaje respecto a la población total: 13.1%
 2/Población urbana: 45,531 niños y niñas (25%)
 3/Población rural: 136,592 niños y niñas (75%)

Como se puede apreciar en el cuadro 1, existen 182,122 niños menores de 5 años de edad, la mayoría de ellos (136,592 niños) se encuentran en la zona rural, reto importante para implementar las estrategias que permitan el cumplimiento de sus derechos.

Situación de la primera infancia. Comprende desde la concepción hasta los 5 años de edad.

Derecho a la salud y nutrición .- Unicef (2006)¹⁹, afirma, que el desarrollo temprano del niño es fundamental en los tres primeros años de vida puesto que se produce el desarrollo neuronal y que además es fundamental el afecto, estímulo, nutrición, seguridad, así como un hogar sin violencia. De otro lado, resalta que lo que le ocurra a la madre en la gestación es importante en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

*Atención prenatal, del parto y estado nutricional de la madre*²⁰.-La asistencia a los controles prenatales, la suplementación con hierro y la atención del parto por profesional es necesaria para asegurar la supervivencia de niños y niñas. La cobertura del control prenatal en la región es 66% en tanto que el parto institucional subió a 60,8%; cobertura que gradualmente viene superándose. La suplementación con hierro fue de 82.3%. El 15,1% tiene anemia lo cual expresa la magnitud del problema.

Los problemas comunes para el acceso a los servicios de salud en las mujeres según la Encuesta demográfica y de salud familiar , 2009 son: conseguir permiso para ir al tratamiento 19,1%, conseguir dinero para tratamiento 76,7%, distancia al establecimiento de salud 62,3% (mayor porcentaje en todo el país), tener que tomar transporte 59,8%, preocupación porque no hay personal femenino 68,3%, no quiere ir sola 47,4%, pensar que no puede haber quien lo atienda 95%, pensar que no haya medicinas disponibles 96,1%,

Anemia y desnutrición crónica infantil.- El 17% de los recién nacidos no fueron pesados según la ENDES 2009, el 73,1% de recién nacidos tuvieron un peso de 2,500 gr a más, el 75,2% de recién nacido niños y niñas tuvieron una talla promedio o mayo. Este es un indicador sensible de la salud del niño. En la zona

¹⁹ UNICEF, Desarrollo Temprano del niño, 2006

²⁰ INEI, UNICEF. Situación de la Niñez en el Perú, 2008



rural el 32% de recién nacidos no fueron pesados. La cobertura de inmunizaciones es 100% para los menores de 1 años, en tanto que para los niños y niñas de 18 a 29 meses solo el 45,6% tiene todas las vacunas. La lactancia materna exclusiva en el Perú²¹ es de 4 meses, en la región Cajamarca 5 meses, práctica importante para la nutrición de los niños y niñas.

El 88,5% de los niños de 6 a 35 meses recibieron vitamina A, el 13,8% de los niños de 6 a 59 meses recibieron hierro.

La anemia en los niños de 6 a 59 meses fue de 30,4%.

La desnutrición crónica (Talla/edad) viene descendiendo paulatinamente, según la ENDES (2009), es 31.9%; sin embargo, en el área rural las cifras son superiores al promedio regional. Cajamarca ocupa el tercer lugar en el país con los más altos porcentajes de desnutrición (60,000 niños aproximadamente).

La prevalencia de IRA en los menores de 5 años es de 42.5% y la de diarrea es de 10,4%. (ENDES continua, 2009).

La tasa de mortalidad infantil es 31 por mil nacidos vivos, la mortalidad neonatal 13 por mil y en la niñez (menores de 5 años) 37 por mil, situación que expresa la magnitud del problema de la infancia.

Derecho a la educación. - La asistencia a educación inicial es mínima, sólo el 49% de las niñas y los niños asisten a instituciones de educación inicial, de los cuales, aproximadamente la mitad es atendido por personal profesional (docentes de educación inicial) en instituciones educativas del nivel, que cuentan con infraestructura y equipamiento adecuado; el resto es atendido por personal no profesional (promotoras de educación inicial, en Programas no escolarizados de educación inicial (PRONOEI) y en locales no adecuados y sin el equipamiento necesario.

Derecho a la protección.- En la región Cajamarca, el 7% de los niños no tiene partida de nacimiento, y las provincias de Cajabamba y Hualgayoc son las que reportan los mayores porcentajes 36 y 28% respectivamente.

La violencia familiar es común en los hogares de Cajamarca; sin embargo no se cuenta con información sobre la magnitud, estudios recientes realizados en el distrito de Cajamarca²² demuestran que la mayoría se presenta en el área urbana y que tiene relación con el área geográfica, de allí la importancia de realizar estudios diagnósticos rápidos para determinar la magnitud de la misma.

Situación de la niñez

En este acápite se describe lo más relevante de la situación de los derechos de los niños y de las niñas de 6 a 11 años de edad.

²¹ INEI, ENDES continua, 2009

²² Chávez, S. Violencia Familiar, condicionantes socioeconómicos y culturales. Distrito Cajamarca 2010

Cuadro 2. Menores de 6 a 11 años, departamento de Cajamarca, 2007

Edad en años	Hombre	Mujer	Total
06 años	14,286	14,243	28,529
07 años	16,968	16,016	32,984
08 años	16,715	16,282	32,997
09 años	16,467	15,991	32,458
10 años	17,872	17,317	35,189
11 años	17,222	16,545	33,767
Total	99,530	96,394	195,924

FUENTE: INEI XI Censo de Población y VI de Vivienda 2007.

1/Población urbana: 48,981 niños y niñas

2/Población Rural: 146,943 niños y niñas

Como se aprecia en el cuadro, la mayoría de niños y niñas se encuentran en el ámbito rural, reto importante para hacer vigente los derechos de este grupo poblacional.

*Derecho a la salud y nutrición en la niñez*²³.- EL INEI, UNICEF revela que la desnutrición crónica y pobreza extrema en niños de 6 a 9 años es 37% y la pobreza extrema 33%. La desnutrición y el déficit de micronutrientes limitan la capacidad socio-emocional, física, y de aprendizaje de los niños y las niñas. Al igual que la desnutrición en los menores de 5 años, se vuelve a encontrar asociación entre la situación de desnutrición y la pobreza extrema.

La anemia es otro problema de salud de niñas y niños, esta se revierte con el consumo de alimentos ricos en hierro y tiene efectos importantes en la atención y concentración, además de reducir la energía para jugar, socializar y desarrollarse plenamente. En la región la anemia en niños de 10 a 14 años es 30%.

Derecho a la Educación.- La cobertura en el nivel primario es de 95,1%, supera el promedio nacional (93,1%).

Los logros de aprendizaje en niños y niñas de 2do. Grado en matemática es 10,3% y en Comunicación 11,6%.

El atraso escolar es manifiesto en el nivel básico regular, el INEI y UNICEF, 2008 refieren, que del total de niños y niñas matriculados en inicial, primaria o secundaria, aproximadamente 1 de cada 4 estudiantes (23%) se encuentra en un grado inferior al que le corresponde según su edad, no existiendo diferencias según género. Encontrando diferencias según zona de residencia, el 34% de niños y niñas de la zona rural se encuentra matriculado en algún grado inferior al que le corresponde en comparación al 15% de alumnos de la zona urbana. 2 de cada 10 alumnos y alumnas que tienen el castellano como lengua materna se encuentran por debajo del nivel que les corresponde, valor que se duplica en el caso de los alumnos de lengua quechua (43%). Mientras que un poco más de 1 de cada 10 niños y niñas de familias no pobres se encuentra estudiando en un grado menor al que le corresponde por su edad, dicho valor se duplica para los niños en situación de pobreza (24%), y se multiplica por cuatro para los de pobreza extrema (42%).

²³ INEI, UNICEF. Situación de la niñez en el Perú, 2008



El 30% de los niños de 6 a 11 años de edad tienen atraso escolar. En el rendimiento escolar de las niñas y niños de sexto grado de primaria, los distintos estudios de la Unidad de Medición de la Calidad Educativa (UMC) del Ministerio de Educación muestran que la casi totalidad de los estudiantes no cuentan con los niveles mínimos requeridos en las áreas evaluadas. Según la evaluación realizada por el Ministerio de Educación en el año 2004, en sexto grado de primaria sólo 12 de cada 100 estudiantes y 8 de cada 100 estudiantes domina las competencias de comunicación integral y lógico matemática, respectivamente. Más de la mitad de los alumnos evaluados tiene un nivel previo o por debajo del previo en comunicación integral (60%) y lógico matemática (58%). Esto quiere decir que, en el mejor de los casos, llegan a manejar las competencias de los grados anteriores pero no del grado evaluado.

El 64% de niños y niñas de 6to de primaria no alcanzan logros en matemática y en comunicación el 78%. A pesar del bajo rendimiento escolar de los niños y niñas de sexto grado, sólo un 5% de estudiantes en primaria desaprueba.

De otro lado, se sabe como lo afirma UNICEF, que los centros de formación docente vienen experimentando problemas de calidad y al mismo tiempo existe la necesidad de una mayor especialización de los profesores para poder lidiar con los diversos contextos educativos. Los problemas de la formación docente terminan expresándose en la baja calidad profesional de los profesores, tal y como diversas pruebas aplicadas han mostrado al menos en lo que son sus conocimientos para los grados y materias que enseñan (UMC, 2005 y 2007).

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

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

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

En la región Cajamarca, no existe información sobre la magnitud del trabajo infantil, a nivel nacional se estima que el trabajo infantil en la zona rural es de 40%.

El 49% de los niños y niñas de 6 a 11 años no acceden a una fuente segura de agua.

Situación de la adolescencia

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

Cuadro 3. Adolescentes de 12 a 17 años, departamento de Cajamarca, 2007

Edad en años	Hombre	Mujer	Total
12 años	19,309	18,270	37,579
13 años	17,825	16,979	34,804
14 años	17,816	16,659	34,475
15 años	16,812	16,246	33,058
16 años	15,127	14,670	29,797
17 años	14,622	13,587	28,209
Total	101,511	96,411	197,922

FUENTE: INEI: XI Censo de Población y VI de Vivienda 2007

1/Población urbana: 49,481 adolescentes

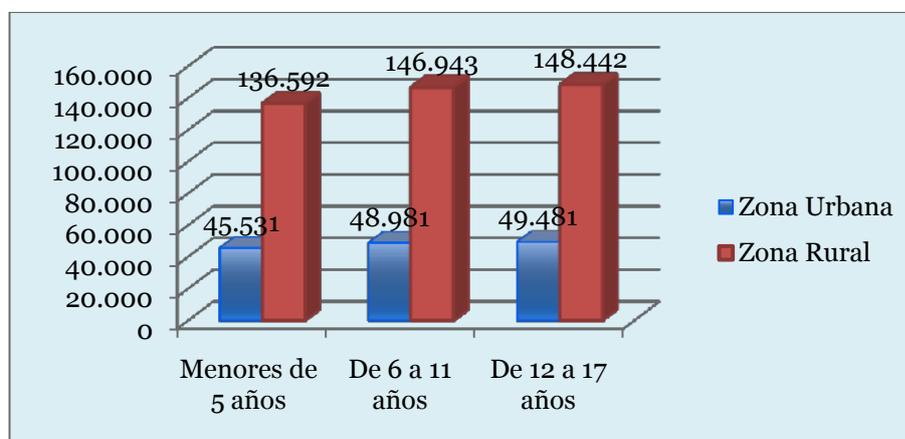
2/Población Rural: 148,442 adolescentes

Derecho a la salud y nutrición.- En la adolescencia, el problema central parecería ser la deficiencia de hierro. El 35% de los adolescentes tienen anemia,

Derecho a la educación.- El 67% de adolescentes tienen algún grado de atraso escolar, el 69% no ha concluido la educación secundaria y junto con Ayacucho reporta el más alto porcentaje en el país.

Cajamarca, se encuentra ubicado entre los departamentos con menor índice de desarrollo del niño (penúltimo lugar en el país).

Gráfico 1: Población menor de 17 años, por zona urbana y rural. Región Cajamarca, 2007



VII. VISION Y MISION DEL PLAN

VISION AL 2015

Al año 2015, las niñas, niños, adolescentes de la Región Cajamarca, hacen pleno ejercicio de sus deberes y derechos, con igualdad de oportunidades y equidad de género, acceden universalmente a servicios integrales de calidad con énfasis en poblaciones de zonas rurales y periurbanas y con familias que transmiten valores, estilos de vida saludables contribuyendo en la transformación social junto al Estado y la Sociedad Civil, en un marco de desarrollo humano.

MISION AL 2015

Somos la sociedad civil organizada en torno a sus instituciones públicas, privadas, organizaciones sociales de base, que generan consensos, priorizan la inversión, vigilan el cumplimiento y pleno ejercicio de los derechos de las niñas, niños, las y los adolescentes, para el pleno desarrollo físico, intelectual y moral en un marco de derechos y desarrollo humano, para el desarrollo integral de la región y la gobernabilidad.

VIII. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, 2010-2015.

- 8.1. Posicionar el tema de la infancia en el ámbito gubernamental, institucional, familiar y comunitario, para sensibilizar y movilizar a la región sobre la importancia crucial de la primera infancia, la niñez y adolescencia en el desarrollo humano y como factor de progreso y desarrollo de la Región Cajamarca.
- 8.2. Promover la participación de niños y niñas, de adolescentes en la toma de decisiones, que afectan sus vidas en los espacios de desarrollo social, familiar e institucional en el marco de la ley, en una región democrática donde se respetan los derechos humanos.
- 8.3. Crear condiciones en las instituciones públicas y privadas y la sociedad civil para participar activamente y garantizar el desarrollo humano de todas las niñas, niños y adolescentes y reducir la pobreza y exclusión que les afecta a lo largo del ciclo de vida; con énfasis en la población rural.

IX. ESTRATEGIA

Para alcanzar los objetivos del Plan de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2010-2015 en la Región Cajamarca, se propone las siguientes estrategias:

- 9.1. Concertación y participación interinstitucional para la movilización social por los derechos de los niños, niñas y adolescentes especialmente en el área rural.

- 9.2. Incidencia política a todo nivel de gobierno y generación de alianzas público-privadas para la inversión en la primera infancia, niñez y adolescencia. Movilizar recursos de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el ámbito provincial, departamental para el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas, los y las adolescentes en la Región Cajamarca.
- 9.3. Promoción de encuentros provinciales y regionales para la rendición de cuentas y vigilancia del cumplimiento de los derechos de niños, niñas, las y los adolescentes con participación de estos, las instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales de base.
- 9.4. Implementación de un sistema (básico) de monitoreo y evaluación y difusión del cumplimiento de los derechos de niño, niñas y adolescentes en la Región Cajamarca. (Observatorio Regional).
- 9.5. Generación de procesos de información, comunicación, educación y movilización a través de los medios masivos y comunitarios de comunicación, para integrar y articular gobernantes, líderes sociales y de opinión, instituciones relacionadas con el cumplimiento del Plan.
- 9.6. Crear una red regional de investigadores, que genere conocimiento a partir de la investigación en la primera infancia, niñez y adolescencia en aspectos de protección como trabajo infantil, trata de niños y otros según interés provincial/regional.
- 9.7. Conformación de Comités provinciales de implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Acción por la Infancia 2010-2015, para armonizar y ser más eficientes en la vigilancia del cumplimiento de los derechos de los niños, las niñas, las y los adolescentes. (Red).



X. OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y RESULTADOS DEL PLAN REGIONAL DE ACCION POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2010-2015.

Objetivo estratégico 1: Asegurar una vida sana y atención integral de calidad a la gestante y al niño por nacer.

RESULTADOS AL 2015

1. Gestantes acuden precoz y oportunamente a establecimientos de salud para control prenatal y atención del parto, según necesidades.
2. Disminuye la Anemia en gestantes.
3. Neonatos atendidos integralmente en los establecimientos de salud y con estimulación psicoafectiva.
4. Disminuye porcentaje de mujeres en edad fértil iletradas.
5. Familias promueven cuidado de la gestante en la nutrición y medio ambiente saludable.

Objetivo estratégico 2: Asegurar una vida sana a los niños, niñas menores de 5 años de edad

RESULTADOS AL 2015

6. Niñas y niños con peso y talla óptima al nacer, según patrón OMS.
7. Niños y niñas menores de 3 años de edad con buen estado nutricional y estimulación psicoafectiva.
8. Población infantil especialmente rural accede a servicios de agua segura y saneamiento básico.
9. Niñas y niños recién nacidos con partida de nacimiento y DNI
10. Niños y niñas menores de 5 años acceden a servicios de educación inicial y estimulación psicoafectiva.
11. Niños y niñas menores de 5 años acceden universalmente al seguro integral de salud.

Objetivo estratégico 3: Crear y promover condiciones deseables para alcanzar un nivel óptimo de logros de aprendizaje en las áreas de matemática y comunicación.

RESULTADOS AL 2015

12. Niños y niñas con competencias comunicativas, lectoras y resolución de problemas matemáticos de su nivel, que les permitan desenvolverse en su entorno social.
13. Niños y niñas del ámbito rural especialmente concluyen la educación primaria.
14. Docentes cumplen con las horas efectivas de aprendizajes establecidas en el diseño curricular nacional (DCN).
15. Docentes manejan adecuadamente material educativo y estrategias metodológicas de comprensión lectora y resolución de problemas de matemática.
16. Se implementan locales escolares y se construyen aulas para mejorar cobertura educativa en áreas rurales, con énfasis en el nivel inicial.

Objetivo estratégico 4: Garantizar que niños, niñas, participen y promuevan el ejercicio y defensa de sus derechos.

RESULTADOS AL 2015

17. Niños y niñas organizados en las defensorías escolares y otras promueven el ejercicio y defensa de sus derechos.
18. Erradicación del trabajo infantil.
19. Mejora la nutrición de los niños y niñas de 6 a 11 años.
20. Instituciones públicas y privadas, se organizan y promueven encuentros anuales de vigilancia y cumplimiento de derechos de niños y niñas.

Objetivo estratégico 5: Promover el desarrollo de capacidades, proyectos de vida para la atención integral de las y los adolescentes y promover su desarrollo pleno.

RESULTADOS AL 2015

21. Adolescentes acceden a servicios educativos de calidad y con logros satisfactorios de aprendizaje en matemática y comunicación.
22. Incremento en la cobertura del servicio educativo en el nivel secundario
23. Se reduce la deserción escolar.
24. Disminuye incidencia de consumo de alcohol y drogas en los y las adolescentes.
25. Adolescentes organizados en redes provinciales practican y promueven estilos de vida saludable.
26. Reducción del embarazo en las adolescentes.
27. Disminuye la violencia juvenil y en las familias.
28. Adolescentes sin explotación laboral, ni discriminación.
29. Adolescentes con habilidades y destrezas técnica/productivas

OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN

A continuación se detallan los objetivos estratégicos del Plan por Ciclo de vida.

Ciclo de vida	Objetivos estratégicos
De 0 a 5 años de edad	<ol style="list-style-type: none">1. Asegurar una vida sana y atención integral de calidad a la gestante y al niño por nacer.2. Asegurar una vida saludable a los niños, niñas menores de 5 años de edad.
De 6 a 11 años de edad	<ol style="list-style-type: none">3. Promover condiciones deseables de educación básica de calidad para alcanzar un nivel óptimo de logros de aprendizaje en las áreas de matemática y comunicación.4. Garantizar que niños, niñas, participen y promuevan el ejercicio y defensa de sus derechos.
De 12 a 17 años de edad	<ol style="list-style-type: none">5. Promover el desarrollo de capacidades, proyectos de vida y atención integral de las y los adolescentes para promover su desarrollo pleno.

A continuación se presenta los resultados, metas, acciones estratégicas e instituciones responsables que compromete al conjunto del Estado y a todas las instituciones de nuestra sociedad. Esta se realiza por ciclo de vida para mayor claridad en las intervenciones y mejorar la participación de todos los actores.

Las metas que se proponen en el Plan, se ha tomado como base los indicadores de las ENDES continua, 2009, del INEI, UNICEF, Situación de la Niñez en el Perú, 2008, algunos de la Dirección Regional de Salud del 2008. Estas metas podrán ser modificadas dada la flexibilidad de los planes en razón de la línea de base de estudios a realizar u otros.

NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 1

Asegurar una vida sana y atención integral de calidad a la gestante y al niño por nacer

Derechos establecidos en la Convención sobre los derechos del Niño:

- Derecho a la vida
- Derecho a salud y nutrición
- Derecho al desarrollo
- Derecho a la protección
- Derecho al nombre

RESULTADOS ESPERADOS AL 2015

1. Gestantes acuden precoz y oportunamente a establecimientos de salud para control prenatal y atención del parto según necesidades culturales.
2. Disminuye la anemia en gestantes.
3. Neonatos atendidos integralmente en los establecimientos de salud y con estimulación psicoafectiva.
4. Disminuye porcentaje de Mujeres en edad fértil iletradas.
5. Familias promueven cuidado de la gestante en la nutrición y medio ambiente saludable.

Población Objetivo:

- Mujeres en edad fértil y gestantes
- Niños y niñas de 0 a 29 días de edad
- Familias

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 2

Asegurar una vida saludable a los niños, niñas menores de 5 años de edad.

Población objetivo:

- Niñas y niños menores de 5 años
- Familias, especialmente del ámbito rural

RESULTADOS ESPERADOS AL 2015

6. Niños y niñas con peso y talla óptima al nacer, según patrón OMS.
7. Niñas y niños recién nacidos con partida de nacimiento y DNI.
8. Niños y niñas menores de 3 años de edad con buen estado nutricional y estimulación psicoafectiva.
9. Población infantil del área rural accede a servicios de agua segura y saneamiento básico.
10. Niños y niñas menores de 5 años acceden a servicios de educación inicial y de estimulación psicoafectiva.
11. Niños y niñas menores de 5 años acceden universalmente al seguro integral de salud.

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 1

Asegurar una vida sana y atención integral de calidad a la gestante y al niño por nacer

1) Resultado esperado al 2015

Gestantes acuden precoz y oportunamente a establecimientos de salud y reciben control prenatal y atención del parto según necesidades culturales.

Situación actual

1. La cobertura de atención prenatal en los servicios de salud es 66%.
2. La atención prenatal por un proveedor de servicios es de 94,3%, siendo la obstetriz la que más atiende (56,8%).
3. El parto institucional es 60,8%.
4. Proporción de nacimientos no atendidos por profesional de salud 59%.
5. La Razón de la mortalidad materna es 126 por 100 mil nacidos vivos (2009).
6. Tasa de mortalidad pos neonatal 17 por mil nacidos vivos.
7. La tasa de mortalidad infantil es 31 por mil nacidos vivos.
8. El 55,9% de mujeres tuvieron su parto en establecimientos de salud público, el 38,4% en casa, el 4% en entidades privadas y 0,9% en otro lugar.
9. Los problemas de las mujeres para acceder a los servicios de salud son: 76,7% conseguir dinero para comprar medicamentos, 62,3% distancia al establecimiento de salud.

Metas para el año 2015

1. Reducir la Razón de la mortalidad materna a 100 por 100 mil nacidos vivos.
2. 90% de gestantes acuden voluntariamente a servicios de salud para atención prenatal.
3. Incremento del parto institucional a 80%.
4. 100% de gestantes de la zona rural inscritas en el SIS.
5. 95% de familias prefieren alimentación de gestante, consumo de micronutrientes y participan en el cuidado prenatal y programan el parto institucional.

Acciones estratégicas

1. Disminuir la movilidad del personal de salud profesional y fomentar su permanencia las 24 horas del día y los 365 días en los establecimientos de salud.
2. Fortalecimiento de las capacidades del personal de las Redes y Micro Redes de salud para la atención de las emergencias obstétricas básicas y atención del neonato de riesgo.
3. Establecimiento de mecanismos funcionales de referencia y contra referencia entre centros y puestos de salud, los hospitales y la comunidad.
4. Brindar entrenamiento permanente al personal de salud sobre competencia cultural para la atención prenatal y parto institucional, con énfasis al personal del área rural.
5. Dar entrenamiento adecuado a las parteras tradicionales y familia para la identificación temprana de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y derivación a los establecimientos de salud.

6. Priorización de la atención y referencia oportuna de las complicaciones.
7. Promover la planificación familiar a fin de aumentar el intervalo ínter genésico y aumentar las defensas maternas con miras a disminuir la morbi mortalidad materna e infantil.
8. Incremento de la prevalencia de anticonceptivos en las mujeres en edad fértil al 89%.

Responsables:

Directos: Sector Salud, Ministerio de Salud, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional, familias, autoridades comunitarias (Teniente Gobernador, Agente municipal, rondas campesinas, programas vaso de leche y JUNTOS.

De Apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas, Cooperación internacional, Fondo minero de Solidaridad Cajamarca, empresas mineras, Alianza por la Nutrición. Clínicas Privadas, Organismos de Cooperación.

2) Resultado esperado al 2015

Disminuye la anemia en gestantes

Situación actual

1. La desnutrición en gestantes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, incrementando, a su vez, el riesgo de muerte neonatal.
2. No se ha encontrado información de anemia en gestantes, ni peso adecuado según edad gestacional del ámbito regional. En las provincias: de San Marcos 57,9% y en Cajabamba 44,4 % de anemia en gestantes²⁴. En las gestantes de San Marcos y Cajabamba el 41% de gestantes tuvieron peso normal para la edad gestacional, la ganancia de peso fue de 10 a 13 kg al final el embarazo (JICA-GOB. REG.).

Metas para el año 2015

1. Realización de línea base de anemia en gestantes (diagnóstico rápido).
2. Disminuir en 15 puntos porcentuales la anemia en gestantes.
3. 90 % de gestantes con peso adecuado para edad gestacional.
4. 100% de gestantes consumen micronutrientes (hierro, ácido fólico).
5. 100% de gestantes con seguro integral de salud.

Acciones estratégicas

1. Educación a la gestante y su familia para la ingestión de alimentos de alto valor nutritivo que contengan hierro y prácticas adecuadas de higiene.
2. Provisión y consumo correcto de micronutrientes (hierro) en la gestante.
3. Promoción de la salud sobre la importancia de los suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo.
4. Determinación periódica del nivel de hemoglobina según Patrón OMS.
5. Promoción del parto institucional adecuado a las necesidades culturales de la población.

²⁴ JICA-GOB. REG CAJAMARCA. Evaluación final de proyecto de disminución de la desnutrición infantil en las provincias de San Marcos y Cajabamba de la Región Cajamarca, 2010.

Responsables

Directos: Las familias, Servicios de salud, redes y micro redes de salud, del MINSA, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional, privadas.

De apoyo: Organizaciones sociales de base, parteras tradicionales. Organismos no gubernamentales de las zonas de las zonas, Organismos de cooperación local.

3) Resultado esperado al 2015

Neonatos atendidos integralmente en los establecimientos de salud y con estimulación psico-afectiva

Situación actual

1. La tasa de mortalidad neonatal es 13 por mil nacidos vivos.
2. Sólo el 45,6% de los niños de 18 a 29 meses tiene todas sus vacunas, el 4,3% no tiene ninguna vacuna. El 65,5% de niños y niñas tienen tarjeta de vacunación.
3. La duración mediana de la lactancia materna es 5 meses.
4. La familia no le da importancia a la estimulación temprana y psicoafectiva en el lugar, especialmente en el área rural.

Metas para el año 2015

1. Reducir la tasa de mortalidad neonatal a 9.0 por mil nacidos vivos.
2. 98% de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
3. 95% de niños y niñas menores de 24 meses de edad con vacunas completas y tarjeta de vacunación.
4. 70% de familias del área rural realizan estimulación psicoafectiva a los niños y niñas en sus hogares.
5. 100% de niños y niñas del ámbito rural con seguro integral de salud.
6. 100% de niñas y niños recién nacidos con partida de nacimiento.

Acciones estratégicas

1. Promoción de la lactancia materna exclusiva.
2. Provisión de suplementos de micronutrientes a la madre lactante.
3. Seguro Universal de Salud que garantice el acceso a servicios de salud interculturales.
4. Garantizar el registro al nacimiento del niño y la niña.
5. Desarrollar capacidades en las familias para el cuidado del neonato en el hogar, incluyendo la participación del padre en el cuidado de la niña y niño.

Responsables

Directos: Servicios de salud, redes y micro redes de salud del MINSA, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional, familia. Municipalidades provinciales y distritales. RENIEC.

De apoyo: Organizaciones sociales de base, parteras tradicionales. Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de Cooperación local.

4) Resultado esperado al 2015

Disminuye porcentaje de Mujeres en edad fértil iletradas

Situación actual

1. El 18,5% de mujeres de 6 a más años no tiene educación siendo 3 veces más con relación a la de los hombres, el 11,4% tiene primaria completa y la mediana de años completos es de 4,3 años (en los hombres 5,4 años)²⁵.
2. El 14,3% de las mujeres sin escolaridad o que tiene primaria no puede leer, el 5,4% lee con dificultad, el 32,3% lee con facilidad.
3. El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar.

Metas para el año 2015

1. 95% de mujeres en edad fértil del área rural alfabetizadas.
2. Se incrementa la matrícula de las niñas y adolescentes especialmente en el área rural.
3. Se ejecutan programas de alfabetización y post-alfabetización, con énfasis en las mujeres en edad fértil de las áreas rurales y periurbanas pobres.

Acciones estratégicas

1. Organización comunitaria y seguimiento para la identificación de mujeres en edad fértil iletradas.
2. Organización comunitaria para la matrícula oportuna de niñas y adolescentes en el nivel básico.
3. Flexibilidad de horarios para adaptar el calendario escolar de alfabetización a las tareas y necesidades de las mujeres en edad fértil.
4. Concientizar a las familias sobre la importancia de la educación de la mujer rural.
5. Priorizar la educación de la niña y la mujer en el ámbito rural.

Responsables

Directos: Familias, Sector Educación, Unidades de Gestión Educativas locales (UGEL), Redes y micro redes de salud, Tenientes Gobernadores, Agentes municipales, Programa vaso de leche, JUNTOS.

De apoyo.- Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de cooperación local.

5) Resultado esperado al 2015

²⁵ INEI, Encuesta Demográfica y de Salud. 2009

Familias promueven cuidado de la gestante en la nutrición y medio ambiente saludable

Situación actual

1. Las mujeres embarazadas y sus familias, generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de los recién nacidos.
2. Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por sí misma en busca de atención adecuada y oportuna.
3. Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud.
4. Una atención deficiente y retardada, ya sea por falta de competencia de los proveedores de servicios de salud o por la falta de insumos y equipo médico-quirúrgico apropiado.
5. El 10% de mujeres en edad fértil están aseguradas en ESSALUD, el 0,3% en las fuerzas armadas o policiales, el 52,6% en el seguro integral de salud.

Metas para el año 2015

1. Realización de línea de base (diagnóstico rápido) para determinar prácticas de cuidado en nutrición y medio ambiente saludable en las familias.
2. 60% de familias con prácticas de cuidado saludables al niño y gestante.
3. 100% de municipalidades ejecutan proyectos para la primera infancia.
4. 60% de comunidades preparadas para las emergencias obstétricas.
5. 60% de familias y comunidades organizadas reconocen los signos de peligro y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y siguen procedimientos establecidos.
6. 50% de familias con viviendas saludables y cocinas mejoradas.

Actividades estratégicas:

1. Acciones de promoción de la salud que permitan la participación comunitaria para el cambio a estilos de vida saludables.
2. Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud con calidad y calidez, especialmente del ámbito rural.
3. Aseguramiento de la provisión de métodos anticonceptivos y prevenir el embarazo no deseado.
4. Promoción de la maternidad saludable y segura en las comunidades.
5. Identificación y capacitación a personal voluntario de las comunidades en la identificación de los signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio.
6. Elaboración de planes de emergencia comunitarios que permita estar preparados si se presentan complicaciones, para la toma de decisiones y la acción oportuna.
7. Promover la demanda de la atención obstétrica en los establecimientos de salud fortaleciendo las casas de espera en comunidades dispersas y excluidas.
8. Promoción de viviendas saludables y cocinas mejoradas.

Responsables

Directos: Familias, autoridades y organizaciones comunales (Rondas campesinas, Tenientes Gobernadores, Agentes municipales, programa Vaso de Leche, otros). Programa JUNTOS. Policía Nacional.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas. Organismos de cooperación local.

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 2

Asegurar una vida saludable a los niños, niñas menores de 5 años de edad.

Derechos establecidos en la Convención de los derechos del Niño.

- Derecho a la educación
- Derecho a la salud y nutrición
- Derecho a la participación
- Derecho a la protección.

6) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas con peso y talla óptima al nacer, según patrón OMS

Situación actual

1. El 17,4% de los neonatos no fue pesado,
2. El 80,2% de los nacimientos se reportó el peso del niño-niña.
3. El 7,1% de los niños y niñas tuvo menos de 2,5kgr,
4. El 73,1% de los niños y niñas pesó más de 2,5kgr.
5. En el 1,7% el tamaño de los niños fue muy pequeño,
6. En el 22,7% el tamaño fue menor que el promedio,
7. El 75,2% de niños tuvo el tamaño promedio o mayor.

Metas para el año 2015

1. Promover que el 95% de los recién nacido tengan peso de 3,000 gr ó más y una talla de 50 cm o más. (patrón OMS).

Actividades estratégicas:

1. Concientización a la familia para el cuidado de la gestante en el hogar y la comunidad respecto a la alimentación, consumo de micronutrientes y atención prenatal según normas.
2. Implementación y fortalecimiento de sistema de vigilancia comunitaria del estado nutricional y control prenatal de las gestantes.

Responsables.-

Directos: familias, municipalidades provinciales y distritales, redes y micro redes de salud, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, sector Educación, Agricultura. Autoridades comunales (Tenientes Gobernadores, Agentes municipales, rondas campesinas) Organizaciones sociales de base: Programa Vaso de leche. JUNTOS.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas. Fondo Minero de Solidaridad Cajamarca. Organismos de cooperación local.

7) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas menores de 3 años de edad con buen estado nutricional y estimulación Psico-afectiva

Situación actual

1. La tasa promedio de desnutrición crónica infantil es 31,9%, los efectos en los menores de 3 años son irreversibles. En San Pablo 43%, en Hualgayoc 37,1%, en la provincia Celendín 34,8%, en Cajamarca y Cajabamba 34,3%, en Cutervo 33,4%, Chota 32,4%, San Miguel 32%, San Marcos 31,9%, San Ignacio, 29,5%, Contumazá 27,8%, Santa Cruz, 26,3%, Jaén 22,5%.
2. El 85% de niñas y niños de 6 a 24 meses, recibió 3 grupos de alimentos.
3. El 13% de menores de 6 a 59 meses recibió vitamina A.
4. El 13,8% de menores de 6 a 59 meses recibió hierro.
5. El 36,8% de menores de 6 a 59 meses recibió antiparasitario.
6. El déficit de nutrientes, en especial hierro, zinc, yodo y vitamina A, se traduce en un deterioro cognitivo que deriva en un menor aprendizaje de los niños y niñas.
7. Las madres no son conscientes de la importancia del cuidado del niño: nutrición, higiene y salud y desconocen los alimentos de alto valor nutritivo, especialmente el consumo de proteína animal.
8. Insuficiente acceso a servicios de agua y saneamiento especialmente en el área rural.
9. El 30,4% de niños de 6 a 59 meses, tiene anemia y predomina la anemia leve (26%).
10. La tasa de mortalidad infantil es 37,2 por mil nacidos vivos
11. La Incidencia de infección respiratoria en la provincia de San Marcos y Cajabamba 43,4%, la enfermedad diarreica 25,6%.

Metas para el año 2015

1. Reducir la desnutrición crónica del menor de 3 años al 20%.
2. Reducir la anemia en niños menores de 6 a 24 meses de edad en 15 puntos porcentuales.
3. Reducir la tasa de mortalidad infantil a 10 por mil.
4. Incrementar a 35% el CRED en menores de 3 años.
5. Disminuir la tasa de prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) a 10%.
6. 100% de municipalidades ejecutan proyectos de inversión para la primera infancia.

Actividades estratégicas:

1. Armonización de acciones con la cooperación nacional e internacional, con la finalidad de gestionar recursos en función de la prioridad regional.
2. Promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad y hasta los 3 años de edad.
3. Concientización de las familias para mejorar prácticas de cuidado y nutrición del niño y la niña menor de 3 años de edad.
4. Implementar y/o fortalecer un sistema de vigilancia nutricional a nivel comunitario y municipal.
5. Desarrollo de un programa integral de información, educación y comunicación (IEC) regional a fin de fortalecer prácticas alimentarias adecuadas, cuidado infantil, higiene, desparasitación, conservación de alimentos focalizados en los grupos más vulnerables.

6. Focalizar las intervenciones en niños y niñas menores de 3 años y en períodos de lactancia, quienes se encuentran en momentos críticos de vulnerabilidad nutricional dentro del ciclo de vida.
7. Mantenimiento y fortalecimiento de los programas de micronutrientes.
8. Promoción y mejora de prácticas alimentarias basadas en productos originarios y tradicionales, con alto contenido nutricional, tomando en cuenta la diversidad cultural.

Responsables:

Directos: Familias, servicios de salud, Universidad nacional, facultad de medicina y Ciencias de la Salud. Universidades Privadas.

De apoyo: Organismo no gubernamentales de las zonas, Fondo minero de Solidaridad. Organismos de Cooperación local.

8) Resultado esperado al 2015

Población infantil especialmente del área rural accede a servicios de agua segura y saneamiento básico

Situación actual

1. El agua no apta para el consumo y la falta de saneamiento básico contribuyen a causar la muerte de menores de cinco años como consecuencia de las enfermedades diarreicas.
2. Las enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento puede afectar la asistencia a la escuela y el rendimiento académico. La necesidad de obtener y transportar agua para sus familias, y la falta de instalaciones separadas de saneamiento, suelen impedir el acceso a la enseñanza, especialmente a las niñas.
3. El suministro de agua, las instalaciones sanitarias y la higiene en los establecimientos de enseñanza influyen profundamente en las tasas de asistencia y permanencia de los alumnos en las escuelas.
4. Con mejores prácticas de higiene, es posible reducir las enfermedades en una tercera parte.
5. 49% de niños y niñas no acceden a una fuente de agua segura.

Metas para el año 2015

1. 60% de familias del ámbito rural con prácticas adecuadas de uso del agua, disposición de excretas y residuos sólidos.
2. 70% de familias se lavan las manos en los momentos críticos (antes de preparar alimentos, antes de comer y después de usar los servicios higiénicos).
3. 60% de municipalidades (rurales) ejecutan proyectos de agua segura y disposición sanitaria de excretas y residuos sólidos.



Actividades estratégicas

1. Aumento de la cobertura y calidad del servicio de agua segura, disposición de excretas y residuos sólidos, con énfasis en el área rural.
2. Mejoramiento de prácticas de uso y almacenamiento de agua en el hogar.
3. Lavado de manos en las familias con agua y jabón antes de comer, preparar alimentos y después de usar los servicios higiénicos.
4. Promoción, concienciación y asistencia a las municipalidades provinciales y distritales en la formulación de programas y proyectos de acceso a servicios de agua segura y disposición sanitaria de excretas.
5. Inclusión de proyectos de agua y saneamiento integrales en el presupuesto participativo de las municipalidades provinciales y distritales del ámbito regional.

Responsables.-

Directos: Municipalidades provinciales y distritales, organizaciones de base, familias, REMURC, Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de Cooperación, Asociación los Andes Cajamarca (ALAC).

9) Resultado esperado al 2015

Niñas y niños recién nacidos con partida de nacimiento y DNI.

Situación actual

1. Tener un registro de nacimiento implica el poder participar de un conjunto de derechos sociales, civiles, políticos, económicos y culturales establecidos en las normativas jurídicas sustantivas y adjetivas de una sociedad, así como en diversos tratados internacionales. Para un niño, significa "existo, tengo derechos".
2. El 7% de los niños y niñas no tienen partida de nacimiento. En Cajabamba el 36% , Hualgayoc 28%, San Marcos 18%.

Metas para el año 2015

1. 100% de niños y niñas con partidas de nacimiento y DNI.

Actividades estratégicas

1. Desarrollo de la campaña: "Cajamarca unida por un registro universal, gratuito y oportuno", u otra denominación.
2. Coordinación para fortalecimiento de las capacidades de las instituciones de registro descentralizadas (RENIEC).

3. Fortalecimiento de la articulación de la RENIEC con los programas sociales para lograr la inclusión y evitar obstáculos a la prestación de servicios sociales.
4. Difusión de resultados de las campañas.

Responsables.-

Directos: Familias. Municipalidades provinciales y distritales, Oficinas de Registro Civil; RENIEC, Servicios de salud: Ministerio de Salud, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú.

De apoyo: Clínicas privadas. Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de cooperación local.

10) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas menores de 5 años acceden a servicios de educación inicial y de estimulación psico-afectiva

Situación actual

1. El 53,3% de niños y niñas de 3 a 5 años accede al sistema educativo²⁶, *Aproximadamente 57 mil niños y niñas de 3 a 5 años residen en Cajamarca y no acceden al sistema educativo.*
2. Los efectos en educación son igualmente alarmantes. La desnutrición afecta el desempeño escolar a causa del déficit que generan las enfermedades asociadas, y debido a las limitaciones en la capacidad de aprendizaje vinculadas a un menor desarrollo cognitivo.
3. La mayor probabilidad de enfermar hace que los niños y niñas desnutridos presenten una incorporación tardía al sistema educativo y mayor ausentismo escolar, con lo que aumenta su probabilidad de repetición y deserción.
4. No se da importancia a la estimulación psicoafectiva del niño.

Metas para el año 2015

1. Se incrementa en 20% el acceso de niñas y niños al nivel inicial (con énfasis en la zona rural).
2. Se incrementa en 10% los programas de atención integral a niños y niñas en entornos familiares y comunitarios.
3. 100% de niños y niñas de nivel inicial con estimulación temprana.



²⁶ Perfil Educativo de la Región Cajamarca, 2007

Actividades estratégicas

1. Promoción de ambientes de interacción social seguros, sanos y de calidad para los menores de 5 años, en donde todo niño o niña pueda encontrar las mejores posibilidades para el desarrollo de su potencial y se reconozca el juego y la formación de la confianza básica como ejes fundamentales del desarrollo infantil.
2. Garantizar a todos los niños y niñas de 5 años el acceso al nivel inicial especialmente del área rural y facilitar su tránsito a la básica primaria y su permanencia en el sistema educativo.
3. Fortalecimiento y ampliación de la cobertura de las modalidades de atención integral en los entornos comunitarios (Pietbaf), familiar e institucional.
4. Ampliación de la cobertura educativa en el nivel de educación inicial preescolar de niños y niñas de 0 a 5 años, con prioridad en las áreas pobres, implementando modalidades innovadoras de atención basado en la familia y comunidad. (wawa wasi, ludotecas infantiles, centros de educación temprana (CET), otros).
5. Desarrollo e implementación de alianzas con los medios de comunicación para favorecer la amplia y coherente difusión de mensajes en temas de salud, nutrición, desarrollo infantil, binomio madre-niño, justicia y derechos de niños y niñas.

Responsables.-

Directos: Familias, Gobierno Regional Cajamarca: Dirección Regional de Educación, Unidades de gestión Educativas, Instituciones educativas, APAFA, familias, Organizaciones sociales de base.

De apoyo: Organismos de cooperación local, Organismos no gubernamentales de las zonas, medios de comunicación.

11) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas menores de 5 años acceden universalmente al seguro integral de salud

Situación actual

1. 59,5% de niños y niñas cuentan con seguro Integral de salud (SIS)²⁷.
2. Familias desconocen importancia y beneficios del seguro integral de salud.

Metas para el año 2015

1. 95% de niños y niñas con Seguro integral de salud.
2. 100% de niños y niñas matriculadas en las instituciones educativas de educación básica regular con Seguro integral de salud.
3. 95% de familias del ámbito rural conocen el Seguro integral de salud con niños menores de 5 años inscritos en el SIS.

Actividades estratégicas

1. Realización de campañas de difusión en distritos identificados como de extrema pobreza para la afiliación al SIS del menor de 5 años especialmente, en coordinación con los programas sociales.

²⁷ Programa JUNTOS, Boletín informativo, noviembre 2009

2. Identificación de los grupos de población vulnerables y excluidos.
3. Aseguramiento universal de la población vulnerable en zonas de extrema pobreza.
4. Adecuación de horarios de atención en los establecimientos de salud para el acceso de la población del área rural al seguro integral de salud por ser su derecho.

Responsables.-

Directos: Familias, Servicios de salud, redes y micro redes de salud, programa JUNTOS, Municipalidades provinciales y distritales. Organizaciones sociales de base. Programa vaso de leche, JUNTOS.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas. Organismos de cooperación local.

NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 11 AÑOS

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 3

Promover condiciones deseables de educación básica de calidad para alcanzar un nivel óptimo de logros de aprendizaje en las áreas de matemática y comunicación

Derechos establecidos en la Convención sobre los derechos del niño.

- Derecho a la Educación
- Derecho a la salud y nutrición
- Derecho a la participación
- Derecho a la protección

RESULTADOS ESPERADOS AL 2015

12. Niños y niñas con competencias comunicativas, lectoras y resolución de problemas matemáticos de su nivel, que les permitan desenvolverse en su entorno social.
13. Niños y niñas del ámbito rural especialmente concluyen la educación primaria.
14. Docentes cumplen con las horas efectivas de aprendizajes establecidas en el diseño curricular nacional (DCN).
15. Docentes manejan adecuadamente material educativo y estrategias metodológicas de comprensión lectora y resolución de problemas de matemática.
16. Se implementan locales escolares y se construyen aulas para mejorar cobertura educativa en áreas rurales, con énfasis en el nivel inicial.

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 4

Garantizar que niños, niñas, participen y promuevan el ejercicio y defensa de sus derechos

Derechos establecidos en la Convención sobre los derechos del niño.

- Derecho a la Educación

- Derecho a la salud y nutrición
- Derecho a la participación
- Derecho a la protección

RESULTADOS ESPERADOS AL 2015

17. Niños y niñas organizados en defensorías escolares y otras promueven el ejercicio y defensa de sus derechos.
18. Disminución del trabajo infantil.
19. Mejora la nutrición de los niños y niñas de 6 a 11 años.
20. Promoción de encuentros anuales de vigilancia y cumplimiento de derechos de niños y niñas.

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 3

Promover condiciones deseables de educación básica de calidad para alcanzar un nivel óptimo de logros de aprendizaje en las áreas de matemática y comunicación

12) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas con competencias comunicativas, lectoras y resolución de problemas matemáticos de su nivel, que les permitan desenvolverse en su entorno social

Situación actual

1. El 96,1% de niños accede al servicio educativo.
2. El 4,8% de niños y niñas de 6to de primaria con rendimiento suficiente en comunicación integral.
3. 3,8% de alumnos de 6to de primaria con rendimiento suficiente en lógico matemática.
4. 5,1% de alumnos de 2do de primaria con rendimiento suficiente en comunicación integral.
5. El 4,5% de alumnos de 2do grado de primaria con rendimiento suficiente en lógico matemática.

Metas para el año 2015:

1. Se incrementa en 15% los logros de aprendizaje en el área de matemática en niños y niñas al culminar el III Ciclo.
2. Se incrementa en 20% los logros de aprendizaje en el área de comunicación en niños y niñas al culminar el III Ciclo.
3. 100% de profesores rinden cuentas a padres de familia de logros de aprendizaje en matemática y comunicación.
4. 60% de profesores capacitados en estrategias metodológicas en comunicación y matemática.
5. 90 % de docentes de escuelas unidocentes y multigrado capacitados en estrategias metodológicas de comunicación y matemática.
6. 50% de familias consumen alimentos de alto valor nutritivo de la zona.
7. Disminución de las peores formas de trabajo infantil en el 50%.

Actividades estratégicas

1. Fortalecimiento de las capacidades de los profesores de educación primaria en estrategias metodológicas de comunicación y matemática con prioridad y diferenciada a los profesores de las escuelas unidocentes y multigrado.
2. Rendición de cuentas de avance en logros de aprendizajes de niños y niñas a los padres de familia por los profesores.
3. Aplicación de pruebas de entrada y salida (las del nivel nacional) para determinar logros de aprendizaje en comunicación y matemática.
4. Participación activa de los padres de familia en las decisiones y procesos educativos.
5. Implementación de mecanismos de vigilancia comunitaria para cumplimiento de horas efectivas de enseñanza – aprendizaje por los profesores, con énfasis en el área rural.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, APAFAS.
De apoyo: CONEI, Programa JUNTOS, Organismos no gubernamentales de las zonas, organizaciones de cooperación local.

13) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas concluyen la educación primaria, especialmente los del área rural

Situación actual

1. 96,1% de niños y niñas acceden al nivel primario. Sin embargo, más de 9 400 niños y niñas de 6 a 11 años que residen en Cajamarca se hallan excluidos del sistema educativo.
2. La población de 12 a 14 años con primaria completa es 61,7%. 42 mil personas que no concluye oportunamente la primaria, En efecto, hay todavía una brecha educativa entre las poblaciones de zonas urbanas y las de zonas rurales; ésta es notable en el caso de las mujeres de una y otra zona.
3. La asistencia regular de las niñas a la escuela depende en gran medida de las condiciones materiales en que se desenvuelve la vida cotidiana de las familias del campo.
4. 82 de cada cien hogares rurales que no tienen agua, el acarreo del agua es una responsabilidad compartida que toma un tiempo y esfuerzo relevantes de los miembros de la familia. Lo más común es obtener agua del río, acequia o manantial. Por ello es habitual ver a las niñas yendo y viniendo con pequeños baldes de agua desde muy temprana edad.

Metas para el año 2015

1. 90% de niños y niñas especialmente del área rural concluyen su educación primaria.

Actividades estratégicas

1. Implementación de sistema de Seguimiento a nivel comunal y distrital para garantizar la culminación de los estudios de educación primaria de la niña y niño con prioridad en el ámbito rural.

2. Desarrollar sistemas de monitoreo orientados a la identificación de niños, niñas que no asisten a la escuela
3. Implementar mecanismos para reducir la deserción y el ausentismo escolar, incluyendo programas específicos para motivar la permanencia y la promoción de las niñas en la escuela primaria, así como dirigidos a aquellos alumnos con retraso pedagógico.
4. Campaña de Promoción de la matrícula oportuna enfatizando la edad del niño y niña y la oportunidad (mes de marzo-abril).

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, APAFAS, Gobierno Local (provincial y distrital).

De apoyo: CONEI, comunidades organizadas, tenientes gobernadores, agentes municipales, Programa JUNTOS, Organismos no gubernamentales de las zonas, Organizaciones de cooperación.

14)Resultado esperado al 2015

Docentes cumplen con las horas efectivas de aprendizajes establecidas en el diseño curricular nacional (DCN).

Situación actual

1. Logros de aprendizaje deficientes en Comunicación y resolución de problemas matemáticos según resultados de la Evaluación Censal de Estudiantes (ECE) del Ministerio de Educación.
2. Escasas horas efectivas de aprendizaje que los niños y niñas alcanzan en las instituciones educativas del ámbito rural (300 horas promedio).
3. El Ministerio de Educación ha normado 1,100 horas efectivas, 30 horas semanales, 6 horas diarias.

Metas para el año 2015

1. Cumplimiento del 100% de las horas efectivas de aprendizaje según el DCN.
2. 90% de Instituciones Educativas cuentan con PEI, PCI, POA.
3. Incremento del 20% de logros de aprendizaje en comunicación y matemática en relación a los resultados de la ECE 2010.

Actividades estratégicas

1. Realización de línea de base (diagnóstico rápido) del número de horas efectivas de clase en el territorio regional, diferenciado por institución de ámbito urbano, rural, unidocente, multigrado y polidocente.
2. Antes del inicio del año escolar, todas las Instituciones Educativas del ámbito regional especialmente del área rural deben contar con su PEI, PCI y Plan Anual de Trabajo. Estos instrumentos deben estar listos en enero de cada año.
3. Las actividades del calendario cívico incluidas en la programación curricular no deben implicar pérdida de clases ni gastos adicionales para los estudiantes y sus familias. No perder horas de clase en ensayos para desfiles escolares.
4. Los docentes a cargo del III ciclo de educación primaria serán asignados considerando que cuenten con las condiciones pedagógicas adecuadas

- para responder a las exigencias educativas del ciclo y rotarán en dicho ciclo en mérito a las capacitaciones recibidas para atender sus grados.
5. Las Instituciones Educativas deben matricular y atender a estudiantes con necesidades educativas especiales, sensibilizar a la comunidad educativa sobre esa situación y acondicionarán progresivamente sus instalaciones para garantizar medidas de accesibilidad física. Adicionalmente corresponde a las Dirección Regional de Educación (DRE) y Unidad de gestión Educativa Local (UGEL) constituir los equipos especializados (CEBE).
 6. Las nóminas de matrícula deben ser entregadas dentro de los 45 días posteriores al inicio del año escolar.
 7. Vigilancia comunal de las autoridades comunales, las APAFA del número de horas de enseñanza aprendizaje: 6 horas diarias, 30 horas semanales, 1,100 horas al año.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, APAFAS, Gobierno Local (provincial y distrital).

De apoyo: CONEI, comunidades organizadas, tenientes gobernadores, agentes municipales, Programa JUNTOS, Organismos no gubernamentales locales, organizaciones de cooperación.

15)Resultado esperado al 2015

Docentes manejan adecuadamente material educativo y estrategias metodológicas de comprensión lectora y resolución de problemas de matemática

Situación actual

1. A nivel nacional, en promedio, hay 3 profesores en las escuelas públicas rurales de primaria; y 9 profesores en las escuelas Públicas rurales de secundaria.
2. Lima Metropolitana presenta el mayor número promedio de profesores en escuelas rurales tanto de primaria (9 profesores) como de secundaria (13 profesores).
3. En Cajamarca 3 profesores en primaria y 6 en secundaria.

Metas para el año 2015

1. 85% de docentes de educación primaria manejan estrategias de comprensión lectora y resolución de problemas de matemática y material educativo.
2. Disminuye en 10% las instituciones educativas unidocentes.

Actividades estratégicas

1. Implementación de políticas de reconocimiento del mérito profesional de los docentes de aula a través de un proceso que permite identificar a los docentes que demuestren tener conocimientos, habilidades y competencias de excelencia en su desempeño profesional, quienes serán beneficiados con eventos de perfeccionamiento y reconocimiento a nivel regional.

2. Proceso de capacitación a docentes del nivel primario, con énfasis a los docentes del ámbito rural en estrategias de comprensión lectora y resolución de problemas de matemática. debiendo ser en servicio y personalizada, bajo la responsabilidad de un equipo técnico local (especialistas y facilitadores de redes).
3. Sistema de monitoreo pedagógico participativo multisectorial, liderado por las UGELs y Gobiernos Locales (distritales y provinciales), particularmente por las comisiones de educación y cultura, los docentes cesantes y jubilados, los dirigentes del SUTEC, etc.

Responsables:

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, Gobierno Local (provincial y distrital), Redes Educativas, Asociación de profesores cesantes y jubilados, SUTEC.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas, organizaciones de cooperación.

16) Resultado esperado al 2015

Se implementan locales escolares y se construyen aulas para mejorar cobertura educativa especialmente en áreas rurales.

Situación actual

1. El 92% de las instituciones educativas se encuentran en el ámbito rural²⁸.
2. 73% de escuelas en el ámbito rural del nivel secundaria.
3. Déficit de escuelas en el nivel inicial 367 y en nivel secundario 64.
4. Cajamarca presenta el mayor déficit de escuelas en los niveles de inicial y secundaria 411.
5. A nivel nacional, en promedio, hay 62 alumnos matriculados en escuelas públicas rurales de primaria, y 111 alumnos matriculados en escuelas públicas rurales de secundaria. Lima Metropolitana presenta las mayores cifras, con 205 alumnos en promedio matriculados en escuelas públicas rurales de primaria, y 215 en secundaria, en Cajamarca 58 en primaria y 102 en secundaria (inferior al promedio nacional).

Metas para el año 2015

1. 95% de instituciones educativas del nivel primario del ámbito rural con materiales educativos y mobiliario escolar digno.
2. Se incrementa infraestructura educativa en 5%, para el nivel primario.

Actividades estratégicas

1. Concertación con las municipalidades provinciales y distritales para que a través de los presupuestos participativos se priorice la mejora de la infraestructura acompañada de equipamiento con mobiliario escolar, útiles escolares, biblioteca.
2. Asesoría técnica para la formulación de expedientes técnicos bajo el enfoque del SNIP para ampliar y/o mejorar infraestructura educativa, y equipamiento.
3. Priorizar la construcción de infraestructura escolar, material educativo y mobiliario en el presupuesto participativo.

²⁸ CAD, Ciudadanos al día, Boletín N° 103, Mayo 2010

Responsables:

Directos: Gobierno Regional Cajamarca, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión educativas (UGELs), Municipalidades provinciales y distritales, familias, comunidad organizada.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas, Empresas Mineras, Fondo Minero de Solidaridad Cajamarca, Organizaciones de cooperación.

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 4

Garantizar que niños, niñas, participen y promuevan el ejercicio y defensa de sus derechos

17) Resultado esperado al 2015

Niños y niñas organizados en defensorías escolares y otras promueven el ejercicio y defensa de sus derechos

Situación actual

1. No cuenta con información fidedigna de defensorías escolar, movimientos de niños y otros.
2. No se realizan encuentros provinciales y regionales de vigilancia de los derechos del niño con participación de niños, niñas y adolescentes.

Metas para el año 2015

1. 95% de niños y niñas de instituciones educativas conocen sus derechos.
2. 75% de municipios escolares, DESNAS y movimientos de niñas y niños promueven y vigilan cumplimiento de derechos, especialmente en el área rural.
1. 5 Encuentros realizados por instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales de base de vigilancia de cumplimiento de los derechos de niños y niñas.
3. 100% de instituciones públicas y privadas vigilan cumplimiento de derechos del niño, especialmente en el área rural.

Actividades estratégicas:

1. Elaboración de Proyecto multianual de Eliminación de la Violencia familiar y maltrato infantil para su aplicación a nivel regional.
2. Educación sobre la base de equipos de docentes que desarrollarán acciones dirigidas a los padres, la comunidad y la propia población escolar (prevención del maltrato en la familia, mejoramiento de las relaciones humanas en el aula)
3. Mejoramiento de la calidad de las relaciones humanas en la escuela.

4. Vigilancia a través de equipos de docentes, alumnos y padres de familia voluntarios, que actúen en la comunidad, el entorno de cada colegio, cumpliendo una función de detección y denuncia de casos. Vigilancia y atención de casos de maltrato.
5. Asistencia sobre la base de una red integrada de servicios ofrecidos por las diversas instancias privadas o estatales existentes en cada localidad. (Protección y asistencia médica, legal y psicológica de las víctimas)
6. Formación y/o fortalecimiento de las defensorías escolares, municipios escolares y movimientos de niños para promoción de derechos y responsabilidades de niños y niñas.
7. Reconocimiento por la autoridad competente de las defensorías, municipios y movimientos escolares de promoción y vigilancia del cumplimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes.
8. Realización de encuentros distritales, provinciales y regional de avance de cumplimiento de derechos de niños y niñas especialmente del área rural.
9. Sensibilización y movilización de la comunidad con liderazgo de la municipalidad provincial o distrital.

Responsables.-

Directos: Niños y niñas, las y los adolescentes, Instituciones educativas, padres de familia, municipalidades provinciales y distritales, Demuna. Gobierno regional Cajamarca.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas. Empresas mineras, Fondo minero de solidaridad Cajamarca. Medios de comunicación.

18) Resultado esperado al 2015

Disminución del trabajo infantil

Situación actual

1. Es evidente que existe una relación entre el trabajo infantil y la pobreza, puesto que los niños que trabajan son casi exclusivamente pobres. Pero la pobreza no es la causa del trabajo infantil.
2. Hay una fuerte tradición de tolerar el trabajo infantil.
3. El trabajo doméstico infantil constituye un problema; limita el ejercicio de derechos fundamentales para los niños como son: el derecho a la educación, a la recreación, al afecto, a la comunicación, al desarrollo adecuado de su sexualidad, a la privacidad y definitivamente les disminuye oportunidades para estudiar y desarrollar sus capacidades.
4. Las adolescentes trabajadoras identifican que son afectadas por una permanente violencia física, psicológica, social o sexual, básicamente por sus empleadoras/es²⁹.
5. La mayoría de los niños que trabajan a tiempo completo lo hacen en el sector agrícola, pero hay niños trabajando en multitud de sectores: servicio doméstico, minería, construcción, pirotecnia, fábricas de cerámica. El trabajo infantil que daña la salud de niños, niñas y adolescentes, y ponen en peligro su educación.
6. En Chota en un estudio de niños trabajadores encontraron: la edad de los niños de 11 a 16 años, 52,5% de ellos fueron de sexo masculino y 47,5% de sexo femenino, con una escolaridad de 2 a 6 años (90%). El 57,5% refirió tener familiares consumidores de alcohol, siendo el padre el principal

²⁹ OIT. Programa de prevención y eliminación del trabajo infantil doméstico en hogares de terceros, Cajamarca-Perú, 2002

consumidor. El salario promedio es 122,5 nuevos soles mensuales para varones y 91,20 para mujeres. El trabajo doméstico y el de venta ambulatória son las principales formas de trabajo con una jornada de 9 a 12 horas diarias (77,5%). Las principales razones por las que estos niños trabajan son: para comprar su vestimenta, pagar sus estudios y ayudar en los gastos de la casa. Su dieta se basa a carbohidratos y ciertas proteínas, sin frutas y verduras. La mayoría (70%) juega en horas de la tarde o de la noche y duerme de 5 a 7 horas diarias (70%); el 87,5% refiere ser feliz a pesar de las dificultades que le ha tocado vivir³⁰.

7. El trabajo doméstico es una de las actividades de fuerte presencia dentro del trabajo infantil, en particular, de las mujeres, sean éstas, niñas o adolescentes. Las niñas que se desenvuelven en el servicio doméstico provienen de hogares pobres sea de la zona urbana o rural, siendo más desventajoso en este último caso, por cuanto están sin posibilidades de relación con sus padres y no media un contrato de trabajo.
8. Algunos estudios acerca de la migración identifican a Cajamarca como una región que expulsa a niñas y adolescentes que se dedicarán al trabajo doméstico, principalmente en la costa, hecho que las estadísticas no registran porque las familias lo encubren bajo la declaración de que son miembros de su familia.
9. El aislamiento, así como la falta de confianza en su empleadoras y el desconocimiento de la sexualidad las expone al acoso sexual y violaciones, que pueden resultar en embarazos no deseados; con la consecuente expulsión de la adolescente de la casa de sus empleadores y pérdida de su trabajo.
10. La problemática de las niñas y adolescentes trabajadoras (14 a 18 años AMF). del hogar en Cajamarca es el acceso y permanencia en el sistema educativo, que aproximadamente involucra un tercio de las alumnas quienes desertan de los centros educativos, por diversos motivos.

Meta para el año 2015:

1. Disminución de las peores formas de trabajo infantil en el 50%.
2. 80% de niños y niñas que trabajan son promovidos en el año escolar.

Actividades estratégicas:

1. Elaboración de línea base de trabajo infantil en el ámbito regional.
2. Mecanismos recuperativos pedagógicos en niños trabajadores, para evitar deserción escolar. Generar información cuantitativa comprensible y fiable, así como datos cualitativos sensibles sobre trabajo infantil en todas sus formas. Posibilitar el establecimiento de una base global de datos en el trabajo infantil.
3. Promover estudios de Evaluación Rápida para obtener datos en corto tiempo, sobretodo en el tema referido a las peores formas de trabajo infantil.
4. Acceso al Seguro Integral de salud de niños y niñas especialmente en distritos de extrema pobreza.
5. Implementar mecanismos para reducir la deserción y el ausentismo escolar, incluyendo programas específicos para motivar la permanencia y la promoción de las niñas en la escuela primaria, así como dirigidos a aquellos alumnos/as con retraso pedagógico.
6. Información a niños y niñas sobre los peligros de la trata para protegerse a sí mismos.

³⁰ Nuñez, A, García, S, Cieza, D. Perfil socioeconómico y estilo de vida del niño trabajador. Distrito de Chota, 2006-2007.

7. Sensibilización y convencimiento a los padres y las madres para que apoyen la educación de las niñas y reconozcan los futuros beneficios que se deriven de su formación en sectores como la tecnología.
8. Articular los esfuerzos entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para generar las condiciones que permitan prevenir y erradicar el trabajo infantil.
9. Abordaje de la problemática del trabajo infantil con enfoque multidisciplinario y no solamente desde el punto de vista normativo sino también desde la participación y ejecución multisectorial.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional Cajamarca, Dirección Regional de Trabajo y Promoción del empleo. INABIF, Instituciones educativas, Unidades de gestión Educativas locales (UGELs). Dirección regional de Educación.

De apoyo: CEREPETI. (Comité ejecutivo regional de prevención y eliminación del trabajo infantil), empresas mineras, Fondo minero de Solidaridad Cajamarca. Organismos no gubernamentales locales.

19) Resultado esperado al 2015

Mejora la nutrición de los niños y niñas de 6 a 11 años

Situación actual

1. La anemia en los niños de menores de 10 a 14 años es 30%.
2. El 37% de niños de 6 a 9 años tiene desnutrición crónica, el 33% vive en situación de pobreza.
3. Las familias desconocen importancia de alimentación balanceada en el escolar.

Metas para el año 2015

1. 50% de familias consumen alimentos de alto valor nutritivo de la zona.

Actividades estratégicas

1. Mejoramiento de prácticas de alimentación con alimentos de alto valor nutritivo propios de la comunidad en las familias.
2. Fortalecimiento de la iniciativa de Escuelas saludables.
3. Incidencia política a los gobiernos locales para promoción de huertos escolares.
4. Promover educación alimentaria –nutrimental dirigida a estudiantes y CONEI.
5. Desarrollo de capacidades cognoscitivas mejorando la diversidad de la dieta e incidiendo en los cambios de comportamientos alimentarios y nutricionales de los escolares y sus familias.

Responsables.-

Directos: Familias, autoridades comunitarias, programas sociales de alimentación, PRONAA, Instituciones educativas, Municipalidades provinciales y distritales.

De apoyo: Organismo no gubernamentales. Organismos de cooperación, Iglesia.

20) Resultado esperado al 2015

Promoción de encuentros anuales de vigilancia y cumplimiento de derechos de niños y niñas

Situación actual

1. No se realizan eventos de vigilancia del cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes con la participación de estos y de las instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales de base.
2. No se cuenta con un sistema de monitoreo de avance del cumplimiento del Plan por la infancia y de los indicadores por la sociedad civil.

Meta para el año 2015:

1. 5 encuentros realizados por instituciones públicas y privadas y organizaciones sociales de base de vigilancia de cumplimiento de los derechos de niños y niñas.

Actividades estratégicas:

1. Implementación de sistema de monitoreo y evaluación de cumplimiento del plan y derechos del niño, niña y adolescente en la región Cajamarca.
2. Organización de un evento anual con participación de niños y niñas y adolescentes para visibilizar avance de cumplimiento de derechos de los niños y niñas, especialmente en el área rural.
3. Difusión de avance de cumplimiento de derechos del niño en el ámbito regional.
4. Realización de debate público provincial y regional y talleres con medios de comunicación (periodistas), para promover movilización por los niños. "los derechos de los niños y niñas y adolescentes es responsabilidad de todos". Promover una cultura periodística que fortalezca la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia
5. Sensibilizar, concienciar y movilizar al Estado, la sociedad civil y el sector privado en favor del cumplimiento y la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
6. Contribuir al desarrollo de la responsabilidad social con respecto a la situación de la infancia y la adolescencia.
7. Dar visibilidad a la problemática que atraviesa la infancia y adolescencia para contribuir en la búsqueda de respuestas efectivas. "todos por las niñas y niños cajamarquinos".

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional Cajamarca, Direcciones regionales de educación, salud, Trabajo y promoción del empleo, organizaciones sociales de base. Policía Nacional del Perú, Fiscalía. Municipalidades provinciales y distritales, Demunas y otras organizaciones de niños. Gobernación.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de las zonas, empresas mineras. Medios de comunicación. Iglesia.

ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD

OBJETIVO ESTRATEGICO N° 5

Promover el desarrollo de capacidades, proyectos de vida para la atención integral de las y los adolescentes y promover su desarrollo pleno.

Derechos establecidos en la Convención sobre los derechos del Niño.

- Derecho a la educación
- Derecho a salud y nutrición
- Derecho al desarrollo
- Derecho a la protección
- Derecho al trabajo

RESULTADOS ESPERADOS AL 2015

21. Adolescentes acceden a servicios educativos de calidad y con logros satisfactorios de aprendizaje en matemática y comunicación.
22. Incremento en la cobertura del servicio educativo en el nivel secundario
23. Se reduce la deserción escolar.
24. Disminuye incidencia de consumo de alcohol y drogas en los y las adolescentes.
25. Adolescentes organizados en redes provinciales practican y promueven estilos de vida saludable.
26. Reducción del embarazo en las adolescentes.
27. Disminuye la violencia juvenil y en las familias.
28. Adolescentes sin explotación laboral, ni discriminación.
29. Adolescentes con habilidades y destrezas técnica/productivas.

Población objetivo

- Las y los adolescentes
- Las familias

21)Resultado esperado al 2015

Adolescentes acceden a servicios educativos de calidad y con logros satisfactorios de aprendizaje en matemática y comunicación

Situación actual

1. Aproximadamente el 31 por ciento de la población de 17 a 19 años de Cajamarca concluye la secundaria en un tiempo razonable. El número de jóvenes que no logra dicho objetivo se estima en 61 mil.
2. El acceso de adolescentes a la educación es 72,7%, excluye a más de 48,000 adolescentes.
3. El 35% de alumnos/as de 5to año de secundaria logra los objetivos de aprendizaje en comunicación al concluir la secundaria.
4. Apenas el 8% de los alumnos que están por concluir la secundaria logra los objetivos de aprendizaje en lógico matemática.

Metas para el año 2015

1. Se Incrementa en 25% los logros de aprendizaje en adolescentes en comunicación, en relación a los resultados de la ECE 2010.
2. Incrementa en 20% los logros de aprendizaje en adolescentes en matemática, en relación a los resultados de la ECE 2010.



Actividades estratégicas

1. Concertación con universidades (facultades de educación), institutos superiores pedagógicos para implementación de monitores de apoyo al logro de aprendizajes en comunicación y matemática en los y las adolescentes.
2. Fortalecimiento de las capacidades de los docentes en metodologías de comunicación y lógico matemático.
3. Sensibilización a los padres de familia para el apoyo a la educación de sus hijos.
4. Medición de logros de aprendizaje en comunicación y matemática.
5. Monitoreo pedagógico participativo multisectorial, liderado por las UGELs y Gobiernos Locales (distritales y provinciales), particularmente por las comisiones de educación y cultura, los docentes cesantes y jubilados, los dirigentes del SUTEP, etc.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, Gobierno Local (provincial y distrital). Comisiones de educación y cultura, asociación de cesante y jubilados, SUTEC.

De apoyo: Organismos no gubernamentales, organizaciones de cooperación.

22) Resultado esperado al 2015

Incremento en la cobertura del servicio educativo en el nivel secundario

Situación actual

1. El 69% de adolescentes de 12 a 17 años no ha concluido la secundaria.
2. El acceso de adolescentes a la educación es del 72,7%.
3. La anemia en adolescentes es 32%.
4. La secundaria completa en adolescentes es como sigue: Cajamarca 38%, Cajabamba 17%, Celendín 23%, Chota 24%, Contumazá 31%, Cutervo 23%, Hualgayoc 17%, Jaén 37%, San Ignacio 27%, San Marcos 20%, San Miguel 27%, San Pablo 22%, Santa Cruz 33%. Total departamento 33%.
5. El atraso escolar es de 67%.

Metas para el año 2015

1. Reducción en 50% la exclusión educativa en los adolescentes de 12 a 17 años.
2. Incremento del 15% de adolescentes según provincia que concluyen la educación secundaria.
3. Reducción de la anemia en adolescentes al 15%.

Actividades estratégicas:

1. Movilización social / comunitaria para la matrícula oportuna de adolescentes.
2. Fortalecimiento de las capacidades de los docentes en metodologías y estrategias pedagógicas.
3. Mejorar la alimentación de los adolescentes.
4. Implementación de estrategias de fortalecimiento pedagógico a adolescentes que trabajan a través de los institutos superiores pedagógicos y Facultades de Educación de las Universidades.
5. Incidencia política a nivel de la Dirección Regional de Educación y Gobierno Regional para el incremento de presupuesto y la creación de Instituciones Educativas del nivel secundario en el ámbito regional – conversión de los Centros Educativos de Gestión Comunal (CEGECOMs) a instituciones educativas públicas.

Responsables.-

Directos: Gobierno regional Cajamarca, Dirección Regional de Educación, Unidades de gestión Educativas locales. Institutos Superiores Pedagógicos.
De apoyo: Municipalidades provinciales y distritales. Facultades de Educación de las Universidades Nacional y Privadas.

23) Resultado esperado al 2015

Se reduce la deserción escolar

Situación actual

1. Se estima la deserción escolar en 19%.

Metas para el año 2015:

1. Disminuir la deserción escolar



Actividades estratégicas:

1. Fortalecimiento de las capacidades de los docentes en estrategias metodológicas de enseñanza aprendizaje.
2. Participación activa de las familias, autoridades comunales para lograr la permanencia de los adolescentes.
3. Análisis de indicadores educativos a nivel de cada institución educativa, para la toma de decisiones (reducción del % de deserción escolar como meta en los PEIs y los Panes Operativos Institucionales). Acción que se realizará en el mes de febrero de cada año.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional, Dirección Regional de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local (UGELs), Instituciones Educativas, Docentes, Gobierno Local (provincial y distrital), APAFA, CONEI.

De apoyo: Organismos no gubernamentales de la zona, organizaciones de cooperación.

24) Resultado esperado al 2015

Disminuye incidencia de consumo de alcohol y drogas en los y las adolescentes

Situación actual

1. En la región Cajamarca, las y los adolescentes son 197,922.
2. La prevalencia de consumo de drogas en Cajamarca fue: 40.2% para drogas legales, 2,9% ilegales y médicas 2,6%. Siendo mayor en escolares de sexo masculino.³¹, la droga más consumida es la marihuana.
3. La juventud de hoy ha crecido siendo testigo o víctima de la época de mayor violencia política en nuestro país, siendo este escenario mucho más dramático entre las poblaciones pobres y rurales.
4. Presencia de adolescentes en pandillas juveniles.
5. No se cuenta con información fidedigna de consumo de alcohol en adolescentes de la región.

Metas para el año 2015

³¹ DEVIDA. Revista peruana de drogo dependencia. Volumen 5, 2007

1. Elaboración de línea base de consumo de alcohol y drogas en adolescentes (diagnóstico rápido).
2. Se reduce en 30% el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes.



Actividades estratégicas

1. Elaboración de línea de base (diagnóstico rápido) de magnitud de uso y consumo de alcohol y drogas por los y las adolescentes.
2. Despertar el interés de los adolescentes, favoreciendo su incorporación activa en las actividades fuera y dentro del aula.
3. Información, educación a los CONEI, APAFAS para la prevención del consumo de alcohol y drogas, la FAMILIA es la responsable primaria de la protección y el desarrollo del adolescente.
4. Acceso a Programas de salud integral para los adolescentes.
5. Identificación de aliados locales (instituciones interesadas en el tema) para desplegar un trabajo articulado en los colegios más importantes de la región Cajamarca.
6. Programa de cultura de Paz, Derechos Humanos y Prevención de la Violencia en las instituciones educativas de preferencia de nivel secundario.
7. Programa de prevención del uso y consumo de drogas.

Responsables.-

Directos: Familias, Sectores Salud, educación, Policía Nacional del Perú. Municipalidades provinciales y distritales (Demuna, Gerencia de desarrollo humano). Redes y Microredes de salud, ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional.

De apoyo: La Iglesia, Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de cooperación. Universidad Nacional y Privadas.

25)Resultado esperado al 2015

Adolescentes organizados en redes provinciales practican y promueven estilos de vida saludable

Situación actual

1. Los y las adolescentes no están organizados en el ámbito regional.
2. No se cuenta con datos respecto a conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y reproductiva.
3. Las y los adolescentes no acceden con facilidad a los servicios de salud.
4. No se cuenta con información de abortos en adolescentes.

Metas para el año 2015

1. 80% de adolescentes participan activamente en espacios de atención integral (SOC= sensibilización, organización, comunicación).
2. 60% de adolescente acceden a espacios de atención integral, con énfasis en el área rural.
3. 60% de adolescentes asisten a programas de consejería de educación sexual y salud reproductiva.
4. Disminuir en 50% el aborto en adolescentes.

Actividades estratégicas

1. Elaboración de línea base (diagnóstico rápido) de aborto y conocimientos en salud sexual y reproductiva.
2. Programa de intervención temprana para adolescentes con conductas de riesgo.
3. Formación de una Red de incentivo del uso adecuado del tiempo libre (lectura, danzas, deporte).
4. Promoción de programas de adolescentes en las municipalidades, que incluya aspectos de liderazgo, nutrición, autoestima, comunicación, confianza, confidencialidad, comprensión, consejería, equidad de género, salud sexual y reproductiva, auto cuidado, estabilidad emocional, empatía, socialización, seguridad, otros de interés.
5. Creación de espacios de participación para adolescentes a nivel comunal, distrital, provincial y regional.
6. Organización y fortalecimiento de la Red de desarrollo de los adolescentes de la región Cajamarca.
7. Promoción del desarrollo del adolescente que incluya la satisfacción de necesidades básicas de seguridad, afecto, valoración y sentimiento de ser útiles, adquisición de competencias psicosociales, salud corporal, desarrollo intelectual, salud emocional, desarrollo moral, salud cívica, social y cultural, y capacidad para conseguir trabajo, que le permita enfrentarse eficazmente a las exigencias y los problemas de la vida cotidiana.
8. Conformación de redes de apoyo convocando a todos los sectores y organizaciones de adolescentes a nivel provincial y regional.

Responsables.-

Directos: Adolescentes, municipalidades provinciales y distritales, agentes municipales, tenientes gobernadores, instituciones educativas, familias.

De Apoyo: Iglesia, Organismos no gubernamentales de las zonas, Organismos de Cooperación.

26) Resultado esperado al 2015

Reducción del embarazo en las adolescentes

Situación actual

1. El 22,6% de adolescentes ya son madres.

Metas para el año 2015

1. Disminuir en 50% el embarazo en adolescentes.
2. 50% de adolescentes usan métodos anticonceptivos.
3. 60% de adolescentes participan en espacios de concertación de interés.

Actividades estratégicas

1. Desde los servicios de salud, la población en general, es importante que se visualice a la población adolescente como sujetos de derechos.
2. Implementar estrategias de prevención y atención del embarazo, las que deben contar con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculo con las embarazadas.
3. Fortalecer las capacidades del sistema educativo en la capacidad de los docentes como agentes multiplicadores, sobre salud sexual.
4. Desarrollar programas sobre las prácticas sexuales de la población adolescente. Actualmente, se cuenta con muy poca información que contribuya a la prevención del embarazo. Además, es necesario incorporar programas en los programas de salud reproductiva, con el fin de que éstos mejoren sus aptitudes de comunicación y sus comportamientos sexuales.
5. Elaborar un estudio sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes, para tener una visión que permita valorar la extensión y características del problema e incorporar los sentimientos de temor y vergüenza con respecto a las precauciones que deben tomar para evitar las ETS.
6. Realizar estudios cualitativos, según sexo, edad, procedencia (rural/urbana), grupos discapacitados, condición de estudio y trabajo, entre otros, con el fin de conocer el origen de las limitaciones que las personas adolescentes experimentan para obtener, comprender y llevar a la práctica la información que les permita tomar las decisiones apropiadas para el manejo adecuado de su sexualidad y reproducción. (adolescentes que no se protegen en su primera relación sexual, a pesar de tener información sobre métodos anticonceptivos).
7. Promoción de una Red de Apoyo Externa (interinstitucional), que coordine con otros niveles el seguimiento de la embarazada adolescente atendida en los hospitales, centros y puestos de salud con la finalidad de mejorar posibilidades de mejorar la situación en términos de relaciones familiares, empoderamiento, condiciones, laborales, entre otros.
8. Implementación de espacios de consejería y apoyo para las personas adolescentes en las escuelas, colegios o la comunidad para disminuir el embarazo.
9. Apoya a la participación activa de los adolescentes en espacios de concertación de su interés.



Responsables.-

Directos: Las y los Adolescentes, instituciones educativas, familias, sector salud, Municipalidades provinciales y distritales.

De Apoyo: Iglesia, Organismos no gubernamentales de las zonas.

27) Resultado esperado al 2015

Disminuye la violencia juvenil y en las familias

Situación actual

1. Alta prevalencia de violencia en el hogar.
2. Presencia de adolescentes en pandillas juveniles.

Metas para el año 2015

1. Línea de base sobre violencia juvenil.
2. 70% de familias se encuentran integradas.

3. 50% de provincias con espacios de participación para los y las adolescentes.
4. Reducción de la violencia familiar en 50%.

Actividades estratégicas

1. Elaboración de línea base, o sistematización de información de instituciones públicas y privadas de la región.
2. Elaboración e Implementación de proyecto multianual de Erradicación de la violencia intrafamiliar.
3. Formación y fortalecimiento de redes de adolescentes.
4. Creación de espacios de participación según interés de los y las adolescentes.
5. Información, educación y comunicación a las familias para la prevención de la violencia en el hogar.

Responsables.-

Directos: Las y los adolescentes, familias, instituciones educativas, sector salud.

Organizaciones comunitarias.

De apoyo: Iglesia, Organismos no gubernamentales de las zonas.

28)Resultado esperado al 2015

Adolescentes sin explotación laboral, ni discriminación

Situación actual

1. En la economía informal los jóvenes con frecuencia trabajan durante muchas horas a cambio de salarios bajos, en condiciones deficientes y precarias y sin acceso ni a la protección social, ni la libertad sindical ni la negociación colectiva.³²
2. La tasa de desempleo juvenil es alta.

Metas para el año 2015:

1. 80% de adolescentes que trabajan tienen condiciones laborales adecuadas.
2. 100% de empleadores conocen leyes laborales.



Actividades estratégicas

1. Organización de los adolescentes por zonas o ámbitos a nivel de los distritos para su capacitación.

³² OIT. El empleo de los jóvenes, vía para acceder a un trabajo decente, 2006

2. Formación del Consejo de desarrollo Municipal del adolescente y otras iniciativas.
3. Elaboración de línea de base de trabajo en adolescentes.
4. Formación de líderes adolescentes en habilidades para la vida.
5. Capacitación a adolescentes para acceso a empleo y condiciones de trabajo, que no originen explotación.

Responsables.-

Directos: Las y los adolescentes, familias.

De apoyo: Instituciones privadas, empresas mineras, Fondo Minero de Solidaridad Cajamarca.

29) Resultado esperado al 2015

Adolescentes con habilidades y destrezas técnica/productivas.

Situación actual

1. Escaso desarrollo de competencias del adolescente para insertarse en el espacio laboral.

Metas para el año 2015:

1. 60% de adolescentes con capacidades técnicas y productivas.
2. 40% de adolescentes prestan servicios técnico y/o productivos



Actividades estratégicas

1. Programa de capacitación laboral para adolescentes, especialmente del área rural.
2. Focalización de los adolescentes e identificación de potencialidades.
3. Desarrollo de habilidades para vida, entendidas como el conjunto de habilidades que permiten a las personas actuar de manera competente y habilidosa en las distintas condiciones de la vida cotidiana y con su entorno, favoreciendo comportamientos saludables en las esferas física, psicológica y social.
4. Promover intervenciones que permitan mejorar los ingresos de las familias más vulnerables a través del desarrollo de habilidades para el trabajo y oportunidades de empleo de los adolescentes.

Responsables.-

Directos: Gobierno Regional Cajamarca, Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo.

De apoyo: Universidades, Organismos no gubernamentales de las zonas, Empresas privadas, Cámara de Comercio, Sencico.

XI. MONITOREO Y EVALUACION

El Monitoreo se refiere al seguimiento sistemático y continuo de las actividades para asegurar que proceden de acuerdo a lo planeado; revela como se está dando la implementación y debe realizarse a lo largo de la vida de los proyectos, programas o planes³³. El monitoreo se inicia con la elaboración del Plan Operativo Anual.

Los objetivos del monitoreo del Plan son:

- Proveer información para conocer el avance del plan.
- Aprender de la experiencia para mejorar la pertinencia.
- Promover ejercicios de difusión y análisis permanente de la situación de la infancia y adolescencia para su posicionamiento como un asunto prioritario y público en los distintos escenarios de decisión política, administrativa y técnica. (Ayuda a la rendición de cuentas)

Se requiere la elaboración de un Sistema de Información (base) que permita conocer el avance de los resultados y traducirlos en informes sencillos, funcionales para toda la población. La información recolectada debe ser funcional para los usuarios. La información implica la recolección, consolidación crítica y reporte periódico de los datos, así como la difusión de la información referente al comportamiento de los indicadores seleccionados. El análisis, entendido como la interpretación y explicación de los datos e información obtenida, para dar cuenta de la situación de la infancia y la adolescencia a nivel regional y provincial - distrital, con el fin de definir recomendaciones y propuestas de mejoras para incidir en las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes.

Los informes pueden ser:

- Descriptivos y/o comparativos: los primeros sólo muestran lo observado en un momento dado, los segundos analizan sus resultados en relación a la línea base o indicadores planteados.

Tablas de datos.- Estas ayudan a contar con una imagen de los resultados de cada indicador planteado.

Cada uno de los sectores públicos, así como las instituciones privadas, presentarán informes a la Municipalidad provincial, quien procesará de los distritos del municipio y derivará al Gobierno Regional específicamente a la Gerencia Regional de Desarrollo Social, quien convocará al Comité Regional de Monitoreo y Evaluación del Plan para la sistematización, análisis y difusión semestral del avance de metas y resultados.

Se realizará Rendición Pública de Cuentas del cumplimiento de las metas y resultados por ciclo de vida en los aspectos de salud, educación y protección de los niños, niñas y las y los adolescentes. Este se fundamenta en la responsabilidad de los servidores estatales frente a la ciudadanía, lo que permite establecer espacios de diálogo constructivo y facilita la evaluación y el control efectivo. Esta rendición pública de cuentas debe realizarse en cada provincia y en el ámbito regional, mínimo una vez al

³³ OPS, Manual de Monitoreo y Evaluación, 2001

año. La Rendición Pública de Cuentas no es un informe protocolario ni un conjunto de memorias que se elaboran periódicamente para describir lo que se ha realizado sino que tiene un carácter dinámico e interactivo entre el gestor público y la sociedad cajamarquina.

Se requiere la elaboración de línea de base para conocimiento de los problemas en que no se cuenta con información suficiente como: trabajo infantil y peores formas, trata de niñas, uso y consumo de alcohol y drogas en niños y adolescentes, violencia juvenil y otros a determinar según prioridad local. La línea base debe realizarse en el primer trimestre de iniciado el plan, y es punto de partida del mismo.

Para realizar el monitoreo, cada provincia debe conformar un Comité de Monitoreo Provincial del Plan de Acción por la Infancia y Adolescencia, reconocido por la Municipalidad, quien realizará el monitoreo del avance de los resultados del plan cada 6 meses, elevando informe funcional y sencillo para su elevación al Gobierno Regional Cajamarca. La Comisión Regional de Monitoreo coordinará la fecha de entrega de informes.

La Gerencia Regional de Desarrollo Social, procurará la conformación de una Comisión Regional de Monitoreo del Plan por la infancia y adolescencia, la que debe ser reconocida y será la encargada de:

- Gestionar la elaboración de un sistema de monitoreo.
- Proporcionar la data sobre los avances o retrocesos del trabajo de implementación.
- Recepcionar y sistematizar la información de las municipalidades provinciales.
- Establecer coordinación estrecha con los diversos sectores del Estado y organismos privados.
- Elaborar información para la rendición pública de cuentas cada año y semestralmente para su difusión a la colectividad.
- Vigilar la ejecución de acciones y/o proyectos priorizados para la infancia y adolescencia.
- Fortalecer a los miembros de las mesas provinciales en el manejo de indicadores sociales, uso e interpretación. Se sugiere promover jornadas de capacitación con los actores sociales responsables de los distintos temas y aprovechar la experiencia y conocimiento de los sectores para su realización.
- Otros que se le encargue.

EVALUACION

Se entiende a la evaluación como un proceso que procura determinar, de la manera más sistemática y objetiva posible, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de objetivos específicos. Entendido también como el proceso que mide el logro de las metas y resultados del plan y determina el impacto que tiene en la población objetivo³⁴.

Se recomienda la realización de 2 evaluaciones: de medio término y al concluir el plan. Para la evaluación final utilizar indicadores de proceso, resultado y de impacto, que se indican por ciclo de vida.

³⁴ UNICEF, Monitoreo y Evaluación, 1995



Evaluación de medio término: se sugiere su realización a los 30 meses de iniciado el proyecto y los resultados se compararán con la situación descrita o los datos obtenidos en la línea base. Tiene por objetivo conocer los avances del Plan regional de Acción por la Infancia y Adolescencia. Se compararán los resultados con los indicadores de la línea base o situación descrita.

Evaluación final del proyecto.- Esta se realizaría a los 59 ó 60 meses de ejecución del Plan y tiene por objetivo evaluar los resultados y objetivos estratégicos propuestos.

Promover la autoevaluación en los actores responsables de la gestión para que asuman e incorporen la evaluación como un proceso permanente y periódico durante el horizonte del proyecto.

La evaluación debe realizarse a través de profesionales externos, que no hayan estado comprometidos en la implementación para mayor confianza y fiabilidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, se podrían conformar comisiones mixtas (incluye las provincias). Los resultados serán difundidos y presentados a la población cajamarquina (en cada una de las provincias).

Indicadores de evaluación por objetivo estratégico y ciclo de vida:

CICLO DE VIDA: DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD

Indicadores	
Principal	Complementarios
Razón de la Mortalidad Materna	Cobertura de atención prenatal
	Cobertura de parto institucional
	Cobertura de gestantes inscritas en el SIS.
	Porcentaje de gestantes que consumen micronutrientes.
	Porcentaje de gestantes con peso adecuado para la edad.
Tasa de prevalencia de Anemia en gestantes.	Porcentaje de gestantes que acuden voluntariamente a los establecimientos de salud para atención prenatal.
	Porcentaje de anemia leve y severa en gestantes.
	Duración mediana de la lactancia materna exclusiva
Tasa de Mortalidad neonatal	Cobertura del SIS en menores de 5 años por ámbito rural y urbano.
Bajo peso al nacer	Porcentaje de recién nacidos con peso menor al estándar.
Talla del recién nacido	Porcentaje de recién nacidos con talla menor al estándar.
Tasa de desnutrición crónica infantil (Patrón OMS).	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses con CRED.
Prevalencia de Anemia en niños de 6 a 36 meses de edad.	Porcentaje de niños y niñas con acceso a una fuente de agua segura y saneamiento.
	Porcentaje de enfermedad diarreica en menores de 3 años.
	Porcentaje de infección Respiratoria en menores de 3 años.
	Porcentaje de familias del ámbito rural con prácticas adecuadas de uso del agua.
	Porcentaje de familias que se lavan las manos en momentos críticos.
	Porcentaje de municipalidades que ejecutan proyectos de agua segura y saneamiento.
	Porcentaje de familias con vivienda saludable y cocina mejorada
Tasa de Mortalidad Infantil	
Cobertura de acceso de niñas y niños a Educación Inicial.	Porcentaje de niños menores de 5 años con estimulación temprana.
Porcentaje de niños y niñas con partida de nacimiento y DNI	

CICLO DE VIDA: DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

Indicadores	
Principal	Complementarios
Porcentaje de niños con logros de aprendizaje en el área de comunicación en el III Ciclo.	<p>Porcentaje de profesores capacitados en estrategias metodológicas en comunicación. (Diferenciadas escuelas unidocente, multigrado y polidocente).</p> <p>Porcentaje de Instituciones educativas especialmente del área rural con horas efectivas de aprendizaje.</p>
Porcentaje de niños con logros de aprendizaje en el área de lógico matemática en el III Ciclo.	<p>Porcentaje de profesores capacitados en estrategias metodológicas de enseñanza de la matemática. (Diferenciadas escuelas unidocente, multigrado y polidocente). Número de horas efectivas de aprendizaje, con énfasis en la zona rural.</p> <p>Porcentaje de docentes que rinden cuentas de logros de aprendizajes a los padres de familia.</p>
Porcentaje de niñas que concluyen educación primaria, por área urbana y rural.	<p>Porcentaje de instituciones educativas que cumplen con horas efectivas de aprendizajes, según DCN.</p> <p>Porcentaje de Instituciones Educativas con PEI, PCI, POA.</p> <p>Porcentaje de instituciones educativas unidocentes.</p> <p>Porcentaje de Instituciones Educativas con materiales educativos y mobiliario escolar adecuado.</p> <p>Porcentaje de aulas nuevas construidas.</p>
Cobertura de Instituciones educativas con defensorías escolares por área urbana y rural.	<p>Porcentaje de niños y niñas que conocen sus derechos.</p> <p>Porcentaje de Instituciones educativas con defensorías escolares (u otras).</p> <p>Número de denuncias de maltrato infantil por las defensorías escolares.</p> <p>Porcentaje de defensorías escolares que realizan acciones de difusión y promoción de los derechos del niño.</p>
Encuentros provinciales y regionales de vigilancia de cumplimiento de derechos.	Número de gobiernos locales, Instituciones públicas y privadas que promueven encuentros de cumplimiento de derechos del niño, niña y adolescente.
Porcentaje de niños que trabajan.	Porcentaje de niños y niñas que trabajan y son promovidos en el año escolar.
Porcentaje de niños con anemia.	Porcentaje de familias con prácticas adecuadas de alimentación.

CICLO DE VIDA: DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD

Indicadores	
Principal	Complementarios
Porcentaje de adolescentes con logros de aprendizaje en el área de comunicación.	Porcentaje de docentes capacitados en estrategias metodológicas de comunicación.
Porcentaje de adolescentes con logros de aprendizaje en el área de lógico matemática.	Porcentaje de docentes capacitados en estrategias metodológicas de matemática.
Porcentaje de adolescentes que concluyen la secundaria.	Porcentaje de atraso escolar. Cobertura de matrícula en adolescentes según ámbito urbano y rural.
Porcentaje de deserción escolar en adolescentes por sexo.	Número de acciones de vigilancia de la permanencia de los y las adolescentes en las Instituciones Educativas, asumidas por la comunidad educativa (CONEI, UGEL
Porcentaje de adolescentes que consumen alcohol y drogas.	Porcentaje de adolescentes involucrados en pandillaje juvenil
Porcentaje de adolescentes que participación en espacios de atención integral.	Porcentaje de adolescentes que asisten a programas de consejería en educación sexual y reproductiva.
	Porcentaje de adolescentes que participan en espacios de concertación de su interés.
Porcentaje de embarazo en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes que usan métodos anticonceptivos. Porcentaje de aborto en adolescentes
Porcentaje de violencia familiar en ámbito urbano y rural.	Porcentaje de familias con buenas prácticas educativas en el hogar.
Porcentaje de adolescentes que trabajan.	Porcentaje de empleadores que conocen leyes laborales.
Porcentaje de adolescentes que prestan servicio técnico y/o productivo.	Porcentaje de adolescentes con capacidades técnicas y /o productivas.

XII. DESCRIPCIÓN DE LOS ROLES Y RESPONSABILIDADES INTERSECTORIALES.

La perspectiva de los derechos y el interés superior del niño como eje central de la política pública de primera infancia, niñez y adolescencia implica un cambio de paradigma, en el enfoque sobre la forma como se conciben los procesos sociales, los actores, sus roles y responsabilidades, en el momento de ejecutar el plan. En este nuevo paradigma, prevalece el interés general sobre el interés particular, se supera la visión individualista, para pasar a promover el mejoramiento de la calidad de vida de los niños, niñas, las y los adolescentes, como estrategia que permite alcanzar la equidad y la inclusión social.

El Estado está asumiendo, conjuntamente con la familia y la sociedad el compromiso frente a la primera infancia, la niñez y adolescencia para cumplir con la obligación, deber y responsabilidad que le corresponde a cada cual, de brindar a todos los niños, niñas y adolescentes de la región las mejores oportunidades para su pleno desarrollo.

Es en el nivel local (distrital y provincial), donde se da la articulación de los actores en torno a la puesta en marcha del plan, son las autoridades locales las llamadas a dinamizar, orientar y concertar la ejecución del plan, con sus respectivas acciones y la destinación de recursos, de acuerdo con el conocimiento de sus realidades, de tal manera que les permita distribuirlos para responder a necesidades y problemáticas propias y específicas, desarrollando y haciendo uso de sus facultades otorgadas por la Constitución y la Ley Orgánica de las Municipalidades.

El Plan al abrir espacios de participación en las provincias y distritos, brinda la posibilidad de canalizar las aspiraciones de los niños, niñas y adolescentes, así como de la comunidad para lograr el bienestar de niños y adolescentes.

Actores y responsabilidades:

Los actores son todos aquellos individuos, comunidades, grupos, organizaciones, instituciones, responsables de la implementación del plan cuyas decisiones pueden influir en el resultado.

Los niños menores de 5 años, los de 6 a 11 y de 12 a 17 años y sus familias y las madres gestantes, son los actores principales del plan. El diseño de programas, proyectos y otros debe estar dirigido a ellos. Es imprescindible determinar roles y responsabilidades específicas, de las distintas organizaciones e instituciones gubernamentales, no gubernamentales, empresariales y académicas, que trabajan con el territorio regional, para garantizar el cumplimiento de los objetivos del plan.

La familia y comunidad:

Familias y comunidades. Encargadas de velar por el desarrollo integral de la Primera infancia, niñez y adolescencia así como de realizar el control social del cumplimiento del plan, por tanto de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Niñas, niños y adolescentes.- Conocer sus derechos y participar en todo suceso que sea de su competencia.

A nivel regional, los responsables directos de la implementación del Plan por la infancia y adolescencia son:

El Gobierno Regional Cajamarca a través de sus diversos sectores de Salud, Educación, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Agricultura, Trabajo y Promoción del empleo, es el encargado de definir las políticas y estrategias para garantizar el derecho a la supervivencia y protección de la infancia y la adolescencia.

La Dirección regional de Salud encargada de implementar las acciones y estrategias para garantizar el derecho a la salud de calidad.

La Dirección Regional de Educación encargada de implementar las acciones y estrategias para garantizar el derecho a la educación básica regular de calidad.

Dirección Regional de Vivienda Construcción y Saneamiento. Encargado de la gestión ambiental de la región, de la incidencia política para el suministro de agua potable y del saneamiento básico, para garantizar el derecho de los niños y adolescentes a la supervivencia, especialmente de las comunidades pobres y excluidas.

Dirección Regional de Trabajo y promoción del empleo, es el encargado de garantizar la implementación de las acciones estratégicas para disminuir el trabajo infantil y promover la inclusión de los adolescentes en actividades productivas y técnicas para la vida.

Dirección Regional de Agricultura, es el encargado de asesorar a las familias, o instituciones para mejorar acciones productivas especialmente en el área rural.

Las Oficinas de comunicación y/o relaciones públicas de los diversos sectores, encargadas de definir estrategias comunicativas, que beneficien las relaciones entre la familia y la infancia, niñez y adolescencia, así como la difusión de los avances del cumplimiento de derechos.

En el escenario de las instituciones de carácter académico (universidades), organizaciones no gubernamentales y otros sectores, la responsabilidad de cada uno es:

Universidades, por su nivel académico, encargadas de diseñar y desarrollar estrategias de acompañamiento, sistematización de experiencias significativas, formación de talento humano, producción de investigación y construcción de conocimiento sobre el tema de la infancia, niñez y adolescencia.

Organizaciones no gubernamentales. Encargadas de co-financiar, ejecutar y evaluar, programas o acciones dirigidas a la infancia y adolescencia, asesorar, hacer acompañamiento y evaluar programas, proyectos sociales en el marco del plan.

Sociedad civil organizada. Encargada de liderar la movilización por la infancia, niñez y adolescencia en la región Cajamarca.

Sectores empresariales. Encargados de apoyar la gestión y de suministrar apoyo técnico y financiero a la política de protección de la infancia y adolescencia.

Medios de comunicación. Encargados de producir y difundir programas, que beneficien a la familia y la infancia y adolescencia y movilizar a la sociedad y a sus diferentes estamentos, para posicionar el tema de la infancia y la adolescencia en la agenda pública de la región.

Alcaldes, gobernadores y otros encargados de implementar políticas locales en el marco del Plan Regional de acción por la Infancia y adolescencia. Las municipalidades provinciales y distritales deben garantizar en sus planes de desarrollo, proyectos y programas por la infancia, niñez y adolescencia, así como orienten personal para fortalecer las acciones y emprender nuevas.

Indicadores de gestión del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2010-2015

Indicadores
Número de instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales de base del territorio regional que participan activamente en la vigilancia y cumplimiento de resultados del Plan del 2010 al 2015.
Número de planes operativos anuales elaborados y ejecutados en el periodo de 2010 al 2015.
Número de comités provinciales de Implementación, monitoreo y evaluación del Plan activos y reconocidos, del 2010 al 2015.
Número de reuniones anuales de los comités provinciales y regional de Implementación, monitoreo y evaluación del Plan del 2010 al 2015.
Número de informes elaborados por el Comité Regional de Implementación, evaluación del Plan Regional de acción por la Infancia y adolescencia del 2010 al 2015.
Número de informes de avance del cumplimiento del plan difundidos.
Número de evaluaciones del plan realizadas del 2010 al 2015.
Porcentaje anual de avance de metas y resultados del plan de acción por la infancia y adolescencia a nivel provincial y regional del 2010 al 2015.
Número de instituciones públicas, privadas, organizaciones sociales de base, niños, niñas y adolescentes que participan en las reuniones anuales de rendición de cuentas del cumplimiento del plan del 2010 al 2015.

ANEXO I
PARTICIPANTES EN LA FORMULACION DEL PLAN POR LA INFANCIA 2010-2015

NOMBRES Y APELLIDOS	PROCEDENCIA	INSTITUCION/CARGO
FIGUEROA LLANOS, Emperatriz	SAN MIGUEL	UGEL-Especialista
CACERES PRADO, Ricardo Elexier	SAN MIGUEL	UGEL-Especialista CADER
CORREA CHOMBA, Nelvi	SAN MIGUEL	"M.A.S.Q" N° 82737.A
MALCA DIAZ, Cynthia Fiorela	SAN MIGUEL	"M.A.S.Q" N° 82737.A
NARRO TISNADO, Juan Wilmer	CONTUMAZA	UGEL-Especialista
ALVA CHAVEZ, Nalda	CHILETE	Niña de I.E.N° 82553
AGUILAR CRUZAD, Gianela	CHILETE	Sociedad Civil
URIBE NUREÑA, Kateherin	CHILETE	Sociedad Civil
SOTO TAPIA, Adrian	CHILETE	Sociedad Civil
MONSEFU ALVAREZ, Luis Antonio	SAN MIGUEL	Niño I.E." San Miguel"
MALCA ALCANTARA, Daniel Álvaro	SAN MIGUEL	Niño I.E."San Miguel"
ALVITES MENDOZA, Víctor Manuel	SAN MIGUEL	Niño I.E. San Miguel
TERRONES LOZCANO, Luz Maribel	SAN MIGUEL	PRONAMA
SANCHEZ GALVEZ, María del Carmen	SAN MIGUEL	I.E. San Miguel
FLORIAN PRETEL, Luz Esperanza	SAN PABLO	UGEL- San Pablo
DEZA VARGAS, Eber Amelec	SAN PABLO	UGEL- San Pablo
FERNANDEZ RODIGUEZ, Rocío Elizabeth	CHILETE	HOSP. CHILETE/ Responsable . Adolescente
LLATAS MENDOZ, Estanislao	CHILETE	HOSP. CHILETE
AGUILAR CASTREGJON Gilmer	CHILETE	Director Hospital-Chilete
DIAZ SILVA, Yhonny	CONTUMAZA	RESP- DEMUNA
PRETEL CASTAÑEDA, RICARDO	SAN PABLO	SOCIEDAD CIVIL
VASQUEZ QUIROZ, Lisseth	SAN PABLO	SOCIEDAD CIVIL
CERNA URBINA, Luis Gustavo	SAN MIGUEL	Centro de Salud de San Miguel (psicólogo)
ORTIZ HUAMAN, Ninan	SAN PABLO	Junta vecinal-agua
ROJAS ABANTO, Julio Martin	CAJAMARCA	Facilitador
MERINO COBEÑA, Karlita Margot	SAN IGNACIO	Coord. de la Red San Ignacio SSYR
MENA HORNA, Fany	CUETRVO	DISA/APOYO DE E.S.S.R
CHUGNAS GUEVARA, Yony	JAEN	MANTHOC
VELASQUEZ GUERRA, Rosa Cecilia	JAEN	INABIF
RAMIREZ VASQUEZ, Emerita	JAEN	BENEFICENCIA P.J
PERZ RUIZ, Santos	JAEN	Vicaria de la Soliralidad
CORONEL REGALADO, Milciades	JAEN	DEMUNA
SANCHEZ SANCHEZ, YENNY Frida	SAN IGNACIO	UGEL-SAN IGNACIO
CARRASCO SILVA CESAR .	CUTERVO	UGEL-CUTERVO
DELGADO ROSILLO, Aleyda Marilu	SAN IGNACIO	UGEL SAN IGNACIO
ARANA RODRIGUEZ, Jaqueline Margot	SAN IGNACIO	UGEL SAN IGNACIO
CUBAS MORE, Javier	SAN IGNACIO	UGEL SAN IGNACIO
MOLOCHO ESPINOZA, Alexander	CUTERVO	Torbio Casanova
SAUCEDO SANCHEZ, Cristhian	CUTERVO	Cristo Rey
QUISPE DE LA CRUZ, Alexander	JAEN	I.E.N° 16004 MORRO SOLAR
ALVITES DIAZ, Juan Pablo Gabriel.	JAEN	I.E. 16004 Morro Solar (niño)
MEDIANA MONTENEGRO Ronald	JAEN	I.E. 16004 Morro Solar (niño)
VASQUEZ GRANADOS, Leandro Miguel	JAEN	I.E. 16004 Morro Solar (niño)
PRETEL VASQUEZ , Patricia Carolina	JAEN	I.E. 16004 Morro Solar (niña)
RIOS DELGADO, Daniela Aurora	SAN IGNACIO	1645 O.S.I
ZEVALLLOS DE GUEVARA, Lorena	JAEN	UGEL- JAEN
CORDOVA OCUPA, Sandra	San Ignacio	C.S.S./Lic.Enf
MOLOCHO GUERRERO ,Yrma	JAEN	BENEFICENCIA PUBLICA
SAAVEDRA PEÑA, Gregorio	JAEN	CARITAS-JAEN
SAUCEDO QUINTANA, Mery	CHOTA	Exp. agropecuario

GALLARDO REGALADO, Cristian	CHOTA	Exp. agropecuario
LEON SUAREZ, Wilder	SANTA CRUZ	UGEL
CRUZ CAYOO, Fanny Santa	SANTA CRUZ	I.E. INDO AMERICANO
CORREA FLORES, Juan Ramón	SANTA CRUZ	UGI.E. JUAN UGAZ
ROMERO M ALCA, Jorge	SANTA CRUZ	UGEL
REVILLA ARCE, Jeiden	UGEL- CHOTA	Niña
SANCHEZ CASTRO, Flor de María	BAMBAMARCA	Municipalidad
RUIZ GARCIA, Wilfredo	BAMABAMARCA	MPH-BCA/GDEYS
SERRANO OROYA, Tomas	BAMBAMARCA	Red Hualgayoc
GUEVARA PERALES, Wilson	BAMBAMARCA	Hualgayoc.
VASQUEZ VASQUEZ, Gladys	CHOTA	Estudiante IE Comercio
CARRERA LOPEZ, Carlos Hernán	CHOTA	Estudiante IE Comercio
VALDEZ CAMPOS Shirley Katherine	CHOTA	Estudiante IE San Juan
CABRERA VALDIVIA, Brian	CHOTA	Estudiante IE San Juan
ACUÑA TAPIA, Lucila Maribel	CHOTA	MP-Chota
CALDERON VERA, Consuelo	SANTA CRUZ	UGEL-S.C
TORRES FLORES, Juan	SANTA CRUZ	"JUAN UGAZ"
Cusma Saldaña, Patricia Lorena.	CHOTA	MPCH
BUCHELLI, Carmen Julisa	CHOTA	DISA-Chota
COANA ROCHA, Thalía Yanibeth	CHOTA	IE San Juan
CALDERON VERA, Consuelo	SANTA CRUZ	UGEL
VASQUEZ FUSTAMANTE, Crisosto	CHOTA	UGEL CHOTA PRIMARIA
RABANAL PORTILLA, Jhoana Paola	CHOTA	SAGRADO CORAZON DE JESUS
URTEAGA ESPARZA, Luis Miguel	82017	Estudiante
	CHAMPAÑAC	
VASQUEZ CALLA, Maritza	C.S. MALCAS	OBSTETRIS
TIRADO CERNA, Nalda	P.S. CAUDAY	OBSTETRIZ
	CAJABAMBA	
VASQUEZ ALVAREZ, Edwin	SAN RAMON	SOCIEDAD CIVIL
PEREZ ACEBEDO, Santos Alejandro.	UGEL.	ESP- PRIMARIA
	CAJABAMABA	
MERINO IZQUIERDO, Marco	RENIEC	SUPERVISOR
CUENCA LARREA, Milagros Katerin	CAJABAMBA	ESTUDIANTE
CRUZ BERMUDEZ, Cristian	José Gálvez	Estudiante
	Cajabamba	
PAREDEZ LOAYZA, Ernestina	UGEL-	ESPECIALISTA
	CAJABAMBA	
TICLLA RAFAEL, Telma	DIRESA-	CORDINADORA NIÑO
	CAJAMARCA	
CASTILLO CABRERA, Yayita	RED- CELENDIN	Coord. ESSR
DE LA CRUZ MARIN, Margot Elizabeth	Red III Celendín	Coord, NIÑO
YACOPAICO MENA, Marian	ACOMSAC	PRESIDENTE
ROJAS ABANTO, Lucrecia	ACOMAC	ACS-VOCAL
GAITAN MAITA, Juan	TRABAJO	CEDEPETI
CHUQUIVIERA BRICEÑO, María F	RED SAN	SAN MARCOS
	MARCOS	
TORRES TERRONE, Miriam Cecilia	ASOCIACION	PROMOTORA
	MUJER Y FAMILIA	
SONE MIYASATO, Ángela	COLEGIO DE	DECANA
	ENFERMERAS	
CHAVEZ CACHAY, Helaman Olivert	San Ramón	Alumno
ALCALDE GIOVE, Jaime	A.B PRISMA	Cood.reg
GARRIDO JIMENEZ, José Francisco	APROCASAM	PRESIDENTE
ATALAYA CONDOR, Absalón	DREC	ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO
HERNANDEZ BRIONES, WILSON	SAN MARCELINO	DOCENTE
	CHAMPAÑAC	
LA TORRE VELASQUEZ, Fernando	FONCODES	JEFE -ZONAL.
VALDIVIESO RIBOTY, Carolina	WAWA WASI	ESPECIALISTA- ZONA
CORREA RAMOS, Víctor Raúl	UGEL-	ESPECIALISTA SECUNDARIA
	CAJAMARCA	
VALENCIA VALDEZ,	RED SAN	RESP. SP/Nº San Marcos
	MARCOS	
ZEGARRA TARQUI, MATHA	MCLCP	Secretaria Ejecutiva

RODRIGUEZ AREVALO, Johany
CADENILLAS PASTOR, Elizabeth

ALTAMIRANO TAPIA, José Luis
SANCHEZ VASQUEZ, Cesar Augusto
ARANA CABRERA Lisbeth

VILLANUEVA MORALES, Cosme
ESPARZA DIAZ, Juanita Teresa
CACHO ALVAREZ, LUIS
CIRIACO JULCAMORO, Marco

JUAN XXIII
RED II
CAJAMARCA
PREDECI
FONCODES
IINCAP- JORGE
BASADRE
DEMUNA
I.E.Nº 82003
DRE- CAJ
DRTPE

ESTUDIANTE
COOD- ADOLESCENTES

Asistente
SUPERVISOR- PRODUCTIVO
EDUCADORA

ASESOR LEGAL
PROFESOR
ESPECIALISTA EDUCADOR
CONSULTOR DE EMPLEO

ANEXO II

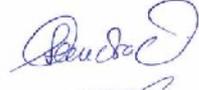
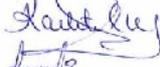
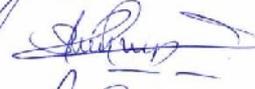
ACTAS DE COMPROMISO DE INSTITUCIONES PARA SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN POR LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2010-2015

Sede Jaén

Acta de Compromisos para el Seguimiento, y Monitoreo de la Implementación Del PRAI - 2011 - 2015

En la ciudad de Jaén a los 15 días del mes de Octubre del año 2010, reunidos en el Auditorio de la Municipalidad de Jaén, los representantes de la diversas Instituciones Públicas y Privadas de Jaén, San Ignacio y Cutervo, quienes hemos participado del taller descentralizado de formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2011 - 2015; y siendo necesario construir un Sistema de Monitoreo y Seguimiento para la Implementación del plan en Mención; los Suscritos nos comprometemos, desde cada una de nuestras instituciones a la que representamos, a implementar sistemas de Seguimiento y monitoreo de la Implementación del PRAI. Los Suscritos exigimos al gobierno Regional de Cajamarca a través de la Subgerencia de Asuntos Poblacionales, nos hagan llegar copia virtual del PRAI 2011 - 2015 formulado. Para efectos de la presente, firmamos en señal de conformidad.

Nombre y Apellido	Institución	Firma
1.- Rosa C. Velásquez Guerra	DUMBIE/Beneficiarios Jaén	
2.- Fany Johana Mena Morúa	DI SA Cutervo	
3.- César A. Baranco Silva	UGEL - CUTERVO	

4. Sandra Borda Olaya C.S.S.1 / di. Bp. 
5. Branthorn Lauredo Borchez "Cristo Rey" 
6. Soana Zendoles de Guerrero "Cristo Rey" 
7. Karilita Manjat Merino Lobenia Obateta Juan 
8. Alexander Molochto Espinoza "Torbio Casanova" - Cutervo 
9. Yony Cuzenas Ovando MANTABOC - Jaén 
10. Hilciades Cant Regalado DENONA 
11. Santos Pérez Ruiz Vicaria de la Solidaridad 
12. Gregorio Sacroben Peña Caritas Jaén 
13. Javier Cubas More UBE-SS. 
14. Marilú Delgado Rosillo UGEL S.I. 
15. Yenny Frida Sánchez Sánchez UGEL. S.I. 
16. Yrma Gretel Molochto Guerrero 
17. ARANDA RODRIGUEZ JAQUELINA M. UGEL. S.I. 

Yrma Gretel Molochto Guerrero
 Prof. del Programa Educadores de Calle
 BENEFICENCIA PÚBLICA JAÉN

Sede Chilete

ACTA DE COMPROMISO PAA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PRAI 2011 – 2015.

En el distrito de Chilete, comprensión de la provincia de Contumazá, a los veintisiete (27) días del mes de octubre del año 2010; reunidos en el auditorio del Hospital de Apoyo de Chilete, los niños, niñas, adolescentes y profesionales representantes de las diversas instituciones públicas y privadas de las provincias de Contumazá, San Pablo y San Miguel; quienes hemos participado del Taller Descentralizado de Formulación del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2011 – 2015; y siendo necesario asumir compromisos para realizar el Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Plan en mención; los suscritos nos comprometemos a participar activamente y hacer incidencia para que las diversas instancias de gobierno y las instituciones públicas y privadas, implementen el PRAIA 2011 – 2015 formulado. Para efectos de la presente, firmamos en señal de conformidad.

Ricardo Elexis CARRERAS PRADO

Melvi Corrao RAMÍREZ

Luz Estrella MALCA DÍAZ

Imperatriz FIGUEROA ALONSO

Luis Gustavo CORRAO YOLINA

Luis Esteban MORALES ALVARO

Eber Andrés DEZA VARGAS

Luz Esperanza FLORENTIN PRUTEL

María Del Carmen SÁNCHEZ GÁLVEZ

Ricardo PRUTEL CASTAÑEDA

Luis Alberto CÁDIZ GUTIÉRREZ

Esteban ALONSO MENDOZA

Nalda ALVA CHÁVEZ

Rodrigo Elizabeth TOMAQUEZ RODRIGUEZ

Victor Manuel ALVARES MENDOZA

Luz Maribel TORRONES PARRINO

Daniel Alonso MATA ALCÁNTARA

Jada Wilmar NARRO TISNADO

 40248859

 28063234



 26077450

 976 94 35 83

 73054987

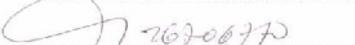
 40754985

 40089790 /cel

 27992778





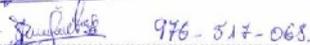
 76706970

 27169343

 26707665

 27992813

 10086545

 976-517-068

 976 1590 21



Cajamarca, noviembre de 2010
Gobierno Regional Cajamarca
Gerencia Regional de Desarrollo Social
Sub Gerencia de Asuntos Poblacionales