



La construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú

Oportunidades y retos

Mónica Rubio García



NACIONES UNIDAS



La construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú

Oportunidades y retos

Mónica Rubio García



Este documento fue elaborado por Mónica Rubio García, Consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con el apoyo de Andy Inga, Asistente de Investigación, en el marco del proyecto del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la CEPAL "Child Poverty, Inequality and Citizenship Initiative in Latin America and the Caribbean" (Iniciativa sobre pobreza, desigualdad y ciudadanía infantil en América Latina y el Caribe) y bajo la supervisión de Daniela Trucco y Heidi Ullmann, Oficiales de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. La autora agradece los aportes de los funcionarios de UNICEF y la CEPAL al documento.

Asimismo, agradece a Ana María Mendieta, Fernando Bolaños, Ariela Luna y Federico Amillas; a directivos y funcionarios de las distintas direcciones y los diversos programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú (MIDIS), el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú (MIMP) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), y a los gerentes de desarrollo social y equipos de programas de las regiones de Cajamarca, Madre de Dios y Apurímac, que compartieron sus conocimientos y experiencias e inspiraron muchas de las ideas de este estudio.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/TS.2017/144

Distribución: Limitada

Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2017. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago

S.17-01141

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Publicaciones y Servicios Web, publicaciones@cepal.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	11
I. Pobreza y vulnerabilidad de los niños, las niñas y los adolescentes en el Perú	19
A. Perfil de la vulnerabilidad en salud de la niñez peruana	24
B. Perfil de la vulnerabilidad en educación de la niñez peruana	30
C. El trabajo infantil.....	30
D. La violencia hacia los niños y niñas.....	31
E. Identidad e infancia	33
F. Niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad	33
G. Fenómenos climáticos y desastres naturales	34
II. La institucionalidad de la protección social para la infancia: de la inclusión social a la protección social integral y universal	37
A. Dimensión normativa y organizacional de la protección social en el Perú.....	39
1. Arreglos institucionales y evolución reciente del Sistema de Protección Social (SPS).....	40
2. Instrumentos existentes para la coordinación horizontal	44
3. Mecanismos para la coordinación vertical	46
B. Gestión fiscal y operativa de la protección social dirigida a la infancia	48
C. Principales desafíos institucionales	52
D. Principales programas de la protección social en el Perú	53
1. Programas de asistencia social	54
2. Programas de aseguramiento	68
3. Programas de acceso a servicios sociales	72
4. Otras medidas para la equidad social y restitución de derechos	82
III. Enfrentando la vulnerabilidad en la infancia: aprendizajes y aportes para una agenda futura	97
A. ¿Qué se necesita para avanzar en la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú?	100

B. La especificación de arreglos institucionales y/o mecanismos de coordinación de la política social horizontal (entre actores sectoriales) y vertical (entre niveles de gobierno); así como la asignación explícita de responsabilidades y roles.	102
Bibliografía.....	111
Anexos.....	119
Anexo 1 Abreviaciones	120
Anexo 2 Perú: principales indicadores para una política social por ciclo de vida	122
Anexo 3: Resumen de los programas sociales en el Perú	124
Anexo 4: Entrevistas de campo	128
 Cuadros	
Cuadro 1 Cuatro componentes de la protección social	14
Cuadro 2 Perú: selección de intervenciones de la protección social adecuada a los niños, niñas y adolescentes	18
Cuadro 3 Perú: incidencia de la pobreza, pobreza extrema, profundidad y severidad, 2015	21
Cuadro 4 Perú: indicadores de vulnerabilidad por grupo etario, 2015	24
Cuadro 5 Perú: desnutrición crónica por quintiles de pobreza (indicador de la Organización Mundial de la Salud), 2007-2015	27
Cuadro 6 Perú: indicadores nutricionales, 2009-2015	28
Cuadro 7 Perú: cobertura de aseguramiento en salud por quintiles, 2004-2015	29
Cuadro 8 Algunos hitos de la protección social en el Perú	38
Cuadro 9 Focalización de Comunidades Solidarias (El Salvador), Oportunidades (México) y JUNTOS (Perú)	56
Cuadro 10 Perú: población destinataria del Programa Vaso de Leche	63
Cuadro 11 Perú: unidades de servicio Programa Integral Nacional para el Bienestar de la Familia (INABIF)	74
Cuadro 12 Perú: indicadores de resultados inmediatos del Programa Articulado Nacional (PAN), 2008-2015	81
Cuadro 13 Perú: población destinataria del Programa YACHAY	83
Cuadro 14 Perú: tasa de cumplimiento de las metas de gestión por fases de implementación, 2014 - 2016	88
Cuadro A.1 Perú: principales indicadores para una política social por ciclo de vida	122
Cuadro A.2 Perú: resumen de los programas sociales dirigidos a infancia tratados en el documento	124
Cuadro A.3 Actores Vinculados por tema de evaluación	128
 Gráficos	
Gráfico 1 Perú: índice de prosperidad compartida, 2008-2015	20
Gráfico 2 Perú: pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia, 2015	21
Gráfico 3 Perú: evolución de la tasas de mortalidad neonatal, niñez e infantil, 1992-2015	25
Gráfico 4 Perú: desnutrición crónica en la población menor de 5 años, 2007-2015	26
Gráfico 5 Perú: cobertura del seguro o protección social en salud, 2000-2015	28
Gráfico 6 Perú: asistencia escolar neta por quintiles de pobreza y edad, 2015	30

Gráfico 7	Perú: asegurados del Seguro Integral de Salud, 2007-2016	70
Gráfico 8	Perú: niños atendidos en el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), 2012-2016.....	77
Gráfico 9	Perú: montos transferidos por el FED, 2014-2016	87
Gráfico 10	Perú: proporción del monto adjudicado respecto al monto total disponible, 2014-2016.....	89
Gráfico 11	Perú: casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM, 2002-2015.....	90
Gráfico 12	Perú: hogares con o sin presencia de niños, niñas o adolescentes según tipo de protección social, 2015	93
Gráfico 13	Perú: hogares con presencia de niños, niñas y adolescentes según condición de pobreza y tipo de protección social, 2015	93
Gráfico 14	Perú: alcance de los programas no alimentarios respecto al total de NNA y NNA pobres, 2015	94
Gráfico 15	Perú: alcance de los programas alimentarios respecto al total de NNA y NNA pobres, 2015	96
Recuadro		
Recuadro 1	La ENDIS y el PNAIA en cifras de gasto.....	50
Diagrama		
Diagrama 1	Pasos para la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia.....	100

Resumen

Este estudio tiene como objetivo proveer elementos de análisis para el fortalecimiento de un sistema de protección social en el Perú, relevando su rol potencial en la reducción de la vulnerabilidad y pobreza en los niños, niñas y adolescentes.

Existe abundante evidencia que demuestra que los sistemas de protección social son un componente esencial de las estrategias de desarrollo nacionales que buscan un crecimiento incluyente y un desarrollo sostenible con equidad en los países. Este estudio sostiene que el Perú tiene como tarea pendiente la construcción de un sistema de protección social integral, de base universal y fundamentado en un enfoque de derechos. Esta tarea encuentra al país bien posicionado: el país cuenta con recursos, con una institucionalidad fortalecida y con una base sólida de políticas, programas y servicios de protección social. El Perú ha recorrido un importante camino en lo que se refiere al fortalecimiento de instrumentos y programas de protección social y el paso que sigue es marcar una visión estratégica, sistémica, de la ruta adelante.

En el primer capítulo se presenta un marco conceptual del estudio e inicia definiendo lo que se entiende como “sistema de protección social”. Este marco conceptual reviste particular importancia en el contexto peruano, donde las discusiones de política nacional tienden a equiparar “protección social” con “programas orientados a la reducción de la pobreza extrema”, con “inclusión social” o con “asistencia social” o incluso con acciones que podrían considerarse asistencialistas. Esta equiparación de conceptos conlleva un importante riesgo, pues dificulta un entendimiento claro de la concepción integral y universal que debiera tener el sistema de protección social y su rol crítico en una agenda de desarrollo nacional. En la medida en que los discursos pueden ordenar y orientar una práctica, la expectativa de este estudio es ser un aporte para remontar la visión estrecha de la protección social y darle sentido estratégico.

En este capítulo también se define y justifica el enfoque del estudio: el de una protección social adecuada a la infancia. Este enfoque, promovido por UNICEF y la CEPAL entre otros actores del desarrollo, es particularmente relevante en el caso peruano dada la juventud y grado de vulnerabilidad de su población. La “protección social adecuada a la niñez” se centra en atender los patrones de pobreza y vulnerabilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, y parte por reconocer la amplia evidencia internacional en torno a los beneficios de largo plazo de invertir en ellos. Pese a que la “protección adecuada a la niñez” considera que las intervenciones no necesariamente deben focalizarse en los niños para ser “adecuadas a la niñez”, con el fin de operativizar esta definición el presente estudio destaca y selecciona para su análisis aquellas intervenciones que atienden las vulnerabilidades particularmente pertinentes a los niños, niñas y adolescentes, y que demandan un acercamiento específico de la protección social.

En el segundo capítulo se presenta una caracterización de la pobreza, riesgos y vulnerabilidad de la población infantil, en tanto esta comprensión sugiere elementos de diseño para un sistema de protección social con mejores resultados. Este esfuerzo de caracterización no es solo un insumo para la mejor definición de carencias o la identificación de derechos vulnerados, sino más bien un recurso desde el cual instalar en la agenda de políticas públicas la complejidad del reto a atender y las limitaciones que presentan los programas sociales actuales, lo que debe permitir la construcción de políticas públicas cada vez más integrales. Por eso, esta sección analiza los indicadores de cobertura y resultados de educación, salud y protección, con el fin de delinear un perfil de riesgo más allá del que representa la pobreza monetaria.

Esta caracterización es imperfecta dada la propia limitación de una presentación basada en información estadística, que no siempre permite apreciar, de manera simultánea, la multidimensionalidad y las relaciones dinámicas entre la pobreza, la vulneración de distintos derechos y las diversas situaciones de riesgo y vulnerabilidad que enfrenta la población infantil y adolescente en distintos ámbitos (salud, educación, desastres naturales, discriminación y violencia, entre otros). Estos riesgos se traslapan y refuerzan, de modo que, por ejemplo, la discriminación suele acompañarse por el riesgo económico, o la exclusión da forma específica a la experiencia de la pobreza y vulnerabilidad. En el capítulo se plantea que pese a un crecimiento económico que ha ido de la mano de menor pobreza monetaria, mejor distribución del ingreso y mejores indicadores de progreso social, existe un camino importante que recorrer en lo que se refiere a la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia desde la protección social.

La institucionalidad de la protección social en el Perú se analiza en el tercer capítulo. En este se intenta contrastar la realidad con la visión ideal y los objetivos de un sistema integral, con la expectativa de brindar orientación en lo que necesariamente es un proceso de construcción complejo y de largo aliento. Se concluye que el reto más importante que enfrenta el Perú es la integración de las distintas iniciativas y programas en un sistema de protección social que asegure su coordinación, y que los desafíos para acometer un proceso de esta naturaleza son sustantivos. Entre otros aspectos, se destaca la ausencia de una visión orientadora que permita brindar norte en la construcción de un sistema de protección social, la imperfecta definición de instancias rectoras y coordinadoras y los limitados mecanismos de coordinación horizontal y vertical que requieren, para su operación, de la incorporación de esta visión sistémica en dinámicas específicas al proceso de descentralización en el Perú. Estos retos se observan, además, en un contexto de recursos económicos, técnicos e institucionales distribuidos de modo desigual entre sectores, programas y territorios, contexto que trasciende a lo estrictamente relacionado con la protección social. Para avanzar en la construcción de esta visión sistémica e integral se identifican tres tareas fundamentales aún pendientes: (i) la definición del Sistema Peruano de Protección Social de acuerdo con los principios rectores de los enfoques de derechos y su cumplimiento universal, ciclo de vida, integralidad e intersectorialidad; (ii) la elaboración de un plan estratégico para la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia, y (iii) la revisión del marco legal y normativo de la protección social que, sobre la base de la revisión crítica de la normativa existente, elabore una propuesta marco para la arquitectura de un sistema de protección social.

En tanto el diseño de sistemas de protección social es un camino gradual y complejo, su proceso de construcción requiere conectar los distintos instrumentos disponibles y, entre ellos, los programas de la protección social a la infancia, revirtiendo las brechas de acceso a servicios sociales o de resultados que usualmente son múltiples y simultáneos. Los principales programas de protección social se analizan en el cuarto capítulo. En general, los programas operados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y por el Ministerio de Salud (MINSA) cuentan con marcos conceptuales claros, reglas de operación públicas, sistemas de información establecidos y marcos de seguimiento y evaluación en gran medida desarrollados y actualizados. Sin embargo, cada programa individual tiene una agenda de perfeccionamiento pendiente y los recursos financieros y técnicos para el diseño, la implementación y la evaluación de los programas varían tanto a nivel central (entre ministerios y programas) como a nivel local, lo que en importante medida es reflejo de su prioridad política. En esta sección se hace referencia a la cobertura de la protección social no contributiva que es amplia y alcanza al 72% de los hogares con niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, el 17% de los hogares peruanos no cuenta con ningún tipo de protección social, de los cuales 4,5% son hogares con integrantes menores de 18 años.

Otro aspecto pendiente es mejorar la pertinencia de las intervenciones existentes para cada etapa del ciclo de vida, buscando atender vacíos y eliminando duplicaciones. Uno de los más importantes vacíos es el de la atención del riesgo social y la violencia, riesgos que la protección social por sí sola no puede resolver. En rigor, frente a la violencia, el abuso y la explotación, el Perú virtualmente carece de un sistema de protección de la infancia con cobertura nacional, protocolos claros de atención y las articulaciones deseables y necesarias entre los servicios de protección especial y las estrategias de protección social. Asimismo, existen brechas de cobertura en programas como JUNTOS, que no alcanza a cubrir a la población potencial en situación de pobreza en las zonas urbanas. Otro ejemplo es el Seguro Integral de Salud (SIS) subsidiado que aún presenta subcobertura pese al significativo avance o el programa de desarrollo infantil temprano Cuna Más, que precisa de modelos de operación distintos para acelerar sus coberturas, pues no existen en el Perú programas amplios de apoyo a la crianza en el hogar. De igual manera, cabe destacar la importancia de la articulación entre programas alimentarios, de educación y salud bajo la iniciativa Aprende Saludable, pero con énfasis en el fortalecimiento del Programa Articulado Nutricional, de amplísima cobertura, para que efectivamente revierta la brecha nutricional.

Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones del estudio. Se destaca que dos cosas son necesarias a corto plazo para avanzar en la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia: el liderazgo político y la visión consensuada de los principios para la construcción de este sistema.

Sin embargo, no partimos desde cero. Dos temas de naturaleza multisectorial, la desnutrición crónica infantil y el desarrollo infantil temprano, han estado al centro de la agenda social en anteriores gestiones de gobierno. Además, la reforma de salud del año 2013, quizás la reforma social reciente más importante, ha avanzado de modo significativo la base de este sistema de protección social y se constituye en un ejemplo a seguir en términos de su proceso de construcción. El acceso universal al cuidado y atención de salud, independiente de la condición socioeconómica y con el Estado como garante, es ahora no solo un consenso logrado con el Acuerdo Nacional como política de Estado, sino que tiene correspondencia en un cuerpo legislativo que, entre otros, presenta como grupo sanitario de prioridad a la primera infancia, adoptándose pasos concretos para la protección en salud de los niños.

En otras palabras, en un contexto de innegable e importante fortalecimiento de la institucionalidad social en el Perú, cabe ahora la reflexión sobre el reto que el país tiene pendiente en el futuro próximo. Esto es, lograr la universalidad y la integralidad del sistema de protección social, compatibilizando la protección social contributiva con las políticas sociales orientadas a la población infantil vulnerable y coordinando de modo real la política social, dando lugar a una nueva generación de políticas. Sin embargo, esto no se logrará sin un cambio radical del discurso, que no es otra cosa que una señal de un nuevo contrato social, pero también a través de acciones concretas que tiendan a: (i) la construcción y comunicación de una visión para el sistema de protección social en el Perú; (ii) la determinación de un piso mínimo de protección social; (iii) la construcción de mecanismos de coordinación; (iv) la gestión del conocimiento en protección social, y (v) el trabajo consensuado de una hoja de ruta para la construcción del sistema de protección social en el Perú.

Introducción

A. Objetivos, marco conceptual y enfoque del estudio de Perú¹

El objetivo del presente estudio es proveer elementos de análisis para el fortalecimiento de un sistema de protección social en el Perú, relevando su rol potencial en la reducción de la vulnerabilidad y pobreza en los niños, niñas y adolescentes. En efecto, existe abundante evidencia que demuestra que los sistemas de protección social son un componente esencial de las estrategias de desarrollo nacionales para lograr un crecimiento incluyente y un desarrollo sostenible con equidad (Fleury, 1999; Holzmann y Jørgensen, 2003; y Cecchini y Martínez, 2011). Como intentará demostrarse en el estudio, el Perú se encuentra en una coyuntura ideal para construir un sistema de protección social integral de base universal y basado en un enfoque de derechos². El país cuenta con recursos, una institucionalidad fortalecida y una base sólida de políticas, programas y servicios de protección social. El Perú ha recorrido un importante camino en la construcción de su sistema de protección social, y el paso que sigue es marcar una visión estratégica para la ruta a continuar.

Esta sección inicial desarrolla un breve marco conceptual e inicia definiendo lo que se entiende como “sistema de protección social” para efectos del presente estudio y en el contexto peruano. Este marco conceptual reviste gran importancia a la luz de que en las discusiones de política nacional se tiende a equiparar la protección social con los “programas orientados a la reducción de la pobreza extrema”, con la “inclusión social” o con la “asistencia social” (sino enteramente con el “asistencialismo”). Esta equiparación de conceptos conlleva un importante riesgo: dificulta un entendimiento claro de la *concepción integral y universal* de un sistema de protección social y de su rol crítico en una agenda de desarrollo nacional.

¹ El estudio utilizó una metodología de métodos mixtos (véase el Anexo 3) consistente en revisión documental, análisis de datos y entrevistas a informantes clave. Para la realización del diagnóstico, identificación de brechas y retos, necesidades y oportunidades y aprendizajes se entrevistó a informantes de los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Salud, Educación, regiones, OSC, academia y agencias internacionales, tanto a nivel central como en regiones seleccionadas. A todos los participantes se les agradece su tiempo y compromiso. Muchas de estas ideas, de hecho, les pertenecen. El estudio se llevó a cabo entre abril 2016 y enero 2017.

² La literatura reseña que la protección social universal: (i) previene y reduce la pobreza, fomenta la inclusión social y la dignidad de las poblaciones vulnerables; (ii) contribuye al crecimiento económico; (iii) promueve el desarrollo humano al permitir mejores resultados en educación, salud, nutrición y disminución del trabajo infantil; (iv) aumenta la productividad y la empleabilidad al fortalecer la inversión en capital humano; (v) protege a las personas y a sus familias frente a pérdidas ocasionadas por choques (shocks) o emergencias; (vi) es un factor de estabilidad social y política; y (vii) es un derecho humano consagrado por diversos tratados internacionales y, más recientemente, por los compromisos nacionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En la medida en que los discursos pueden ordenar y orientar una práctica, la expectativa de este estudio es ser un aporte hacia remontar la visión estrecha de la protección social y darle sentido estratégico y solidez a una concepción de protección social basada en un enfoque de derechos. Lograr esta construcción colectiva de una visión de la protección social permitirá definir en una perspectiva temporal el rol que le corresponde jugar a cada sector y nivel de gobierno, cuáles son las metas alcanzables a corto plazo y cuáles son los factores estructurales a atender para avanzar en una protección social efectiva del conjunto de ciudadanos peruanos.

Además, esta sección define y justifica el enfoque del estudio; a saber, el de una protección social adecuada a la infancia. Este enfoque, promovido por UNICEF y la CEPAL entre otros actores del desarrollo, es particularmente relevante en el caso peruano dada la juventud de su población. Se presenta brevemente este enfoque que, pese a proveer importantes lineamientos generales de acción, no permite conclusiones operacionales que puedan llevarse al ámbito práctico del diseño de política o intervenciones. Por esta razón, esta sección deberá precisar lo que se entenderá como “protección social adecuada a la niñez” en el contexto peruano, definición necesaria para justificar la selección de intervenciones y políticas de las siguientes secciones del estudio.

La literatura especializada reconoce diversas definiciones del término “protección social”. Si bien una discusión de estas definiciones trasciende los alcances del estudio, se destacan algunos elementos de definiciones existentes y que han venido evolucionando en el tiempo. Por ejemplo, UNICEF (2012), define protección social como el conjunto de políticas y programas que apuntan a prevenir, reducir y eliminar las vulnerabilidades económicas y sociales frente a la pobreza, entendiendo esta última como un fenómeno multidimensional y dinámico. Para la CEPAL, la protección social tiene por objetivos garantizar un ingreso que permita mantener niveles mínimos de calidad de vida para el desarrollo de las personas; posibilitar el acceso a servicios sociales y de promoción y procurar la universalización del trabajo decente.

De acuerdo con esta definición, la protección social abarca tres componentes: la protección social no contributiva (tradicionalmente conocida como asistencia social), la protección social contributiva (seguridad social) y la regulación de los mercados laborales, que consiste en normativas y estándares orientados a fomentar y proteger el trabajo decente (Cecchini y otros, 2011 y Cecchini y otros, 2015). Esta definición es cercana al bien conocido marco de las “3Ps” que resume los objetivos de la protección social como protección, prevención y promoción, y que subyace a las definiciones de la protección social del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Holzmann y Jørgensen, 1999; Bonilla y Gruat 2003). Reforzando el aspecto de promoción de la protección social, el Banco Mundial la entiende como ligada al empleo y le otorga el objetivo de desarrollar capacidades para hacer frente a choques (shocks); oportunidades para todos, al promover desarrollo de capacidades y acceso a trabajo productivo y equidad, al proveer protección de la pobreza y evitar la pérdida de capacidades.

Por su parte, la OIT enfatiza en “el piso de protección social” entendido como la garantía de ingresos mínimos y acceso universal a un paquete básico de servicios o prestaciones esenciales (educación, salud y pensiones), como *derechos básicos ciudadanos* cuya provisión debe recaer en el Estado y es independiente del estatus laboral de las personas. Este piso de protección social, endosado de modo amplio por actores de desarrollo y gobiernos³, entiende que la cobertura y el acceso universales a la protección social constituyen dos factores determinantes para acabar con la pobreza y fomentar una prosperidad compartida (Banco Mundial, 2012). Quizás el aspecto más sustancial presente en la literatura es el del énfasis en una protección social con enfoque de derechos. Esto es, una protección social que es parte de una política de Estado que atiende a ciudadanos titulares del derecho a la protección y cuyos principios en la práctica son los de igualdad y no discriminación, integralidad, institucionalidad, participación, transparencia y rendición de cuentas (Sepúlveda, 2014; Cecchini y otros, 2015; Cecchini, 2016).

³ Recomendación sobre los pisos de protección social que fue adoptada por 185 Estados en 2012.

Una discusión teórica amplia sobre los diferentes enfoques conceptuales de la protección social trasciende el propósito de este documento⁴. Basta decir que, para sus efectos, se elige una concepción de protección social amplia que permite un acercamiento holístico a la protección social y una aproximación conceptual a la protección social adecuada a la infancia. En esta concepción elegida, la protección social se define como el conjunto de acciones públicas que atienden la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión, así como proveen los medios para enfrentar los principales riesgos que se presentan a lo largo del ciclo de vida. Esta definición tiene la ventaja de incluir no solo medidas orientadas a la promoción, prevención, y protección, sino que añade además medidas “transformacionales”⁵, de acuerdo con el marco desarrollado por Devereux y Sabates-Wheeler (2004). Esta concepción extiende el análisis más allá de una visión restringida de la protección social que se basa en la mitigación de riesgos económicos de corto plazo a uno que considera el riesgo social y la vulnerabilidad que surge de la exclusión o discriminación⁶.

Una visión “transformacional” de la protección social de modo natural la extiende al ámbito de los derechos, la equidad y la inclusión. Así, esta visión no se restringe, por ejemplo, a intervenciones como transferencias monetarias focalizadas o mecanismos de aseguramiento, sino que alude de modo directo a un contrato social e incorpora agendas de inclusión, justicia y empoderamiento. La protección social en su función “transformacional” puede cambiar los términos de negociación de individuos y grupos en la sociedad (Devereux y Sabates-Wheeler, 2004). Las herramientas de política se amplían entonces, trascendiendo a las redes de protección que protegen de shocks de ingreso, a medidas que atienden a los factores estructurales de la pobreza y vulnerabilidad, incluyendo la discriminación o exclusión. Un rasgo importante de este enfoque es que puede ser fiscalmente neutro: la equidad, la justicia social y/o el empoderamiento de sectores socialmente excluidos o marginalizados no implican necesariamente una transferencia masiva de recursos. Mucho puede lograrse con cambios legislativos, con educación para el ejercicio de derechos o con una regulación o supervisión que permita proteger los derechos de minorías o de la población en situación de vulneración de derechos. Estos últimos, por tanto, pueden y deben ser incluidos como parte del menú de intervenciones de una estrategia de protección social en su función transformacional⁷.

Un mensaje de esta sección es que lograr un consenso en torno a la visión de un *sistema de protección social* hacia el cual se quiere avanzar es un tema de importancia crítica para el desarrollo en el Perú. Este estudio define un *sistema* de protección social como el conjunto de instituciones, políticas y programas y arreglos administrativos que permiten cumplir con las funciones básicas de la protección social; a saber, prevención, protección, promoción y transformación. Así, un sistema de protección social universal contiene los arreglos institucionales y el conjunto integrado de políticas coherentes diseñadas para garantizar una seguridad del ingreso y apoyo a todas las personas a lo largo de su ciclo vital, *en especial* a las personas pobres y vulnerables⁸. Este sistema de protección social está constituido por una cartera de programas articulados y complementarios que pueden comunicarse entre sí, compartiendo sistemas administrativos, de gestión, información o prestación que permiten ganancias de

⁴ Pese al amplio uso del término de “protección social” en las políticas públicas, este es un término poco familiar que se define de diferente manera en la literatura, en las agencias de desarrollo y entre los gestores de políticas públicas. Naturalmente, esto acarrea confusión que se traduce en limitada claridad sobre cuáles son los límites de la protección social. Puede encontrarse una discusión al respecto en Devereux y Sabates-Wheeler (2004).

⁵ Véase Devereux y Sabates-Wheeler, 2004.

⁶ La CEPAL también he trabajado en esta línea. Véase Cecchini y otros (2015): *Instrumentos de protección social: caminos latinoamericanos hacia la universalización* [en línea] (<http://www.cepal.org/es/publicaciones/38821-instrumentos-proteccion-social-caminos-latinoamericanos-la-universalizacion>), pp. 27-29.

⁷ Bajo el marco elegido, la “protección especial” no es un área independiente de la protección social, sino que se concibe integrada a esta. En efecto, un marco conceptual de protección social como este reconoce la diversidad y complejidad de la vulnerabilidad, sus causas subyacentes y la manera en que esta cambia a lo largo del ciclo de vida. Un conjunto de riesgos son aquellos relacionados con la ausencia de protección frente a la violencia, abuso o abandono y el modo de abordarlo puede y debe ser integrado en los marcos conceptuales y a la programación de protección social.

⁸ Hay un reconocimiento de que, así como deben tomarse en cuenta las dimensiones monetarias y no monetarias de la pobreza, se entiende el riesgo no solo en términos económicos sino que también multidimensionalmente: natural y ambiental, económico y social. Además, la intensidad y distribución de estos riesgos cambian de acuerdo con la fase etaria, el género, la clase o la pertenencia étnica.

eficiencia, eficacia y transparencia (Banco Mundial, 2012a). La operación de ese sistema debe ser sostenible, integrada y con cobertura universal. Casi por definición, y a la luz de la multidimensionalidad de los riesgos económicos y sociales enfrentados por la población, su operación requiere de un acercamiento multisectorial y de la existencia de mecanismos eficaces de coordinación.

De acuerdo con el marco de la protección social descrito anteriormente y atendiendo a sus objetivos o funciones finales de protección, prevención, promoción y transformación, esta tendría cuatro componentes. El cuadro 1 incluye la lista de intervenciones ilustrativas, clasificadas de modo sencillo y referencial: (i) las medidas de asistencia social, que cumplen la función de protección o alivio ante la privación, y que típicamente se plasman en programas focalizados; (ii) la seguridad social, que busca prevenir la privación a través de seguros ante distintos riesgos; (iii) el acceso a servicios sociales que cumplen la función de promoción de capacidades e ingresos; y (iv) las medidas transformacionales que atienden la exclusión y promueven la equidad social. Esta clasificación debe necesariamente considerarse como aproximada. Por ejemplo, un programa de transferencias condicionadas puede cumplir más de una función: la de protección y la de promoción.

Cuadro 1
Cuatro componentes de la protección social^a

Asistencia social	Transferencias monetarias (condicionadas o no, pensiones no contributivas a la vejez, pensiones a la discapacidad) Transferencias en especie, como programas de alimentación o suplementación nutricional Programas de empleo público
Seguridad social	Pensiones contributivas Aseguramiento de salud (contributivo) Seguro de desempleo Beneficios por maternidad
Acceso a servicios sociales	Servicios de apoyo familiar (apoyo no monetario como consejería, información, asistencia residencial, etc. a familias vulnerables) Servicios de cuidado infantil, familiar o comunitario Becas, subsidios para la escolaridad Seguro de salud no contributivo (eliminación pago usuarios) Atención especializada para asegurar acceso equitativo de servicios (niños y niñas privados de cuidados parentales, en situación de calle u otros)
Políticas y legislación que aseguren equidad y no-discriminación	Registro de nacimiento Licencias de maternidad o paternidad Políticas sobre cuidado infantil Programas contra la violencia doméstica Programas contra el trabajo infantil Otras medidas o programas de restitución de derechos

Fuente: Elaborado sobre la base de S. Devereux y R. Sabates-Wheeler, *Transformative Social Protection*, Working paper series, 232, Brighton, 2004.

^a La asistencia social cuenta como principales intervenciones a las transferencias en dinero y especie, a los programas de empleo público y a los de alimentación. Las transferencias sociales son de carácter periódico y predecible de los gobiernos a individuos o familias, y reducen la pobreza y la vulnerabilidad además de favorecer el acceso a servicios sociales básicos y reducir el riesgo de abusos o explotación (“*negative coping mechanisms*”). Por su parte, la seguridad social posibilita el acceso a servicios de apoyo a familias o comunidades basadas en mecanismos de mancomunidad y diversificación del riesgo. Los servicios sociales a las familias y comunidades permiten la atención y el cuidado de los niños fuera del entorno de sus familias; el apoyo adicional a la educación de los niños vulnerables; los servicios de bienestar social y la protección de la infancia, entre otros. Por último, las políticas, normas jurídicas y regulaciones que protejan el acceso de las familias a los recursos garantizan el acceso de las familias pobres a los servicios sociales básicos, en equidad y sin discriminación.

La literatura reciente recomienda a los países una visión comprehensiva de los sistemas de protección social, con cobertura universal y caracterizados por la integralidad y multisectorialidad en su enfoque. En el contexto peruano es importante analizar qué implica esta visión y cómo se podría concretar. El Perú ha avanzado hacia la protección social universal, como lo ejemplifica el notable aumento en la cobertura del aseguramiento en salud de la primera infancia peruana⁹. Más aun, la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” (ENDIS), es un avance importante en cuanto a una visión integral de la política social con enfoque de ciclo de vida y multisectorial enfocada en la población en situación de pobreza extrema. Sin embargo, es necesario ir más allá y aplicar enfoques universales al proporcionar protección social y, de modo similar a como la educación y la salud se convirtieron en metas universales, se precisa que el discurso público fije como norte la importancia de la cobertura de protección social de base *universal*, máxime en un contexto nacional de pobreza extrema decreciente y de clase media creciente así como de alta informalidad laboral.

Avanzar en la cobertura universal de la protección social requiere, en primer lugar, remontar una cierta visión que considera que un sistema de protección social es “temporal” y que debe cesar de existir “cuando la pobreza termine”. En consonancia con la mejor práctica internacional, es importante posicionar la protección social como un pilar de una agenda de desarrollo de largo plazo: la protección social se requiere en los buenos tiempos y más aún en los malos tiempos, y su revisión permanente sigue a la de la evaluación sostenida de la naturaleza de los riesgos que enfrenta la población: desempleo, enfermedad, desastres naturales o epidemias. Muchas medidas de protección social todavía precisan ser intensificadas a favor de los pobres y vulnerables o en función de nuevos riesgos, como por ejemplo los que surgen del cambio climático y desastres naturales.

Por otro lado, un sistema *integrado* de protección social no solo facilita a la población el acceso a mejores condiciones económicas y sociales, articulando políticas de protección y promoción social para la generación de ingresos autónomos de las personas, sino que debe atender además la desarticulación existente entre el pilar contributivo y el pilar no contributivo de la protección social en el Perú. De modo más general, un sistema integrado de protección social debe contar con mecanismos de coordinación explícita que permita atender la fragmentación horizontal (entre los distintos sectores) y vertical (entre los distintos niveles administrativos). Desde el lado de la demanda se presenta también una fragmentación horizontal (en referencia a distintos grupos de la población que se atiende) y vertical (en relación con las distintas etapas del ciclo de vida de las personas), y ambas deben ser atendidas.

Un punto clave para la discusión de las políticas en el Perú es que no basta con disponer de programas sociales adecuados que contribuyan a satisfacer alguna de las necesidades de salud, nutrición y educación de las familias más pobres. Se necesita que estos programas actúen de manera coordinada y complementaria, pues de modo contrario no necesariamente lograrán desarrollar las capacidades y potencialidades de las familias, cuyas necesidades requieren de una atención integral sostenida y sistemática que permita romper con las condiciones estructurales que se encuentran en la raíz de la pobreza.

El Estado, mediante su política social, debe fomentar las capacidades de los más pobres desde su nacimiento a través de intervenciones *multisectoriales* y complementarias; por ejemplo, combinando acciones de promoción de la utilización de los servicios de salud reproductiva y materno-infantil ofreciendo una atención integral a los niños y niñas más pequeños y capacitación a los padres, con acciones destinadas a mejorar la cantidad y calidad de la oferta de los servicios de salud y educación y de mejoramiento del entorno físico en el que viven los más pobres (es decir, su vivienda o el acceso que tienen a agua potable y saneamiento). Este enfoque debe ser mantenido durante todo el ciclo de vida, ya que cada

⁹ En el año 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud (Ley N° 29.334), cuyo objetivo es garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en el Perú. Desde que la ley fue promulgada, y en gran medida por la reforma de salud de 2013, según los datos de la ENAHO y SUSALUD, la cantidad de personas con un seguro de salud se ha incrementado notablemente pasando de un poco más de 17 millones en 2009 (60,3% tenía algún tipo de seguro de salud) a más de 25 millones de personas en enero de 2016 (alrededor del 80% del total de la población peruana cuenta con algún régimen de seguro). Hasta enero de 2016, del total de asegurados, los niños y adolescentes entre 0 y 19 años representaban alrededor del 37,6%. Además, según los datos del ENAHO, el 77,5% del total de niños entre 0 y 19 años contaba con un seguro de salud en 2015.

etapa de la vida de la población en situación de pobreza requiere una estrategia de intervenciones enfocadas y complementarias¹⁰. En resumen, el Perú necesita disponer de programas sociales adecuados en salud, nutrición y educación, pero también privilegiar la implementación de una acción integral y sostenida a fin de que los hogares que se encuentran en situación de pobreza extrema puedan tener las mismas posibilidades que el resto de hogares peruanos de disfrutar del crecimiento económico. Este enfoque integrado requiere de un andamiaje institucional con el mandato e instrumentos necesarios, una administración financiera sólida, buena gobernanza y mecanismos institucionales que aseguren la administración efectiva y la minimización de impacto en el presupuesto.

Este documento propone la importancia de implementar una “protección social adecuada a la niñez” y, para operativizar este concepto, destaca tres tipos de vulnerabilidades que afectan a los niños, niñas y adolescentes y que demandan un acercamiento ad-hoc de la protección social: vulnerabilidades físicas y biológicas, vulnerabilidades asociadas con la relación de dependencia de los niños, y la ausencia de voz o representación como construcción sociocultural. Introducidos los conceptos de sistema de protección social y sus características deseables en los párrafos anteriores, este trabajo destaca la importancia de implementar una “protección social adecuada a la niñez”, siguiendo a UNICEF (2012). La protección social adecuada a la niñez (*Child Sensitive Social Protection*, CSSP) está considerada como una respuesta adecuada a la situación de pobreza y vulnerabilidad infantil. Pero, ¿qué abarca este concepto en términos prácticos y estratégicos?, y con respecto a la selección de instrumentos e intervenciones ¿es útil para efectos de este estudio?

Brevemente, la “protección social adecuada a la niñez” se centra en atender los patrones de pobreza y vulnerabilidad que afectan a los niños y parte de reconocer los beneficios de largo plazo de invertir en ellos. Este enfoque considera que para ser “adecuadas a la niñez”, las intervenciones no deben necesariamente focalizarse en los niños y niñas directamente (UNICEF, 2012; Yates, Chandan y Lim Ah Ken, 2010), sino más bien promover el fortalecimiento de la capacidad de las familias de velar por sus hijos, eliminar barreras de acceso a los servicios, y atender la vulnerabilidad con énfasis en aquella que afecta a la niñez.

Como plantean Roelen y Sabates-Wheeler (2011), este documento encuentra que la mayor parte de la literatura que provee lineamientos y principios generales en la materia no es enteramente útil para delinear las características y la conformación de una “protección social adecuada a los niños” (UNICEF, 2012) en tanto esta tiene como objetivo ampliar *al máximo las* oportunidades y los resultados en materia de desarrollo que favorecen a los niños y las niñas, tomando en consideración para ello diversas dimensiones del bienestar infantil¹¹. Es así que, de modo de operativizar esta definición y delimitar las intervenciones en cuyo análisis se centra este documento y que deberían ser primordiales desde el punto de vista de la conformación de una “protección social adecuada a la niñez” en el Perú, se sigue a Roelen y Sabates-Wheeler (2011) cuando destaca tres tipos de vulnerabilidades particularmente pertinentes a los niños, niñas y adolescentes, y que demandan un acercamiento específico de la protección social. Estas son:

- *Vulnerabilidades físicas y biológicas*: se refiere al mayor riesgo físico y biológico que corren los niños si son afectados por la pobreza, la inadecuada nutrición, la ausencia de cuidados de salud o enfermedad y una educación de limitada calidad¹².
- *Vulnerabilidades asociadas con la relación de dependencia de los niños*: los niños y niñas se encuentran en relaciones de dependencia y limitada autonomía en cuanto a la toma de decisiones sobre su bienestar. Es entonces importante un foco en la familia sin dejar de atender que: (i) la distribución intra-hogar de recursos puede representar retos para la implementación de políticas

¹⁰ Por ejemplo, Chile, con Chile Solidario y Chile Crece Contigo, ilustran este punto.

¹¹ Dicen Roelen y Sabates-Wheeler (2011): “... si bien las definiciones sobre el concepto de Child Sensitive Social Protection (CSSP) son escasas, estas enfatizan las vulnerabilidades particulares que enfrentan los niños...” y “...a pesar de las diversas definiciones y lineamientos (...) estos no proporcionan una idea tangible sobre el CSSP y sus implicancias prácticas...”

¹² El correlato positivo es la enorme ventana de oportunidad que la infancia representa en términos de desarrollo físico, cognitivo y social (Grantham-Mc Gregor y otros, 2007; Behrman, Cheng y Todd, 2004).

o programas y (ii) algunos de los niños más vulnerables viven al margen de la estructura familiar o comunitaria. Su reconocimiento es imprescindible para su inclusión.

- *Ausencia de voz o representación como construcción sociocultural:* pese a la aparente preeminencia de la niñez en la agenda de políticas públicas, la voz de niños y niñas en esta arena no siempre está presente y además no es homogénea. Basta pensar en condiciones como la orfandad o la situación de calle, donde la exclusión es mayor y la voz casi ausente. Una respuesta a esta vulnerabilidad no es solo aumentar la visibilidad y dar voz a los niños en la agenda pública, sino fortalecer a las instituciones que hablan por ellos, toda vez que los ministerios que les representan suelen ser los más débiles de los gobiernos¹³.

En el caso peruano, la visión de un “sistema de protección social adecuado a la niñez” alude a uno que atiende y minimiza las vulnerabilidades listadas arriba: las vulnerabilidades físicas y biológicas, las vulnerabilidades asociadas con la relación de dependencia y aquella relacionada con la ausencia de voz y representación. Para ello, los instrumentos de política requieren ser multidimensionales y apropiados a la edad. En un sistema de protección social adecuado a la infancia, la protección social tradicional requiere una óptica de integración y eficacia con los servicios de salud, educación, agua, saneamiento y protección como parte de un conjunto esencial de servicios para la población.

Un “sistema de protección social adecuado a la infancia” para el Perú, se justifica por argumentos éticos, de derechos y de eficiencia. Así:

- i) Los niños y niñas atraviesan complejos procesos de desarrollo físico, psicológico e intelectual y tienden a ser más vulnerables que los adultos ante la pobreza, la desnutrición, las enfermedades, el abuso y la explotación. La protección social es un derecho consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en tanto que el respeto a los derechos de los niños está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), entre otra legislación internacional y nacional. Los niños requieren del apoyo firme de estrategias de protección, máxime cuando ellos dependen de adultos que les apoyan y protegen.
- ii) La inversión en protección social de la infancia tiene altos retornos económicos relacionados al desarrollo de capacidades y mayores niveles de productividad a futuro. Además, esta inversión está correlacionada con menor violencia y conflictividad y mayor ciudadanía. Invertir en la infancia es esencial para lograr la movilidad social y el desarrollo¹⁴.

El valor del enfoque de una protección social transformacional de Devereux y Sabates-Wheeler (2008) es evidente al hablar de una “protección social adecuada a la niñez” en la cual resulta inevitable no solo atender las manifestaciones de la pobreza y vulnerabilidad infantil, sino sus causas estructurales en tanto que muchas de las condiciones de los niños vienen determinadas desde su nacimiento y su origen es intergeneracional.

El cuadro 2 selecciona para el Perú los principales programas que hacen parte de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el país. Se destacan aquellos considerados críticos en la atención de las vulnerabilidades consignadas anteriormente y que, en su mayoría, se analizan en las siguientes secciones del documento.

¹³ Jones y Summer (2011) indican “Many developing countries lack a dedicated children’s ministry (...) and in case they do exist (...) they are typically amongst the least influential and under-resourced (...)”.

¹⁴ La pobreza en la infancia tiene impactos adversos en el corto y largo plazo en términos de ingreso, salud, educación y otras medidas de bienestar. Además, esta correlacionada con una mayor probabilidad de ser adultos pobres. Haveman and Wolfe (1995), Brooks-Dunn and Duncan (1997), Sarasa et al. (2002). Heckman et al. (2009), realiza un análisis costo-beneficio del programa de intervención temprana “Perry Preschool Program”, encontrando ganancias en productividad (mayores salarios) y reducción del crimen asociados a la participación en el programa y estimando que la tasa de retorno de invertir en la infancia se encuentra entre 7% y 10% aproximadamente. De igual forma, Currie (2001), Reynolds y Temple (2001) encuentran que la inversión en la infancia disminuye las tasas de delincuencia juvenil.

Cuadro 2
Perú: selección de intervenciones de la protección social adecuada a los niños, niñas y adolescentes

Componente de la protección social	Intervenciones	Intervenciones específicas en el Perú
Asistencia social	Transferencias monetarias (condicionadas o no, pensiones no contributivas a la vejez, pensiones para personas con discapacidad) Transferencias en especie, como programas de alimentación o suplementos nutricionales Programas de empleo público	JUNTOS ^a Pensión 65 ^a Pensión a la Discapacidad PNAE Qali Warma ^a PCA y Vaso de Leche A Trabajar Urbano y Rural ^a
Seguridad social	Pensiones contributivas Aseguramiento de salud (contributivo) Seguro de desempleo Beneficios por maternidad	Pensiones y seguro médico contributivo Prestaciones de salud del seguro contributivo para la infancia y adolescencia Seguro de desempleo Beneficios por maternidad
Acceso a servicios sociales	Servicios de apoyo familiar, sistemas de adopción Servicios de cuidado infantil, familiar o comunitario Becas, subsidios para la escolaridad Seguro de salud no contributivo (eliminación pago usuarios) Atención especializada para asegurar acceso equitativo de servicios (huérfanos, niños en situación de calle y otros) Políticas y legislación que aseguren equidad y no-discriminación	Programas de INABIF ^a Cuna Más (SAF e institucional) ^a PRONOEI y modalidades de preescolar MINEDU (logros de aprendizaje) ^a Beca 18 ^a Prestaciones del SIS para la madre, infancia y adolescencia (PAN, SMN) ^a Programa de Saneamiento Urbano y Rural ^a Yachay ^a
Medidas para la equidad social y restitución de derechos	Registro de nacimiento Licencias de maternidad o paternidad Políticas sobre cuidado infantil Programas contra la violencia doméstica Programas contra el trabajo infantil Otras medidas o programas de restitución de derechos	Acceso a la identidad (RENIEC) ^a Políticas de desarrollo infantil temprano, infancia y adolescencia (FED) Programa contra la violencia familiar y sexual ^a Legislación contra trabajo infantil, Programa Yachay ^a

Fuente: Elaboración propia sobre la base de diversos programas.

^a Estos programas son programas presupuestales en el marco del presupuesto por resultados.

En síntesis, continuar la construcción y el fortalecimiento de un sistema de protección social adecuado a la niñez es de importancia crítica. Para ello, en primer lugar se requiere reconocer esto como una necesidad y una aspiración de construir en el país un sistema de protección social universal e integrado que vaya más allá de los programas sociales para abarcar el acceso a servicios, políticas y legislación que favorezcan la equidad social. En segundo lugar, formulada esta visión, se requiere su institucionalización y operativización, además de adecuarla para responder a los riesgos que enfrenta la niñez peruana. Presentados los elementos conceptuales básicos, y delineado el campo de análisis, en las siguientes secciones de este documento se presentará una visión global del sistema de protección social enfocada en la niñez. En ese sentido, a fin de entender la conformación actual de este sistema y sugerir rutas futuras o ajustes necesarios para la construcción de un sistema de protección social integral, en el capítulo siguiente se presenta un diagnóstico de la pobreza y vulnerabilidad que enfrenta este sector de la población.

I. Pobreza y vulnerabilidad de los niños, las niñas y los adolescentes en el Perú

Un estudio de la protección social debe partir de un diagnóstico robusto de la pobreza, riesgos y vulnerabilidades que afectan a este sector de la población, en tanto esta comprensión sugiere elementos de diseño para un sistema de protección social con mejores resultados. A continuación se presenta un análisis atendiendo a cuatro consideraciones previas que no siempre es posible evidenciar mediante datos estadísticos:

- Primero, la pobreza, la vulnerabilidad y los riesgos enfrentados por la población, y por los niños, niñas y adolescentes en particular, son de naturaleza dinámica y multidimensional e incluyen a la vez aspectos como salud, riesgos naturales, discriminación o violencia.
- Segundo, los riesgos se traslapan y refuerzan de modo que, por ejemplo, la discriminación suele ser acompañada por el riesgo económico. La experiencia a nivel individual, intra-hogar o comunitaria de riesgos y vulneraciones de derechos múltiples es compleja y afecta la realización de potencialidades y capacidades en todos estos niveles.
- Tercero, y de importancia crítica en el Perú, la exclusión da forma a la experiencia de la pobreza y vulnerabilidad. En efecto, variables como género, etnicidad y raza o geografía están correlacionadas con la pobreza y vulnerabilidad, por lo que es necesario abordar las causas subyacentes de la exclusión.
- Cuarto, la experiencia de la pobreza y la vulnerabilidad cambia en las distintas etapas del ciclo de vida. Los niños y niñas, por ejemplo, son particularmente más vulnerables a riesgos relacionados con el desarrollo de sus capacidades que, por ejemplo, la población adulta. En esta sección del estudio se atiende el contexto general de pobreza en tanto relevante para la concepción integral del sistema de protección social, pero se hará un énfasis especial en la situación de vulnerabilidad de los niños.

No puede iniciarse esta sección sin destacar que el crecimiento económico del Perú es un objetivo fundamental de política por una muy buena razón: éste ha impulsado de modo indudable el desarrollo y progreso en el área social de la mano de una mayor inversión, empleo e ingresos. En efecto, el desempeño del Perú es un caso notable a nivel de América Latina y mundial no solo por su dinamismo, sino porque se ha acompañado de menor pobreza, mejor distribución del ingreso y mejores indicadores de progreso social. Basta señalar que el Perú ha alcanzado 4 de 8 de las metas fundamentales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y algunas metas como reducir a la mitad la pobreza extrema y la mortalidad infantil y de la niñez en dos tercios se cumplieron incluso antes de 2015.

Según cifras oficiales del Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), el PIB per cápita anual exhibe una notable mejora en el periodo 2000-2015. En efecto, este pasó de ser poco más de 2,526 dólares en el año 2000 a 4,540 dólares en 2015. Asimismo, las tasas de variación del consumo total público y privado se han incrementado en un promedio de 4,5% entre 2000 y 2010, mientras que en el periodo entre 2011 y 2015 este incremento fue de 5,9%. En resumen, el consumo total ha crecido a saludables tasas que van a la par del crecimiento del PIB. Esta bonanza tiene un correlato redistributivo, por el cual el crecimiento también llegó a los más pobres. Esta afirmación se sustenta en el Índice de Prosperidad Compartida (*Shared Prosperity Indicator*, SPI) del Banco Mundial, que evalúa el crecimiento de los ingresos o el consumo del 40% con menor consumo per cápita. Construido a partir de las encuestas de hogares, el índice refleja si el crecimiento del consumo per cápita fue también beneficioso para el 40% de la población que tiene menos consumo per cápita. En este caso, se observa que el 40% inferior tiene un crecimiento notablemente superior. Tal como muestra el gráfico 1, de 2007 a 2015, el 40% inferior vio crecer su consumo en 9,6%, mientras que el consumo total creció 5,5%. Comparando entre periodos, el crecimiento entre 2007 y 2011 del 40% inferior fue de 12,1%, mientras que el del total fue de 6,2%. Asimismo, de 2011 a 2014 el SPI fue de 7,1%, mientras que para el total llegó a 4,9%.

Gráfico 1
Perú: índice de prosperidad compartida, 2008-2015
(Variación en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Banco Mundial para los años correspondientes.

Según los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹⁵ desde 2004, la incidencia de la pobreza en el Perú ha disminuido en 36,9 puntos porcentuales (63%), al pasar de 58,7% a 21,8% en 2015. De igual manera, la pobreza extrema ha disminuido en 12,3 puntos porcentuales (o 75%), pasando de 16,4% en 2004 a 4,1% en 2015. Por tipo de área de residencia, para el periodo 2011-2015 la disminución de la pobreza y la pobreza extrema fue mayor en zonas rurales que en las urbanas (10,9 y 6,6 puntos porcentuales frente a 3,5 en las zonas urbanas, respectivamente). Por región natural, la sierra registra la mayor disminución de pobreza y pobreza extrema (9 y 5 puntos, respectivamente), seguida de la selva (6,3 y 2,5). En síntesis, la reducción de la pobreza se ha concentrado en zonas rurales y sobre todo en la sierra y la selva. La profundidad de la pobreza, que es una medida de cuán alejados, en promedio, están los pobres de la línea de pobreza, ha disminuido entre 2011 y 2015 en 2,4 puntos porcentuales; de este modo, en 2015 los pobres están a 5,4 puntos de la línea de pobreza. Esta diferencia se acrecienta para las zonas rurales, que se ubican a 13,1 puntos porcentuales de poder superar la línea de pobreza, frente al 3,1 de las zonas urbanas. Sin embargo, la disminución de la profundidad de la pobreza es más notoria para las áreas rurales: esta ha disminuido 5,7%, la mayor reducción entre las regiones.

¹⁵ La información sobre la incidencia de la pobreza desde el 2004 hasta el 2012 ha sido obtenida del siguiente documento [en línea] https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1106/cap03.pdf.

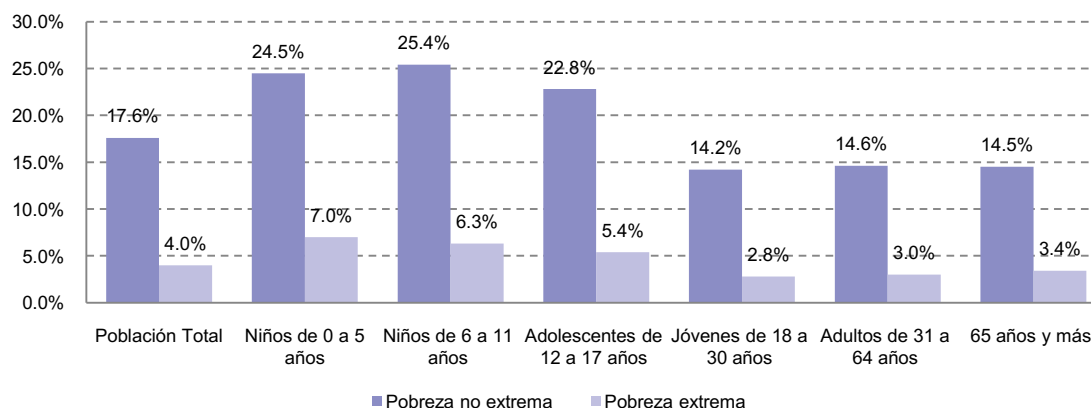
Cuadro 3
Perú: incidencia de la pobreza, pobreza extrema, profundidad y severidad, 2015
(En porcentajes)

	Pobreza	Pobreza extrema	Profundidad	Severidad
Ámbito geográfico	2015	2015	2015	2015
Total	21,8	4,1	5,4	2,0
Área de residencia				
Urbana	14,5	1,0	3,1	1,0
Rural	45,2	13,9	13,1	5,2
Región natural				
Costa	13,8	0,8	2,8	0,9
Sierra	32,5	8,7	9,0	3,5
Selva	28,9	6,5	7,7	2,9
Dominio geográfico				
Costa urbana	16,1	0,9	3,4	1,1
Costa rural	30,6	4,8	8,0	3,0
Sierra urbana	16,6	1,3	3,8	1,3
Sierra rural	49,0	16,5	14,5	5,9
Selva urbana	20,7	3,5	5,2	1,8
Selva rural	41,1	10,9	11,4	4,4
Lima Metropolitana	11,0	0,3	1,9	0,6

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2015.

Uno de los mayores retos es atender el hecho de que la pobreza en el Perú tiene rostro indígena y rural, pero sobre todo, rostro de niño. El gráfico 2 muestra que son los niños y adolescentes del país los que concentran los índices más altos de pobreza y pobreza extrema. Mientras que el 21,6% del total de la población es pobre, los niños entre 0 y 5 años, 6 y 11 años y 12 y 17 años presentan tasas de pobreza muy superiores a la media: de 31,5%, 31,7% y 28,2%, respectivamente. De igual manera, si bien la pobreza extrema nacional alcanza el 4%, esta es mayor entre los niños de 0 a 5 años (7%), seguidos por la población entre 6 y 11 años (6,3%) y los adolescentes entre 12 y 17 años (5,4%)¹⁶.

Gráfico 2
Perú: pobreza y pobreza extrema en la niñez y adolescencia, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2015.

¹⁶ Las estimaciones se han hecho a partir de la Encuesta Nacional de Hogares, ENAHOG (2015).

Respecto de la distribución de la pobreza por etnicidad, las personas cuya lengua materna es quechua, aymará y/o alguna otra lengua nativa, tienen niveles de pobreza o pobreza extrema superiores a aquella población cuya lengua materna es el castellano y/o un idioma extranjero. Así, solo el 3,3% y 16% de la población cuya lengua materna es el castellano vive en situación de pobreza extrema y pobreza, respectivamente. Sin embargo, estas cifras casi se duplican en aquella población cuya lengua materna es quechua (6,7% en extrema pobreza y 26% en pobreza) y aymará (8,5% en extrema pobreza y 31% en pobreza) (ENAH0, 2015).

La reducción de la pobreza infantil es vital no solo como un imperativo ético, sino porque es crítica en términos de las perspectivas de desarrollo del país. La pobreza monetaria no es la única privación experimentada por la población en situación de pobreza. Sin embargo, si bien resta avanzar sobre dimensiones de derechos distintas a la del ingreso, y que adquieren especial relevancia en la niñez y adolescencia, existe amplia evidencia de que los ingresos familiares influyen sustancialmente en el bienestar de niños, niñas y adolescentes¹⁷. Así, se encuentra que la pobreza monetaria está asociada a una serie de resultados de desarrollos adversos, en áreas como por ejemplo: (i) salud física (bajo peso al nacer y desnutrición); (ii) habilidades cognitivas (inteligencia, habilidad verbal y pruebas de logro); (iii) logro escolar (años de escolaridad y graduación de secundaria); (iv) resultados de desarrollo emocional o conductual; y (v) embarazo adolescente. Sin embargo, la relación entre pobreza y estos indicadores de bienestar infantil es compleja. Independientemente de cualquier otro tipo de condición que pueda estar asociada con la pobreza, se encuentra, por ejemplo, que el ingreso familiar afecta de modo importante indicadores de habilidades o relacionados con el logro de los niños. Se encuentra, además, que el momento de la vida en que se experimenta la pobreza es relevante: aquella que se experimenta en años tempranos o en edad preescolar parece tener mayor impacto que aquella experimentada en la niñez o adolescencia¹⁸. La creciente evidencia sobre cómo el estrés asociado con la condición de pobreza afecta la capacidad de autorregulación, atención, logro escolar y bienestar y competencia emocional de los niños, lleva a la conclusión inicial de que cualquier estrategia de reducción de la pobreza requiere no solo de medidas de aumento del ingreso familiar, sino de apoyo y servicios parentales –incluyendo salud mental– que permitan atender el impacto que la pobreza tiene sobre la familia¹⁹.

Cualquier esfuerzo de caracterización no solo es un insumo para la mejor definición de carencias o la identificación de derechos vulnerados, sino más bien un recurso desde el cual instalar en la agenda de políticas públicas la complejidad del reto a atender, los límites que representan los programas sociales y los retos pendientes, lo que permitirá la construcción de políticas públicas cada vez más integrales. Por eso, con el fin de delinear un perfil de riesgo, más allá del que representa la pobreza monetaria, esta sección analiza los indicadores de cobertura y resultados de educación, salud y protección.

El perfil de la vulnerabilidad por grupo etario de la población muestra que la pobreza medida por el ingreso/consumo está fuertemente correlacionada con otras dimensiones de la pobreza como la desnutrición, el trabajo infantil, la deserción escolar y el analfabetismo²⁰.

El cuadro 4 clasifica a la población por grupos de edad: niñez temprana, edad escolar, adolescencia y juventud. Para cada grupo de edad se identifican las circunstancias que conducen o agravan la pobreza y se presenta el predominio de privaciones específicas (como la desnutrición, el

¹⁷ Véase Brooks-Gunn y Duncan, 1997.

¹⁸ En los últimos años se ha llegado a la conclusión que la pobreza es uno de los principales factores que afectan a los niños, niñas y adolescentes en América Latina y El Caribe, no solo por los efectos en el corto plazo sino también por los efectos en el largo plazo. Como menciona Shonkoff y Philips (2000) esa etapa de las personas es considerada vital, ya que es la base para su aprendizaje futuro, su comportamiento y salud. Por otro lado, el estudio de Cunha y Heckman (2007) refuerza esta idea, ya que muestra con un modelo económico que la rentabilidad de las inversiones a edades tempranas es mucho más beneficiosa y a veces insustituible que en las inversiones posteriores.

¹⁹ Véase Winer y Thompson, 2015.

²⁰ La información deriva de las encuestas disponibles más recientes: ENAH0 2015 para la pobreza monetaria y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES, 2015) para los riesgos de desnutrición o salud.

trabajo infantil, el analfabetismo o el desempleo) por quintil de bienestar²¹. Los riesgos más importantes identificados en el análisis son los siguientes:

- i) En el rango de 0 a 5 años: talla baja para la edad o desnutrición crónica, que afecta al 14,4% del total de niños menores de 5 años y al 31,6% del primer quintil (quintil inferior), en comparación con apenas 2,8% en el quintil más rico (quinto quintil); mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, que afecta a 34 por cada 1,000 nacidos vivos en el primer quintil, en comparación con apenas 11 en el quinto quintil y falta de acceso a la educación inicial, con apenas 70% de los niños de 3 a 5 años en el primer quintil matriculados, en comparación con 75% en el quinto quintil.
- ii) En niños de 6 a 16 años: baja matrícula escolar, con 7.6% de los niños de 6 a 11 años en el primer quintil que no asisten al colegio; alta incidencia de trabajo infantil entre los niños de 6 a 11 años (24% en el primer quintil); baja cobertura de educación secundaria (74% en el primer quintil respecto al 85% del quinto quintil) y alta incidencia de trabajo infantil (afecta al 30% de los niños entre los 12 y 14 años en el primer quintil).
- iii) En jóvenes de 17 a 24 años: bajas tasas de matrícula en educación superior, en particular en el quintil más pobre (70.9% de los jóvenes en el primer quintil no están matriculados en algún programa de educación superior, en comparación con 52.5% en el quinto quintil) y tasa de desempleo juvenil relativamente elevada (4.7% de los jóvenes de 17 a 24 años en el primer quintil).

Este análisis sugiere que el grupo con el más alto riesgo de pobreza y de otras formas de privación material son los niños y niñas que viven en extrema pobreza. Los niños son el grupo de edad con la mayor incidencia de pobreza y constituyen el grupo más numeroso dentro de la población en pobreza, pues los niños, niñas y adolescentes menores de 14 años representan el 41,7% de las personas en extrema pobreza. Una mayoría de los niños en situación de pobreza también se ve afectada por otras formas de privación fuera de la pobreza de consumo, como altas tasas de mortalidad infantil, desnutrición y anemia, deserción escolar o bajo desempeño académico.

No obstante los avances en la reducción de la pobreza monetaria, el país todavía enfrenta importantes retos. Primero, a nivel del hogar, la incidencia de pobreza multidimensional²² llega al 38,9% frente a una incidencia de la pobreza monetaria a nivel de hogar de 17,8%, demostrando que las políticas públicas tienen un importante camino por avanzar para atender dimensiones de la pobreza distintas a la monetaria²³. Segundo, la reducción de la pobreza extrema en los últimos años se ha desacelerado y entre 2013 y 2015 la pobreza extrema solo se ha reducido 0,2 puntos porcentuales, lo que es reflejo de la dificultad de alcanzar a un núcleo duro de la pobreza y exclusión. Tercero, pese a que la pobreza en el Perú es mayoritariamente rural, la creciente urbanización redundó en un número importante de personas en situación de pobreza en el ámbito urbano. Se trata de personas que carecen de cobertura en protección social. En cuarto lugar existen desigualdades geográficas, étnicas y de género importantes cuya superación es uno de los desafíos más importantes de las políticas sociales y que requieren de una perspectiva diferenciada, focalizada y culturalmente pertinente.

²¹ La clasificación de quintiles hecha en el cuadro 4 sigue los siguientes criterios: (i) la clasificación por quintiles para las variables que han sido estimadas a partir del ENAHO (variables de educación y empleo) han sido calculados calculadas sobre la base del método del gasto y (ii) la clasificación por quintiles para las variables que han sido estimadas a partir del ENDES (variables de salud) han sido calculados con índices de bienestar (activos y condiciones del hogar).

²² La pobreza multidimensional ha cobrado interés en los últimos años, tanto en el ámbito académico como en el de políticas, pues se reconoce que aun cuando la pobreza monetaria es una dimensión esencial de la pobreza, muestra solo una parte de este fenómeno dejando distintas dimensiones importantes de lado, las que son esenciales desde el punto de vista de un enfoque de derechos o de capacidades (Batista y otros, 2009).

²³ Cálculos propios sobre la base de metodología Alkire y Foster (2010), disponible [en línea] <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp37.pdf>. Esta metodología podría diferir de la medición oficial en el país.

Cuadro 4
Perú: indicadores de vulnerabilidad por grupo etario, 2015

Grupo de edad	Principales indicadores de privación	Primer quintil	Segundo quintil	Tercer quintil	Cuarto quintil	Quinto quintil	Total
0 a 5 años	Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 n.v.)	25	23	15	11	8	4
Población total:	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1,000 n.v.)	34	27	16	12	11	21
3 157 509	Desnutrición crónica	31,6	15,7	9,2	5,5	2,8	14,4
	Tasa de matrícula a educación inicial (3 a 5 años)	70	68,2	68,9	73,3	75,8	71,3
	No asiste a educación inicial (3 a 5 años)	6,7	8,5	8,2	10,4	11,9	9,3
	Prevalencia de anemia (6 a 60 meses)	41,3	37,3	30,9	27,4	20,3	32,6
6 a 11 años	Tasa de matrícula a educación primaria	87,1	87,4	87,9	88,1	88	87,6
Población total:	No asiste a la escuela	7,6	6,2	7,4	7,6	10	7,8
3 600 825	Trabajo infantil (10 a 11 años)	24,3	16,3	8,4	5	1,9	8,5
	Cobertura de educación primaria	98,7	97,2	97,7	98,1	96,3	97,6
12 a 16 años	Tasa de matrícula a educación secundaria	78,8	83,1	84,1	84,1	84,7	83,3
Población total:	No asiste a la escuela	8	7,2	7,5	7,3	9,8	7,9
3 011 299	Cobertura de educación secundaria	74,3	78,9	82,3	80	85,1	80,2
	Trabajo infantil (12 a 14 años)	30,3	23,2	12	8,1	5,7	12,6
17 a 24 años	No matriculado en educación superior (17 a 22 años)	70,9	68,2	65,9	61,3	52,5	60,8
Población total:	Desempleo juvenil	4,5	4,3	5,8	5,5	6,4	5,1
4 391 595	Población que no estudia ni trabaja	22,9	21,1	20,6	19,1	14,7	18,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), 2015 y Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2015.

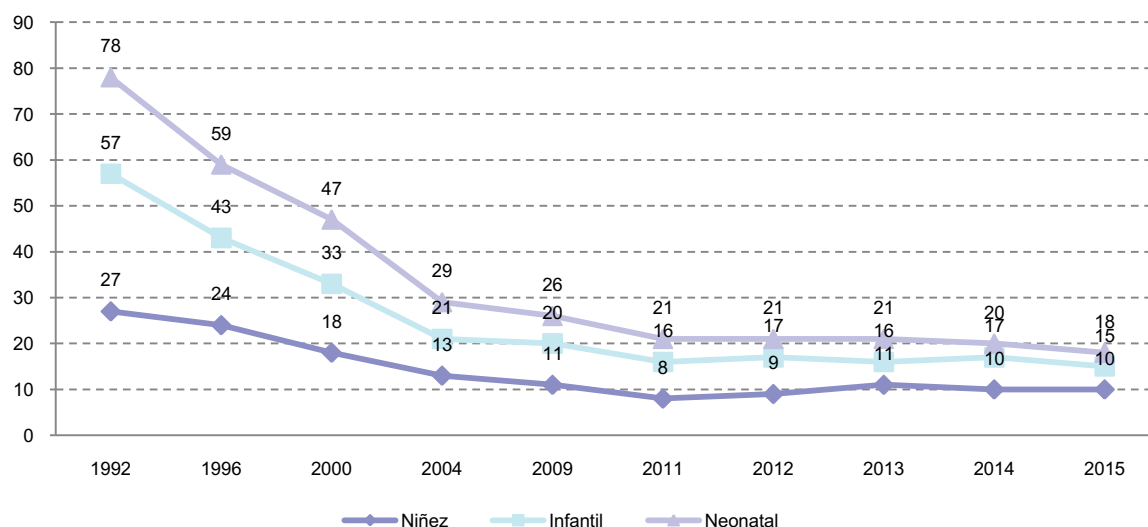
A. Perfil de la vulnerabilidad en salud de la niñez peruana

En lo que se refiere a salud, la tasa de mortalidad en menores de 5 años es sin duda uno de los indicadores más importantes de efectividad de las políticas sociales a favor de la infancia. Desde el año 2000, la mayoría de los países de América Latina han reducido la mortalidad en la infancia y la niñez. Según Restrepo (2016), entre 2000 y 2015, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el Perú disminuyó en 22 muertes, llegando a registrar en 2015 una tasa de 17 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. A pesar de esta reducción, el Perú se encuentra todavía por encima de países como Cuba (5.5 por cada 1,000 nacidos vivos), Chile (8.1 por cada 1,000 nacidos vivos), Costa Rica (9.7 por cada 1,000 nacidos vivos) y el Uruguay (10.1 por cada 1,000 nacidos vivos). Por otra parte, la mortalidad infantil (niños menores de un año) llega a 64 por 1,000 en el quintil más pobre, más del doble que en el quintil más rico (el promedio en la región es de 28 por 1,000).

Con información de la ENDES, la tasa de mortalidad neonatal (TMN)²⁴ en el Perú muestra un descenso entre 1992 y 2015 de 17 puntos porcentuales (véase el gráfico 3). En ese mismo periodo, las tasas de mortalidad infantil²⁵ y de niñez²⁶ también han presentado la misma tendencia decreciente. Así, el Perú fue el segundo país con la mayor reducción de la TMN en la región (Huicho y otros, 2016). Sin embargo, entre 2011 y 2013, la TMN ha aumentado en 3 puntos, llegando a 11 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en 2013. Posteriormente, la TMN se redujo a 10, la que se ha mantenido constante en 2014 y 2015. En el caso de la mortalidad infantil, las cifras muestran una caída anual promedio de 6,2% entre 1992 y 2011. A partir de 2011, la mortalidad infantil se mantuvo casi constante en 16 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. Del mismo modo, la tasa de mortalidad en la niñez se redujo en 6,4% anual entre 1992 y 2011, llegando a registrar una tasa de 21 en 2011. En 2015, la tasa de mortalidad en la niñez se redujo ligeramente a 18 muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

La TMN depende de las condiciones intrauterinas y las características socioeconómicas del entorno del recién nacido. Así, según estimaciones para el año 2013 hechas por la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), el riesgo de morir es 2.6 veces mayor en los niños que pertenecen al quintil inferior comparado con los quintiles más ricos. Igualmente, este riesgo entre los recién nacidos cuyas madres no tienen educación es casi 2.3 veces mayor que de aquel niño cuya madre tiene educación (MCLCP, 2014)²⁷. Esta heterogeneidad también se presenta por área de residencia. Para 2015, la TMN en el área rural es de 12 por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en el área urbana fue de 10 por cada 1,000 nacidos vivos. De acuerdo con la distribución geográfica de la TMN, las regiones de Arequipa, Lima y Callao registran menor incidencia de mortalidad neonatal, por debajo de 10 por cada 1,000 nacidos vivos. Por el contrario, Ucayali, Tumbes, Madre de Dios y Pasco registran tasas superiores a 20 por cada 1,000 nacidos vivos.

Gráfico 3
Perú: evolución de la tasas de mortalidad neonatal, niñez e infantil, 1992-2015
(Número de fallecimientos por cada 1,000)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) de los respectivos años.

²⁴ Se considera a la mortalidad neonatal como la probabilidad de morir durante el primer mes de vida.

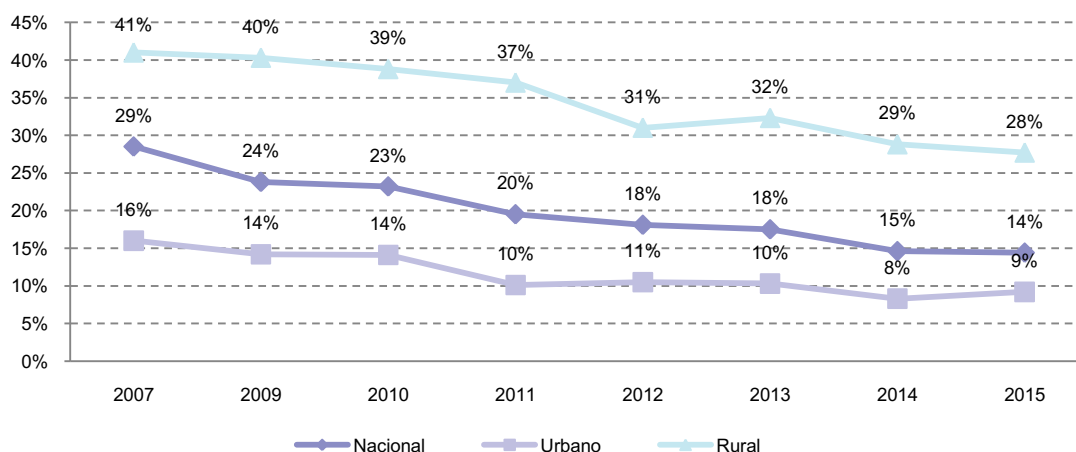
²⁵ Se considera a la mortalidad infantil como la probabilidad de morir durante el primer año de vida.

²⁶ Se considera mortalidad en la niñez como la probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años.

²⁷ Las estimaciones se han tomado del reporte de salud materna neonatal elaborado por la MCLCP, a partir de los datos de la ENDES 2013.

Otro riesgo que enfrentan los niños del Perú es la desnutrición crónica infantil (DCI), medida como la talla para la edad y que está por debajo de dos desviaciones estándar de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la ENDES, la DCI se ha reducido de manera significativa²⁸ en el periodo entre 2007 y 2015, pasando de 28,5% en 2007 a 14,4% en 2015 (véase el gráfico 4). No obstante, es importante subrayar que la tasa de desnutrición todavía afecta hoy al 14,4% de la población menor de 5 años a escala nacional; vale decir, la sufren alrededor de 412,000 niños y niñas. Respecto a la distribución de DCI por área de residencia, el área rural (27,7%) presenta mayores tasas de desnutrición crónica que el área urbana (9,2%). Además, la DCI afecta de modo importante a la población en situación de pobreza, encontrándose que el 31,6% de los niños de hogares en extrema pobreza presentan desnutrición crónica. Finalmente, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para 2014 el 12% de niños y niñas que tienen como lengua habitual el castellano sufren de desnutrición crónica; mientras que este porcentaje asciende a 11%, 36,4% y 52,4% para aquellos cuya lengua materna es aymará, quechua y amazónica, respectivamente²⁹.

Gráfico 4
Perú: desnutrición crónica en la población menor de 5 años, 2007-2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), 2007-2015.

Al desagregar la desnutrición crónica por quintiles de pobreza se puede observar que la brecha entre el quintil más rico y el quintil más pobre ha disminuido en el periodo 2007-2015, de 43,8% a 28,8% (véase el cuadro 5). En general, se evidencia una caída sostenida de la desnutrición en todos los quintiles de riqueza hasta el año 2014, siendo los primeros quintiles los que presentan una mayor tasa de desaceleración respecto de los quintiles de mayores ingresos. Sin embargo, para el año 2015 se reporta un aumento de la DCI en los quintiles segundo (de 14,1% en 2014 a 15,7% en 2015), tercero (de 8,3% en 2014 a 9,2% en 2015) y cuarto (de 4% en 2014 a 5,5% en 2015).

Por regiones geográficas, entre 2010 y 2015 la DCI ha caído 11,7 puntos porcentuales en la sierra y 8,2 puntos porcentuales en la selva. Estas son las regiones con mejores resultados, pues Lima Metropolitana y la Costa solo han logrado disminuirla en 3,2% y 4,1%, respectivamente. A pesar de estos resultados, las regiones de la sierra y la selva siguen teniendo una proporción alta de niños menores de 5 años con DCI (22,7% y 20,3%, respectivamente), frente al 5,4% de Lima Metropolitana. En el

²⁸ La disminución del DCI a nivel nacional se explica principalmente por su fuerte reducción en el ámbito rural pasando de 41,1% a 27,7% en el periodo entre 2007 y 2015; mientras que la prevalencia de la DCI en el ámbito urbano ha caído de 16% en 2007 a 9,2% en 2015.

²⁹ Véase [en línea] <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/disminuyo-desnutricion-cronica-en-menores-de-cinco-anos-de-238-a-146-8352/>.

periodo 2007-2015, tanto la sierra rural como la selva rural han logrado reducir la DCI en 6,1% y 4,8% como promedio anual respectivamente.

Cuadro 5
Perú: desnutrición crónica por quintiles de pobreza
(indicador de la Organización Mundial de la Salud), 2007-2015
(En porcentajes)

	2007	2008	2010	2011	2012	2014	2015
Primer quintil	49,2	45,3	44	43,8	38,8	34	31,6
Segundo quintil	39,6	29,7	28,6	22,3	20,1	14,1	15,7
Tercer quintil	16,6	14,1	15,4	9,6	11,5	8,3	9,2
Cuarto quintil	8,9	10,1	7,2	6,5	5,4	4,0	5,5
Quinto quintil	5,3	4,2	5,2	2,8	3,1	3,7	2,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), 2007-2015.

Los progresos en la lucha contra la DCI obedecen a diversos factores que vale la pena destacar. En primer lugar, el posicionamiento de la DCI en el centro de la estrategia social. Así, entre 2006 y 2011 el interés y compromiso político en el tema de la desnutrición y la anemia infantil se tradujo en la Estrategia Nacional “Crecer”, la que articulaba las acciones en nutrición a través de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) en la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Más tarde, entre 2011 y 2016, la “Estrategia Nacional Incluir para Crecer” bajo la coordinación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), continuó la implementación de políticas basadas en la evidencia. En segundo lugar, en el Perú se generaron una serie de espacios de diálogo que permiten hacer incidencia y vigilancia ciudadana en el diseño y ejecución de políticas públicas, tales como la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI)³⁰ y la MCLCP³¹, entre una amplia red de organizaciones de la sociedad civil. La IDI y la MCLCP han participado activamente en la firma de compromisos con los actores políticos a nivel regional, local y nacional, como por ejemplo la firma de los Acuerdos de Gobernabilidad 2016-2017 donde se establecen claramente las metas a alcanzar en el tema nutricional, entre otros. En tercer lugar, y más importante, el tema de DCI es ejemplo de éxito que muestra cómo el país pudo organizarse de modo coordinado y efectivo para atender un tema de naturaleza multifactorial. Así, la prevalencia de la DCI se mantuvo casi inamovible por una década (1996-2005) en que la estrategia contra la DCI descansaba en la entrega de alimentos. En cambio, a partir de que el Estado asignó recursos para implementar intervenciones efectivas, multisectoriales, y basadas en la evidencia científica (Lancet, 2008), este indicador se redujo en más de 10 puntos entre 2007 y 2012.

Por la evidencia que la relaciona con menor desarrollo cognitivo, motriz, socio-emocional y neurofisiológico en el corto y largo plazo, la prevalencia de anemia en la población entre niños y niñas de 6 a 35 meses es otro indicador clave del estado de salud de esta población. Según los datos de la ENDES, la anemia en niños menores de 3 años se ha reducido en 8,8 puntos porcentuales entre 2009 y 2011, de 50,4% a 41,6% (véase el cuadro 6). Sin embargo, entre 2012 y 2014 este indicador ha aumentado llegando a situarse en 46,8% en 2014 para luego, en 2015, disminuir a 43,5%. Por otra parte, la prevalencia de anemia es mayor en los quintiles más pobres (41,3% en el primer quintil y 37,3% en el segundo quintil contra el 20,3% del quintil más rico) y presenta diferencias por ámbito de residencia.

³⁰ La Iniciativa contra la desnutrición infantil en el Perú [en línea] <http://www.iniciativacontradesnutricion.org.pe/>; <https://www.facebook.com/IniciativaContraLaDesnutricionInfantil> está conformada por: Acción contra el Hambre, ADRA Perú, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Asociación Benéfica PRISMA, CARE Perú, CÁRITAS del Perú, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Future Generations, Iniciativa de Micronutrientes, Instituto de Investigación Nutricional, Management Sciences for Health, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación, Organización Panamericana de la Salud, Plan Internacional, Programa Mundial de Alimentos, Welthungerhilfe y World Vision Perú.

³¹ Véase [en línea] <http://www.mesadeconcertacion.org.pe>.

Así, en tanto la prevalencia de anemia en el ámbito urbano es de 40,5%, en el ámbito rural asciende a 51,1%. La principal causa de la anemia es el déficit de hierro, relacionada a su vez con el bajo peso al nacer y prematuridad. Además, la tasa de morbilidad por enfermedades infecciosas y las malas prácticas sanitarias también pueden contribuir a una mayor prevalencia de anemia (Zavaleta e Irizarri, 2016).

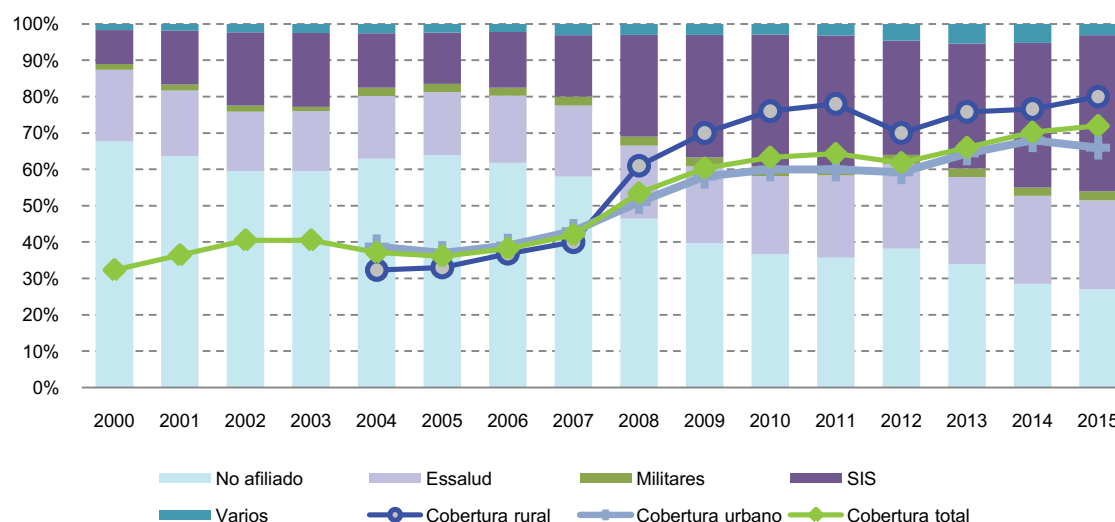
Cuadro 6
Perú: indicadores nutricionales, 2009-2015
(En porcentajes)

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de menores de 3 años con lactancia exclusiva hasta los 6 meses	68,5	68,3	70,6	67,5	72,3	68,4	65,2
Prevalencia de anemia en menores de 3 años	50,4	50,3	41,6	44,5	46,4	46,8	43,5
Prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 3 años	17,2	18,3	17,8	14,6	14,8	17,5	16,3
Prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en menores de 3 años	18,0	18,9	17,6	15,3	13,7	15,3	15,5
Incidencia de bajo peso al nacer	7,1	8,0	7,1	7,4	7,3	6,0	7,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), 2009-2015.

Un punto importante en relación con la situación de salud infantil se refiere a la protección social en salud de esta población, tanto a nivel nacional como a nivel rural y urbano. El gráfico 5 da cuenta de la evolución del aseguramiento en salud, que pasó de 32,3% en el año 2000 a 73% en 2015. El aumento de la cobertura entre 2013 y 2015, de 67,6% en 2013 a 73% en el último año, se produce en el marco de una reforma de salud que asegura a las personas pobres y vulnerables, así como a todas las madres gestantes y los niños en primera infancia sin seguro previo, a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS).

Gráfico 5
Perú: cobertura del seguro o protección social en salud, 2000-2015
(En porcentajes)



Fuente: J. Restrepo, *La salud y el sector salud en el Perú: una perspectiva comparada*. Banco Interamericano de Desarrollo, 2016.

Es notable destacar que el SIS, por tratarse de un seguro de salud focalizado hacia la población más vulnerable (trabajadores del sector informal, autoempleados de zonas rurales, los desempleados y

sus familias), ha contribuido a alcanzar porcentajes de afiliación en el área rural superiores a los del área urbana. En efecto, a partir de 2008 la cobertura rural supera a la del área urbana, que en 2015 alcanza el 80%, casi ocho puntos porcentuales por encima de la media nacional. De igual modo, la cobertura tuvo los mayores incrementos entre la población más pobre (véase cuadro 7).

Cuadro 7
Perú: cobertura de aseguramiento en salud por quintiles, 2004-2014
(En porcentajes)

Quintiles de gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	32	32	37	43	64	75	80	80	73	77	79
2	30	30	32	34	53	62	68	67	60	66	71
3	33	31	32	35	47	54	59	61	55	61	64
4	40	38	39	42	49	54	57	58	58	60	64
5	56	54	55	59	60	64	65	65	67	69	72
Porcentaje de afiliación	36	35	38	42	55	63	67	68	63	67	71

Fuente: J. Restrepo, *La salud y el sector salud en el Perú: una perspectiva comparada*. Banco Interamericano de Desarrollo, 2016.

Pese al avance del aseguramiento que beneficia a la población en situación de mayor pobreza, los indicadores relacionados con la disponibilidad de recursos de salud, una medida de acceso real más allá del aseguramiento, muestran que no solo el país está rezagado en el contexto internacional, sino que los recursos de salud se concentran en la ciudad capital (Lima). Así, por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de médicos, en 2011 el país tenía 1,1 por cada 1,000 habitantes, por debajo de Colombia (1,9), el Brasil (1,9), y México (2,0), así como de todos los países miembros de la OCDE. Con respecto a la disponibilidad de personal de enfermería, en el mismo año el país se encontraba entre los países con menor número (una por cada 1,000 habitantes). En relación con la disponibilidad de camas, en 2011 el país contaba con 1,5 por 1,000 habitantes, ubicándose entre los países con menos camas igual que México (1,5) y por encima de Colombia (1,4) (Restrepo, 2016). A nivel regional, y pese a que se han observado esfuerzos para lograr un aumento en la disposición de recursos físicos y humanos, es evidente que la mayor cantidad de médicos, enfermeras y camas se ubica con preponderancia en Lima.

La cobertura de programas o servicios de salud pública es otro indicador de acceso efectivo. Los datos muestran que el país aún registra indicadores bajos en el contexto internacional (Restrepo, 2016). Así, la inmunización con vacuna de DPT, que en 2014 alcanzó el 88% entre los niños de 12 a 23 meses de edad, superó solamente a México (87%), y se ubicó por debajo del promedio de la OCDE y de los países de ingreso mediano alto (94,3% y 92,5%, respectivamente). Igualmente, la inmunización con vacuna contra el sarampión alcanza 89% en el Perú, frente al 93,9% promedio para la OCDE. De hecho, la proporción de niños menores de 36 meses que han recibido sus vacunas completas ha disminuido de 71,5% en 2011 a 69,4% en 2015. De igual forma, la proporción de niños menores de 12 meses que han recibido sus vacunas completas se ha reducido en 7,8% entre 2011-2015, de 77,2% a 69,4%³². En cuanto a nacimientos asistidos por personal médico, con 86,7% el Perú se encuentra por debajo de los demás países de América Latina (en promedio 92,6%) y de los países de ingreso mediano alto (en promedio 98,1%).

Por su parte, la proporción de niños con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos ha pasado de 24% en 2007 a 54,9% en 2015³³. Además, se conoce que la proporción de niños menores de 5 años que han consumido hierro y/o micronutrientes ha pasado de 18,4% en 2010 a 29,8% en 2015 (Zavaleta y Irizarry, 2016). De igual manera, la salud y nutrición de las madres ha mejorado. En

³² Estos datos han sido proporcionados por la ENDES (2009 y 2014). Esta encuesta reporta las características de los niños nacidos vivos hasta cinco años antes del año de referencia de la encuesta.

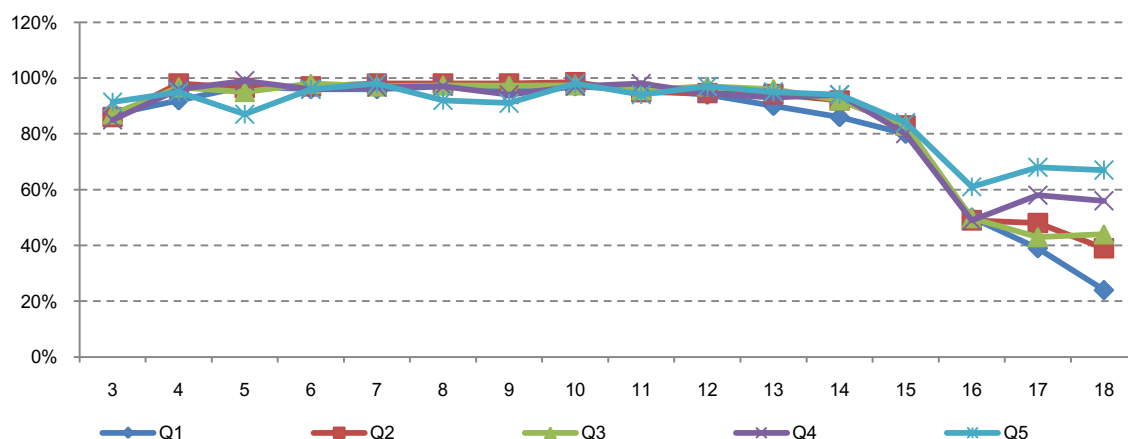
³³ Según los datos oficiales del MINSA.

el año 2015, el 97% de las mujeres manifestaron tener un control prenatal por parte de personal de salud calificado (médico, obstetra o enfermera) respecto al 95,4% en 2011. Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2015), el 88,4% de mujeres recibieron seis o más visitas de atención prenatal en los cinco últimos años antes de 2015; mientras que en los cinco años anteriores a 2011 esta proporción solo fue 83,5%. Con relación a los nacimientos asistidos por personal médico, el indicador pasó de 80% en 1996 a 96,3% en 2012 y en el área rural pasó de 22,7% a 72,5%, con una reducción importante de la brecha urbano-rural de aproximadamente 40%. Por otro lado, las cifras de la ENDES (2015) muestran que el 90% de madres manifestaron haber recibido pastillas/jarabes de hierro los últimos cinco años anteriores a la encuesta, registrando un incremento de 3,5% respecto a la encuesta tomada en 2011.

B. Perfil de la vulnerabilidad en educación de la niñez peruana

En lo que se refiere a educación, aunque los indicadores de acceso y calidad han mejorado sustancialmente en los últimos años, el acceso a los servicios educativos de calidad no llega a los más pobres. Según datos provenientes de la ENAHO, alrededor del 12% de los estudiantes del quintil más pobre (en extrema pobreza) no ha terminado la educación primaria entre los 11 y 12 años de edad. Hay una marcada diferencia entre la tasa de asistencia escolar de los niños en el quintil más pobre y los demás niños que, si bien no es tan marcada en los niveles de inicial y primaria, empieza a evidenciarse entre los 13 y 14 años (véase el gráfico 6). Los niños más pobres ingresan a la escuela primaria más tarde, repiten grados con mayor frecuencia y a menudo abandonan antes sus estudios.

Gráfico 6
Perú: asistencia escolar neta por quintiles de pobreza y edad, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2015.

C. El trabajo infantil

La menor asistencia a la escuela de los niños de los hogares en extrema pobreza está correlacionada con el mayor predominio del trabajo infantil. La relación entre el nivel de pobreza y trabajo infantil resulta ser considerable; en 2013, el 55,8% de la población entre 5 y 13 años que trabaja se encuentra en condición de pobreza; mientras que de la población entre 14 y 17 años que trabaja, el 27,9% está en situación de pobreza (INEI, 2015). En el Perú, según cifras del ENAHO (2015), aproximadamente el

19% de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años se encontraba trabajando (1,4 millones, aproximadamente). A pesar de que entre 2012 y 2015, 323,000 niños, niñas y adolescentes menores de 17 años dejaron de trabajar, el trabajo infantil es todavía alto con relación a la región³⁴. En 2013, del total de niños, niñas y adolescentes peruanos que trabajaban, el 53,9% tenía entre 5 y 13 años. En un intento por enfrentar este problema, el gobierno ha firmado acuerdos internacionales que protegen los derechos del niño, ha promulgado leyes que prohíben el trabajo infantil y ha creado una comisión intersectorial para hacer que la ley se cumpla. Asimismo, en 2012 se aprobó la “Estrategia Nacional para la Prevención y Erradicación del trabajo Infantil 2012-2021” (ENPETI)³⁵.

D. La violencia hacia los niños y niñas

Un sistema de protección social debería ser capaz de atender el riesgo de vulneración de derechos básicos, por lo que es importante considerar en el análisis el grado en el que la violencia afecta actualmente a la infancia.

La Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales (ENARES, 2015) caracteriza el estado de violencia que sufren los niños, niñas y adolescentes. En los módulos de niños y niñas de 9 a 11 años y en el de adolescentes de 12 a 17 años, se identifica una alta proporción que declara haber sufrido algún tipo de violencia (psicológica o física) alguna vez en su vida. La violencia psicológica afectó aproximadamente a 1,4 millones de niños y niñas (80%), y se presenta mayoritariamente en la escuela (71,2%), seguida por el hogar (59%). Por su parte, la violencia física afectó al 68,5% de niños y niñas (1,2 millones) y se da primordialmente en el hogar/albergue (58,4%), seguido por la escuela (40,4%)³⁶. Es importante destacar que los primeros casos de violencia en el hogar se presentan entre los 7 y 9 años, mientras que en la escuela ocurre entre los 8 y 10 años. Se reporta que la violencia psicológica se presenta mayormente en la escuela y, en menor grado, en el hogar (45,5% contra 32,8%, en los 12 meses que preceden a la pregunta).

Respecto a la intensidad de la violencia, la mayor parte de los niños y niñas declararon que solo “algunas veces” han sido víctimas de violencia. Sin embargo, 50,000 niños reportaron ser víctimas de violencia física constante; en tanto que 100,000 reportaron sufrir de violencia psicológica constante³⁷. La misma encuesta ilustra que la manifestación de violencia psicológica predominante en el hogar son los insultos y el hacer sentir a los niños que “todo lo hace mal”, mientras que en la escuela son los apodos, insultos y chismes. En lo referente a la violencia física, golpear con objetos es la forma predominante de violencia; en tanto que la violencia sexual se ejerce principalmente a través de bromas de tipo sexual o tocamientos indebidos.

³⁴ Para 2012, en América Latina y el Caribe, el 8,8% del total de niños y adolescentes entre 5 y 17 años estaba en situación de trabajo infantil; mientras que el 6,8% se encontraba en un trabajo peligroso que atentaba contra su salud física, moral o psicológica.

³⁵ La ENPETI tiene como objetivo final erradicar el trabajo infantil en el Perú para 2021. Para lograr este propósito la ENPETI concentra su plan de acción en seis ejes: (i) incrementar el ingreso promedio de las familias pobres con niños, niñas y adolescentes en riesgo o trabajo infantil; (ii) incrementar la tasa de conclusión de educación básica; (iii) reducir la tolerancia social al trabajo infantil; (iv) mejorar las condiciones laborales del trabajo adolescente permitido; (v) incrementar y fortalecer los servicios de detección, protección y sanción frente al trabajo infantil peligroso y a la explotación infantil y adolescente y (vi) generar información y conocimiento. No obstante, hasta junio de 2016 “el gobierno carece de un diagnóstico preciso sobre las actividades a las que se dedican los menores y en las regiones donde se encuentran”, lo que es un freno al avance de las acciones públicas en esta área. El Comercio, 12 de junio de 2016.

³⁶ Es importante resaltar que los espacios donde se ejerce la violencia no suman 100% porque muchas víctimas de violencia no solo han sufrido violencia en el hogar, sino también en la escuela u otros espacios.

³⁷ Del mismo modo, para los niños y niñas entre 12 y 17 años, se sabe que un poco más del 90% (3.1 millones de adolescentes) han sufrido algún tipo de violencia alguna vez en su vida. En esta etapa de la vida el tipo de violencia más común es psicológica: 84% declaró haber sido víctima de este tipo de violencia, mientras que el 70,5% ha sufrido violencia física y el 34,6%, violencia sexual. La violencia psicológica se presenta en la escuela (71,1% o 2.4 millones de adolescentes) y el hogar (67,5% o 2.3 millones de adolescentes). La violencia física ocurre principalmente en el hogar (65,5% o 2.2 millones de adolescentes) y la escuela (30,4% o 1 millón de adolescentes). Asimismo, la ENARES (2015) resalta los casos de violencia contra los adolescentes que se han dado en los últimos 12 meses de ese mismo año. En total, se ha reportado que más del 63% de las y los adolescentes (2.2 millones) han sido víctimas de algún tipo de violencia, y que la violencia psicológica se da mayormente en la escuela (42,7%); mientras que la violencia física ocurre en el hogar (20,3%). Respecto a la intensidad de la violencia, independiente del tipo de esta y el espacio donde ocurre, la mayoría de adolescentes manifestaron haber sido víctimas de violencia “rara vez” o “algunas veces”.

En el hogar, y para los niños entre 9 y 11 años, la madre³⁸ es la principal agresora y ejerce predominantemente violencia psicológica y física contra el niño. Similar patrón se muestra para los adolescentes entre 12 y 17 años para quienes, si bien la madre sigue siendo la principal agente del ejercicio de la violencia³⁹, la acción del padre en términos de violencia física se vuelve importante⁴⁰. Asimismo, los principales agresores en la escuela son los compañeros de clase tanto para los niños y niñas entre 9 y 11 años como para el grupo de 12 a 17 años. En el caso de la violencia sexual contra niños y niñas entre 12 y 17 años, los principales agresores no están en el entorno familiar o escolar⁴¹.

Una vez que los derechos han sido vulnerados mediante el uso de algún tipo de violencia, la búsqueda de ayuda es fundamental para su restitución. En ese sentido, según la ENARES (2015) se sabe que solo la mitad de los niños, niñas y/o adolescentes han buscado algún tipo de ayuda (de alguna persona o institución). Se puede observar que de los niños entre 9 y 11 años que fueron víctimas de violencia psicológica y física en el hogar y/o la escuela, aproximadamente la mitad buscó ayuda en alguna persona y solo entre 1,5% y 2,2% pidieron ayuda en una institución pública o privada. El mismo patrón se presenta en la población adolescente. Las principales personas y/o instituciones a las cuales los niños y niñas entre 9 y 11 años acuden para pedir ayuda ante algún suceso de violencia son la madre y los docentes. Por el lado de las instituciones, los establecimientos de salud y las comisarías son los principales lugares donde se reportan y/o denuncian casos de violencia. Los principales actores a los cuales acuden los adolescentes entre 12 y 19 años para buscar ayuda ante alguna forma de violencia son las madres, los docentes y los amigos(as). A nivel institucional, se destaca las Defensorías Municipales del Niño, Niña y Adolescente (DEMUNA), Defensorías Escolares del Niño y del Adolescente (DESNA), los establecimientos de salud, la dirección de las escuelas y las comisarías. Es importante resaltar que las personas que acuden a los centros dirigidos por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables apenas representa el 5% a 6% del total de quienes piden ayuda en instituciones (que en sí misma son pocas y bordean apenas el 2% a 3%) (ENARES, 2015).

Algunos datos administrativos confirman que la violencia es un riesgo que crecientemente afecta a los niños y niñas. Según el Anuario Estadístico de la Policía Nacional del Perú (PNP), el número de denuncias por violación contra niños, niñas y adolescentes menores de 17 años fue de 4088 en 2015. Es notable que este número represente el 72% de las denuncias por violación sexual. Asimismo, se sabe que el 92% de los casos corresponden a niñas y adolescentes mujeres y que la tercera parte de ellas se registran en Lima Metropolitana, seguido del Callao (6,5%), La Libertad (6%) y Ayacucho (5%)⁴². Respecto de las denuncias de trata de personas correspondientes a casos de personas menores de 17 años registradas en la PNP, estas pasaron de 217 en 2010 a 205 en 2015. De las 205 denuncias⁴³ registradas en el año 2015, el 70% fueron mujeres y aproximadamente el 60% de denuncias involucran a personas de 14 a 17 años de edad. Las regiones donde se registró la mayor cantidad de denuncias fueron Loreto (68%), Cusco (15,6%) y Ayacucho (14%)⁴⁴.

³⁸ En el hogar, el 26,1% y 38% de los niños que fueron víctimas de violencia psicológica manifestaron que su mamá es la que trata con insultos y desacredita a los hijos, respectivamente. En tanto, el 45,5% y 56,6% declararon que su mamá es la que golpea con algún objeto (correa, palo, sogá) y jala el cabello u orejas, respectivamente.

³⁹ En el hogar, el 29,4% y 41% de los adolescentes que fueron víctimas de violencia psicológica manifestaron que su mamá es la que trata con insultos y desacredita a los hijos, respectivamente. En tanto, el 42,8% y 62,4% declararon que su mamá es la que golpea con algún objeto (correa, palo, sogá) y jala el cabello u orejas, respectivamente.

⁴⁰ El 45,4% de los adolescentes que han sido golpeados con algún objeto (correa, palo, sogá) declararon que sus padres fueron los agresores.

⁴¹ En el caso de los adolescentes que han sido afectados por el tipo de violencia "bromas de tipo sexual" y "tocamientos incómodos", el 17,2% y 29,7% manifestaron que los agresores fueron personas ajenas a los círculos familiares y/o escolares, respectivamente.

⁴² Para el año 2010, el 77% del total de denuncias correspondieron a casos que implican a menores de 17 años. Asimismo, el 93% de las denuncias fueron casos donde la víctima fue mujer; mientras que Lima fue la región donde se realizó la mayor cantidad de denuncias (33%), seguido por Ancash (6,5%), Arequipa (5,4%) y Cusco (5,4%).

⁴³ Según las cifras del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, en el año 2014 se presentaron 360 casos de trata de personas menores de 17 años de las cuales más del 83% tenían entre 13 y 17 años.

⁴⁴ Se debe resaltar que estas cifras subestiman la real magnitud del problema, pues tanto el Ministerio Público como la PNP solo registran los casos que se hacen públicos en sus dependencias. Según el Índice Global de la Esclavitud (IGE)⁴⁴, se calcula que en 2014 en el Perú había 66,000 víctimas de trata en cualquiera de sus modalidades (explotación sexual y laboral, entre otros).

Las estadísticas de la PNP (2015) muestran también que en 2015 el número de denuncias registradas por violencia familiar en contra de niños, niñas y adolescentes menores de 17 años fue superior a las cifras de 2010 (10,022 y 9235, respectivamente). Además, se sabe que en 2015, el 72% de denuncias correspondieron a casos donde la víctima era una mujer. Si bien las denuncias que implican a niños, niñas y adolescentes menores de 17 años solo representa el 7,2% del total de casos en 2015, es importante destacar que el número de denuncias se encuentra mayoritariamente concentrado en Lima Metropolitana (45%), seguido por Lambayeque (7%), Arequipa (7%) y Cusco (6%).

E. Identidad e infancia

El derecho a la identidad es esencial, pues facilita el acceso de la ciudadanía a los servicios públicos que brinda el Estado, como son salud, educación y programas sociales orientados a la población infantil y adolescente. Según la ENAHO (2015), 162,000 niños entre 0 y 5 años carecen de documento nacional de identidad (DNI), los que representan más del 5,29% del total de la población en ese rango de edad. En tanto los niños y niñas entre 6 y 11 años y 12 a 17 años que se encuentran indocumentados apenas representan solo el 0,8% (27,300) y 0,6% (21,800) del total de las personas en esas edades, respectivamente. Por ámbito geográfico, se sabe que la selva y la costa norte presentan las mayores tasas de indocumentación con 5,0% y 2,3%, respectivamente; mientras que la costa central (1,1%) y Lima Metropolitana (1,1%) son las regiones con menores tasas de indocumentación. Es importante resaltar que una de las principales razones de la falta de DNI es la no tenencia de una partida de nacimiento. En efecto, un poco más del 22% de los que no tienen DNI aluden a esta como el principal motivo tras esta carencia. De igual modo, el 29% manifiesta que su DNI está en trámite.

F. Niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad

Según la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) de 2012, la población con algún tipo de discapacidad asciende a un poco más de 1,5 millones de personas. Con relación a la población infantil y adolescente con algún tipo de discapacidad, se sabe que son 162,000 personas aproximadamente (10,3% de la población con discapacidad). De esta población, el 22% tiene entre 0 y 5 años; el 38% entre 5 y 11 años y el 40% entre 12 y 17 años. Respecto al perfil de discapacidad de los niños entre 0 y 5 años y 6 y 11 años se sabe que la mayor parte de la población tiene una y dos limitaciones (el 34% de la población tiene una limitación y 28% tiene dos limitaciones). En referencia al tipo de discapacidad, las de lenguaje (57,2%), motoras (51,7%) y mentales (49,3%) son las más comunes en la población de 6 a 11 años. En tanto las limitaciones más comunes para la población entre 6 y 11 años son de lenguaje (56,2%), mentales (53%) y motoras (32%).

Respecto a su educación, se destaca que alrededor del 63% de los niños entre 3 y 5 años con algún tipo de discapacidad no asiste a ningún centro de educación inicial. En tanto, para la población entre 6 y 11 años con algún tipo de discapacidad, se sabe que el 37% no asiste a la escuela. Es importante destacar que estos niveles de inasistencia están muy por encima del promedio nacional. Por ejemplo, en la población general (que incluye aquellos con discapacidad y aquellos sin discapacidad) la tasa de inasistencia escolar para niños y niñas entre 3 y 5 años y 6 y 11 años no supera el 10%.

El gobierno peruano consta con un conjunto de servicios y programas focalizados en la población con discapacidad. Sin embargo, según la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (2012), solo 174 niños entre 0 y 5 años con discapacidad han sido beneficiarios del Servicio de Apoyo y Asesoramiento para la Atención de Necesidades Educativas Especiales (SAANEE) en el centro educativo al que asiste. Además, solo 1,457 niños y niñas entre 6 y 11 años en situación de discapacidad

han sido beneficiados por el SAANEE⁴⁵. Otro programa educativo es el Programa de Intervención Temprana (PRITE) dirigido a la población entre 0 y 3 años. Solo el 4,8% de niños con discapacidad en ese rango etario se ha beneficiado de este programa. Gran parte de este último subgrupo ha sido captado en algún establecimiento de salud (46%) y en su centro educativo (12,6%). Se sabe que el 23% de la población entre 0 y 5 años con discapacidad recibe algún tipo de terapia de rehabilitación física; en tanto este porcentaje disminuye a 8,6% para la población entre 6 y 11 años (ENEDIS, 2012).

Además, según la ENEDIS de 2012, el 71,3% del total de la población entre 0 y 5 años con discapacidad está afiliado a algún seguro de salud. De este subgrupo, la mayor parte está afiliada al SIS (59%) y EsSalud (35%); mientras que las otras modalidades de afiliación no llegan a concentrar ni el 4% de este subgrupo. De igual manera, para la población entre 6 y 11 años, el 62,2% cuenta con algún seguro de salud; de este subgrupo la mayor parte están afiliados al SIS (70%), seguido de EsSalud (25,5%). Finalmente, se destaca que la tasa de participación de la población de 0 a 11 años en situación de discapacidad en los programas sociales es baja, el 87,7% no participa en ningún programa social.

G. Fenómenos climáticos y desastres naturales

Las condiciones climáticas y los desastres naturales también constituyen un factor de riesgo para la población, particularmente la población infantil. Según cifras del Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres (PLANAGERD 2014-2021), entre 2003 y 2012, el 30,8% de las personas fallecidas a causa de algún desastre se debieron a los sismos y el 22,5% de los fallecimientos se produjeron a causa de la acción humana (incendios, contaminación ambiental u otros). En tanto, el 43,9% de las personas damnificadas fueron a causa de lluvias e inundaciones y el 31,3% se debió a los sismos. Asimismo, el 48,6% de las viviendas destruidas fueron a consecuencia de un sismo y el 29,4% por lluvias intensas. La tasa de mortalidad infantil en el año 2015 producto de la neumonía causada en los meses del friaje o helada sigue siendo alta en algunas regiones como en Amazonas, Cusco, Loreto, Puno, Ucayali y Pasco, con tasas de mortalidad entre a 46 a 207 muertes por cada 100,000 niños de 0 a 5 años. De igual forma, la incidencia de neumonía en los niños sigue siendo alta en Ucayali, Cusco, Loreto y Amazonas, con tasas que se sitúan entre 83 a 1961 por cada 10,000 niños. La mortalidad de niños como consecuencia del friaje es alta, siendo que en 2014 aproximadamente 265 niños murieron como consecuencia del friaje en el altiplano peruano⁴⁶.

Por otra parte, en 2017, de acuerdo con información del Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), el Fenómeno de El Niño Costero ocasionó cuantiosos daños en la infraestructura y viviendas. Se registraron más de 63 mil viviendas destruidas y 350 mil afectadas, en tanto que 318 instituciones educativas se consideraron destruidas e inhabitables, y 2,870 fueron afectadas. Por su parte, 62 establecimientos de salud quedaron destruidos o inhabitables y 934 resultaron afectados. Más de 270 mil personas resultaron damnificadas en 13 departamentos del país (Ancash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura y Tumbes), de los cuales 92 mil eran niños, niñas y adolescentes, es decir, 34% del total⁴⁷.

El PLANAGERD es uno de los instrumentos de política principales del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD). Sus objetivos consideran establecer líneas estratégicas, acciones, protocolos y procesos necesarios para reducir la vulnerabilidad de la población ante el riesgo de desastres. Entre los principales lineamientos destacan: (i) fortalecimiento institucional, que involucra

⁴⁵ Se debe tomar en cuenta que un poco más de 13,000 niños y niñas en situación de discapacidad asisten a un centro de educación inicial; de estos, solo 174 han sido beneficiados con el SAANE. Para la población entre 6 y 11 años, solo 1,457 son los beneficiados de un total de 39,000 que asisten a la escuela. Este bajo ratio de atención se debe a que, en su mayoría, los jardines de infantes no cuentan con este servicio.

⁴⁶ Este dato corresponde al informe periodístico “¿Por qué más de 200 niños mueren cada año a consecuencia del friaje?” publicado el 30 de junio de 2015 en el portal web “Lamula.pe”. Véase [en línea] <https://miscelaneasdelima2.lamula.pe/2015/06/30/por-que-mas-de-200-ninos-mueren-cada-ano-a-consecuencia-del-friaje/mguerrero2113/>.

⁴⁷ Fuente: Presentación del INDECI en la reunión de la Comisión Multisectorial Permanente encargada de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012-2021, celebrada el 14 de septiembre de 2017.

mejorar la capacidad operativa de las entidades involucradas en la gestión de riesgos (gobiernos subnacionales) y (ii) fomentar la formulación de proyectos de inversión pública referidos a evitar y reducir los riesgos de desastres. En particular, desde el año 2012 se vienen elaborando planes multisectoriales ante la helada y el friaje, cuyo objetivo es articular esfuerzos multisectoriales para la prevención y reducción del riesgo en caso de heladas⁴⁸. Por ejemplo, el Ministerio de la Mujer y las Poblaciones Vulnerables (MIMP), cuenta con un presupuesto para el año 2016 de un poco más de 11 millones de soles para la adquisición y entrega de “kits de abrigo” a niños (0 a 5 años) y adultos mayores. Por su parte, el MINSA tiene que comprar, distribuir y aplicar las vacunas para prevenir la neumonía principalmente en la población de menor edad y garantizar la asistencia médica y medicamentos necesarios para aquellas personas víctimas del friaje. El Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI) y los ministerios de Transporte, Vivienda y Defensa son otros sectores claves del SINAGERD.

Un tratamiento comprehensivo del tema de riesgo de desastres escapa a este documento. Sin embargo, esta sección no puede concluir sin destacar que la protección social tiene un rol importante que jugar en lo que se refiere a la administración del riesgo de desastres, rol que aún no ha sido plenamente explorado e implementado en el Perú. En efecto, una gestión del riesgo de desastres efectiva supone el uso de los marcos de política y legales existentes para hacer frente del modo más oportuno y eficiente a las tareas de reducción del riesgo de desastres y aumento de la resiliencia de los hogares y las comunidades, tanto en la fase de preparación como en la respuesta y en la recuperación y reconstrucción posterior a un desastre. La protección social permitiría complementar la caja de herramientas disponibles para lo anterior, en tanto cuenta con mecanismos establecidos para hacer llegar la asistencia al territorio. A este respecto, se podrían aprovechar las plataformas de los programas de transferencias, por ejemplo, que tienen ya padrones de beneficiarios, mecanismos de pago e información de contacto de usuarios en las zonas más vulnerables del país; o en un programa alimentario con cadenas de proveedores que permea el territorio nacional. Existen experiencias internacionales de las que el país puede aprender sobre cómo el andamiaje de la protección social ha sido puesto al servicio de las comunidades en situaciones de desastres o emergencias, lo que permite complementar los esfuerzos para la preparación y respuesta rápida y la reconstrucción.

En el contexto del Fenómeno del Niño Costero en 2017 se llevaron algunas acciones de respuesta desde los programas sociales, especialmente aquellos a cargo del MIDIS. Por ejemplo, el Programa Cuna Más hizo una evaluación rápida de daños y necesidades en cuanto a sus usuarios, locales y servicios afectados o suspendidos y puso en marcha una estrategia de protección integral para contener y evitar el deterioro de la situación de sus beneficiarios, recurriendo a la red de actores locales que participan regularmente en el programa. La estrategia incluyó un trabajo multisectorial articulado en materia de nutrición, salud y recuperación psico-afectiva, así como esfuerzos para mantener el funcionamiento continuo del programa, tales como el cumplimiento de las visitas domiciliarias por parte de actores comunitarios en áreas inundadas o todavía afectadas por lluvias intensas. Se habilitaron locales y módulos de atención en zonas afectadas en las que había población damnificada y albergada, en los que se atendió a niños y niñas menores de 3 meses. También se instalaron letrinas y se entregaron botiquines.

Por su parte, en agosto de 2017 el Programa Juntos realizó una transferencia excepcional, no condicionada y única por 200 soles (alrededor de 60 dólares, estimada en función de una canasta básica), llamada “Bono Una sola Fuerza”, a los usuarios de las zonas declaradas en emergencia a consecuencia de El Niño Costero, con el objetivo de atenuar el impacto negativo del desastre natural en el gasto de los hogares y reducir el riesgo de que incurrieran en estrategias nocivas que podrían ponerlos en situación de pobreza o pobreza extrema. El bono se entregó a cerca de 326 mil hogares en 10 departamentos del país. En el caso del Programa de Alimentación Escolar Qali Warma, se hizo una evaluación rápida de

⁴⁸ La Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) es la entidad que lidera y articula acciones de los Ministerios de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Salud, Ministerio de Agricultura y Riego, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Ministerio de Energía y Minas, la Oficina Nacional de Gobierno Interior del Ministerio del Interior y Ministerio de Economía y Finanzas; el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI) y el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI).

instituciones educativas y usuarios afectados y se coordinó con los gobiernos regionales y locales para reactivar la provisión de alimentos tan pronto fuera posible⁴⁹.

Por otra parte, el gobierno nacional puso en marcha una estrategia multisectorial para el apoyo del Gobierno nacional a los Gobiernos Regionales y Locales a cargo de la administración de albergues o refugios temporales para personas damnificadas por las emergencias (Decreto Supremo No. 047-2017 PCM del 20 de abril de 2017). El objetivo de la estrategia era fortalecer la capacidad de respuesta de los actores involucrados para brindar el apoyo adecuado y necesario a la población damnificada y asegurar condiciones de vida mínima en términos de alojamiento, alimentación, salud, protección contra la violencia, seguridad e higiene, entre otros, como condición para que pudiera retomar sus actividades habituales posteriormente a la emergencia. La estrategia contempla los roles de los gobiernos locales, regionales y los distintos ministerios (Desarrollo e Inclusión Social, con un rol de articulación y coordinación, Salud, Educación, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Energía y Minas, Interior, Defensa, Transportes y Comunicaciones, Ambiente, Instituto Nacional de Defensa Civil, Registro Nacional de Identidad y Estado Civil, Banco de la Nación e instituciones privadas y la ciudadanía en su conjunto) bajo un esquema de protección social integral, incluyendo acciones específicas para la población infantil y adolescente. Si bien la vigencia de esta estrategia se extiende hasta que venza el plazo de las declaratorias de emergencia en los distritos en los que se ubican los albergues o refugios temporales, esta experiencia podría ser retomada en otros casos de emergencia y en contextos más allá de los albergues o refugios temporales, como una estrategia intersectorial de protección social en emergencias más amplia.

A manera de síntesis, de modo de iluminar un patrón de riesgos que debe ser atendido en un sistema de protección social adecuado a la infancia, este capítulo presentó la caracterización de la vulnerabilidad de la población infantil en el Perú. El panorama que surge es mixto: en el país, pese a la evolución nacional favorable de la pobreza, los niños están sobrerrepresentados entre la población en situación de pobreza. Como muestran los datos de gráfico 2. El 31,5% y 31,7% de los niños entre 0 y 5 años y 6 y 11 años son pobres, respectivamente, frente al 21,6% para la población total. De un lado es innegable el progreso en múltiples indicadores de desarrollo infantil en tanto correlato de la propia reducción de la pobreza y de políticas públicas orientadas a la atención a las vulnerabilidades de esta población en el tiempo, entre las que es notable el incremento del aseguramiento, particularmente entre los más pobres y en la sierra del Perú. Por otro lado, persisten variables con un desempeño preocupante tanto en salud como educación, como violencia y exposición a los riesgos naturales, lo que se suma a la persistencia de brechas étnicas, regionales y geográficas que se ocultan incluso tras promedios nacionales favorables. El cuadro A1.1 del anexo resume algunos de los principales indicadores relacionados con la protección social infantil para la zona urbana y rural que son atendidos por una serie de programas, algunos de los cuales se presentan en el capítulo 2.

⁴⁹ Fuente: Presentación del MIDIS en la reunión de la Comisión Multisectorial Permanente encargada de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012-2021, celebrada el 14 de septiembre de 2017.

II. La institucionalidad de la protección social para la infancia: de la inclusión social a la protección social integral y universal

Atender las brechas sociales descritas en el capítulo anterior plantean un reto para las políticas públicas: construir sistemas de protección social capaces de articular políticas y programas que garanticen de modo integral los derechos de la población infantil. Estos sistemas de protección, desde una perspectiva multisectorial y articulada, deben construirse a la medida de los riesgos y las vulnerabilidades que afectan a la infancia.

En el Perú se han dado importantes pasos en esta dirección. De hecho, los esfuerzos más importantes en el ámbito social tienen que ver, antes que con las iniciativas programáticas que se presentan en el siguiente capítulo, con la construcción de institucionalidad. Definimos institucionalidad de la protección social como el conjunto de normas, reglas y estructura organizacional sobre los cuales se gestiona la protección social. Esta institucionalidad debe establecer objetivos y metas de políticas, contar con instrumentos para evaluar su avance, establecer los roles y responsabilidades de los actores específicos relevantes y descansar en mecanismos específicos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.

Se analizan en este capítulo los arreglos institucionales existentes en el sector de protección social directa o indirectamente relacionados con la infancia del Perú a partir de los siguientes aspectos: (a) dimensión normativa y organizacional de la protección social; (b) gestión fiscal y operativa de la protección social y (c) seguimiento, evaluación y rendición de cuentas. Estos aspectos serán analizados no bajo una óptica meramente descriptiva o de balance de situación, sino más bien intentando contrastar la realidad con la visión ideal de los objetivos de un sistema integral y con la expectativa de entregar orientación en lo que necesariamente es un proceso de construcción complejo y de largo aliento. En efecto, esta construcción de un sistema de protección social de la infancia en el Perú ocurre en un contexto donde las capacidades estatales y los recursos están repartidos de forma dispar entre sectores y territorios, con coberturas de servicios heterogéneas, de competencias institucionales fragmentadas o superpuestas, y de un proceso de descentralización de servicios. Todos estos aspectos trascienden al ámbito de la protección social directa o indirectamente orientada a la infancia y, sin embargo, constituyen un trasfondo necesario para entender los obstáculos que inhiben su desarrollo.

Una primera e importante reflexión en relación con la institucionalidad para promover la equidad y la reducción de la pobreza es que, de la mano de la transformación de los enfoques de la

protección social existentes en América Latina, en el Perú esta se ha transformado. En efecto, y como en otros países de la región, la institucionalidad de la protección social en el país ha evolucionado de la mano del propio cambio de los paradigmas de la protección social vigentes, atravesando por distintas fases. En una primera fase de esta evolución, la institucionalidad de la protección social correspondía a la seguridad social basada en la participación en el mercado laboral formal (pilar contributivo). En una segunda fase, esta institucionalidad se adapta para dar respuesta a la creciente pobreza y emergencia, consecuencia de las crisis económicas marcadas de los años ochenta y noventa. Surgen en esta fase “redes de protección social focalizadas” de carácter compensatorio, caracterizadas por la multiplicidad de programas, la subcobertura de sectores poblacionales críticos y la fragmentación. Emblemático de esta fase es el caso de la creación en 1984 del programa Vaso de Leche, hoy con más de tres décadas de existencia, y la operación autogestionada de los comedores populares desde 1970 y que en 1990 recibe recursos públicos para subsidiar su operación (Ley N° 25.307). En descriptivas palabras de Székely y Franco (2010) en esta segunda fase “lo más usual fue que la política de desarrollo y este naciente concepto de política social o combate a la pobreza se concibieran como dos elementos independientes, e incluso como dos sectores que competían entre sí por recursos económicos⁵⁰”.

Cuadro 8
Algunos hitos de la protección social en el Perú

1981-1985	Creación de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales Creación del Programa de Vaso de Leche Creación del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF)
1991-1992	Creación del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y el Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES)
1992	Creación del Programa de Complementación Alimentaria (PCA)
1993	Creación del Programa Nacional Wawa Wasi
1996	Creación del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano
2001-2002	Creación de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) Creación del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)
2004-2005	Creación del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) Creación del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS
2007	Aprobación de la Estrategia Nacional CRECER para la lucha articulada contra la desnutrición crónica infantil.
2011	Creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)
2012	Creación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) ^a Creación de los programas nacionales Cuna Más y de Alimentación Escolar Qali Warma ^b Aprobación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA) 2012-2021
2013	Creación del Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE) Aprobación de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS) Firma del Acuerdo de Lamay “Compromiso Intersectorial e Intergubernamental para Promover el Desarrollo Infantil Temprano como una Prioridad de la Política Pública” Creación de la Plataforma Itinerante de Acción Social-PIAS
2014-2015	Creación del Fondo Estímulo al Desempeño y Logros de Resultados Sociales (FED) Creación del Sistema Nacional de Focalización (SINAFO)
2015	Creación del Sello Municipal Incluir para Crecer

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los programas mencionados.

^a El MIMP se crea sobre la base del MIMDES y el MIMDES sobre la base del PROMUDEH.

^b El Programa Nacional Cuna Más se crea sobre la base del Programa Nacional Wawa Wasi y el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma se crea sobre la base del PRONAA.

Una tercera fase de la institucionalidad de protección social en América Latina, y en el Perú en particular, está marcada por la evolución hacia un modelo en donde los programas de protección social cuentan con una visión de más largo plazo, con presupuestos definidos y con procesos y estructuras de ejecución específicas⁵¹. En esta fase, la arquitectura institucional cuenta con entes rectores y con actores

⁵⁰ Esta cita resume apropiadamente una concepción de la relación entre protección social y desarrollo que pareciera ser prevalente entre muchos líderes de opinión o gestores de políticas públicas en el Perú. Bajo esta, se percibe una aparente tensión entre los recursos orientados al crecimiento y a la redistribución. La discusión periódica sobre si es el crecimiento o “los programas sociales” lo “más importante” para la reducción de la pobreza en el Perú ilustra el punto.

⁵¹ En el Perú, como en el resto de la región, el programa de transferencias condicionadas JUNTOS ejemplifica el nuevo enfoque de intervención de política pública que busca incidir en las condiciones estructurales de la pobreza. Pese a ello, el perfeccionamiento de

facultados expresamente para la formulación, coordinación y ejecución de las acciones de política pública de protección social. En el Perú hay varios hitos que marcan esta fase: el rol de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) como coordinador de la política social, la experiencia exitosa de coordinación de la Estrategia Nacional Crecer como antecedente de la experiencia de creación del MIDIS y la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” (ENDIS).

Si bien esta tercera fase representa un innegable e importantísimo avance institucional, aún no resuelve lo que hoy son los retos protección social en el Perú. En primer lugar, el superar el discurso político que nos lleva a ver la protección social como temporal y focalizada, o en algunos casos como “asistencialismo”. En segundo lugar, la protección social no contributiva precisa remontar los retos para la coordinación horizontal y vertical. En tercer lugar, las intervenciones sociales de asistencia no contributiva precisan configurarse como un sistema coordinado con el contributivo, y no como un sistema paralelo y fragmentado.

A. Dimensión normativa y organizacional de la protección social en el Perú

El análisis de la dimensión normativa y organizacional de la protección social reconoce la importancia de reglas claras y completas que establezcan formalmente los mandatos y responsabilidades de cada actor relevante a nivel de gobierno central y territorial, aspecto fundamental para la continuidad, eficiencia y eficacia de las políticas públicas. Además de este marco de reglas, en lo organizacional se requiere analizar la existencia de instrumentos de planificación estratégica con objetivos y acciones precisos, con instrumentos para su seguimiento y metas e indicadores susceptibles de medición.

Un análisis minucioso de las leyes de organización y funciones de los principales ministerios para un sistema de protección social adecuado a la infancia (MIDIS, MINEDU, MINSA, MIMP y Presidencia del Consejo de Ministros, PCM, entre otros) escapa al alcance de este documento. Sin embargo, creemos que para adelantar la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia, una tarea pendiente es precisamente revisar la legislación en el marco jurídico actual incluyendo las leyes y decretos que rigen instituciones cuyas competencias legales han sido atribuidas en la práctica a través del tiempo. Como se verá, la creación de normativa legal por sobre normativas existentes, genera espacios de superposición de acciones y poca claridad sobre las rectorías⁵². En efecto, el marco legal vigente que sustenta las instituciones en el ámbito de la protección social está fragmentado en múltiples instituciones con dependencia jerárquica de la Presidencia de la República y de sectores cuyo mandato establece atención especial a los grupos en condición de pobreza o vulnerabilidad social y económica, pero que no necesariamente mantienen coherencia en el diseño y aplicación de sus instrumentos de política social. Una afirmación similar podría hacerse respecto de los distintos niveles de gobierno.

Si se considera la cantidad de instituciones vinculadas actualmente con la política de protección social y a la superposición de roles y funciones, la coordinación sectorial e intersectorial para el abordaje de la política, dirección y regulación de la protección social es difícil. Un ejemplo de la existencia de duplicaciones funcionales entre entidades con competencias en el ámbito de la protección social no contributiva es, por ejemplo el de cuidado infantil que hoy tiene al MINEDU, al MIDIS y al MIMP entregando servicios en esta área.

herramientas de focalización, el uso de registros únicos de beneficiarios y reglas de operación, el seguimiento y evaluación y la coordinación de acciones de protección social con educación, salud o acciones de restitución de derechos, todavía están pendientes.

⁵² Se requiere elaborar una definición legal del Sistema Peruano de Protección Social como el marco legal para la protección social de carácter universal en cuanto a objetivos y diseño, pero prestando especial atención a los grupos sociales que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad. Este daría el lineamiento por el que se normarían las competencias de los organismos que compongan la estructura orgánica y funcional del sector y definiría las instancias necesarias para la rectoría y coordinación de las políticas y planes, programas y proyectos de la protección social, así como la definición del ámbito de aplicación de la ley y los principios rectores. El recientemente aprobado SINADIS no es un sustituto adecuado de lo que se propone en este documento.

Como en otros países, el sector social y la protección social en el Perú se organizan sobre la base de tres pilares: los servicios sociales, la seguridad social y la asistencia social. Los servicios sociales están integrados por intervenciones de carácter universal y relacionado con servicios de educación, salud, trabajo, vivienda, agua y saneamiento. El pilar de seguridad social, por su parte, se enfoca en la protección contra riesgos de enfermedades, discapacidad y vejez, y se caracteriza por ser contributiva y autofinanciada mediante los aportes de sus afiliados, vinculados principalmente con el mercado laboral formal. Sus principales instrumentos para la protección de la población son los seguros de salud y las pensiones. Finalmente, el pilar de asistencia social está integrado por intervenciones que priorizan acciones de protección dirigidas a población pobre y vulnerable. La asistencia social, principalmente a cargo del MIDIS y MIMP, provee asistencia mediante programas de transferencias de recursos, programas de desarrollo humano y social y programas de inserción laboral y/o productiva. En este pilar confluye un importante número de instituciones y programas del sector social peruano. De estos, los principales programas desde el punto de vista de la protección social adecuada a la infancia son los señalados en el cuadro 2.

1. Arreglos institucionales y evolución reciente del Sistema de Protección Social (SPS)

En cuanto a los arreglos institucionales recientes del Sistema de Protección Social (SPS) con referencia a la infancia, destacan dos hechos principales: (i) la creación de un ministerio, el MIDIS, con la función de rectoría y coordinación de la política de “desarrollo e inclusión social” y (ii) la superposición, en términos de rectoría y función coordinadora, con por lo menos dos instancias públicas: el MIDIS y el CIAS.

En la dimensión normativa y organizacional de la protección social en el Perú, un aspecto fundamental es la creación del MIDIS. Este, cuyo principal mandato es coordinar y ejecutar las acciones de inclusión social implica, en primer lugar, un signo claro de la existencia de un acuerdo político y de un contrato social para atender prioritariamente a la pobreza como un compromiso de Estado. Con el rol de “diseñar, coordinar y conducir el conjunto de acciones focalizadas del Estado en materia de desarrollo e inclusión social, encaminadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos que no pueden ser cerrados por la política social universal de competencia sectorial”⁵³, el MIDIS asume por un lado la rectoría de la “política de desarrollo e inclusión social” y, por otro, el mandato de la coordinación de la política social en lo relativo a la población “en vías de inclusión”.

Es importante destacar la definición que se establece para “inclusión social” por cuanto esta, en última instancia, define un campo de acción. Esta se define como “la situación en la cual las personas de todo el territorio ejercen sus derechos, acceden a servicios públicos de calidad y están en capacidad de aprovechar las oportunidades generadas por el crecimiento económico” (MIDIS, 2012). Se establece además que el MIDIS “interviene en tres horizontes temporales complementarios. En el corto plazo, cuenta con programas de alivio a la pobreza extrema; en el mediano plazo, promueve oportunidades productivas e inversión en infraestructura básica y, en el largo plazo, apoya la creación de oportunidades”⁵⁴(MIDIS, 2012). Así, la política social que establece el MIDIS requiere definir acciones que incidan simultáneamente en la condición de extrema vulnerabilidad de los hogares para satisfacer sus necesidades básicas de consumo y en las condiciones estructurales que reproducen esta situación. De allí la necesidad de desarrollar a la vez programas de alivio de la pobreza extrema y de impulso del desarrollo. “La simultaneidad de la intervención en ambos campos debe lograr que las personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad transiten en forma gradual, junto con sus comunidades, hacia

⁵³ Véase las principales funciones del MIDIS en la Ley de creación N° 29.792.

⁵⁴ El diagnóstico detrás de la creación del MIDIS es que la reducción de la pobreza no será consecuencia automática del crecimiento económico y que existen contingentes de ciudadanos que no se encuentran en condiciones de aprovechar las oportunidades que abre el crecimiento económico, sea porque no han desarrollado las habilidades y competencias para ello o porque no acceden a capital físico. Se requiere, entonces, de “una política pública específica orientada a combatir la exclusión que impide que personas y territorios del país accedan a las oportunidades y el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones”.

una situación que les permita egresar exitosamente de su condición de usuarios de programas de alivio a la pobreza”⁵⁵.

La amplitud e imprecisión de esta definición de “sector de desarrollo e inclusión social”, en ausencia de una clara definición de roles y rectoría, es un reto institucional a resolver. Esta definición alude a algunos objetivos y funciones de la protección social, pero carece de un marco conceptual que la incorpore a, o la distinga de, la protección social. De hecho, la imprecisión de “sector de desarrollo e inclusión social”, la especificación del ámbito de acción de su política como estrictamente “focalizado y temporal” y su selección inicial de una “población en proceso de desarrollo e inclusión” (con características específicas de pobreza, ruralidad, etnicidad y bajo nivel educativo a la vez), tienden a la visión de cobertura universal y de enfoque de derechos de un sistema de protección social nacional, si este se define como el conjunto de instituciones, políticas, programas y arreglos administrativos que permiten cumplir con las funciones básicas de la protección social; a saber, prevención, protección, promoción y transformación como fue explicitado en el capítulo 1.

El MIDIS, siguiendo una muy extendida mejor práctica internacional, adopta en su Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer” (ENDIS), el enfoque de ciclo de vida para definir sus cinco ejes estratégicos. El enfoque de ciclo de vida pone al ciudadano como objeto central de la acción pública, reconoce que sus necesidades cambian a lo largo del ciclo de su vida y que este, el ciudadano, es el punto de partida y de llegada de la implementación de la política social. En la ENDIS, los cinco ejes estratégicos son: (i) nutrición infantil (de 0 a 3 años); (ii) desarrollo infantil temprano (de 0 a 5 años); (iii) desarrollo integral de la niñez y la adolescencia (de 6 a 17 años); (iv) inclusión económica (de 18 a 64 años); y (v) protección del adulto mayor (de 65 años a más)⁵⁶. La ENDIS establece metas por eje estratégico, postula “teorías de cambio” o hipótesis de trabajo en relación con las acciones que conducirán a las metas seleccionadas y las relaciona con las intervenciones o acciones de programas ya existentes en aquellas áreas. La fortaleza de la ENDIS radica en que establece teorías de cambio para las principales metas (o indicadores de nivel superior) para cada eje estratégico y enfatiza en su medición. La ENDIS muestra, a través de un mapeo de las intervenciones en el tiempo por eje de ciclo de vida, que la estrategia trasciende al MIDIS y que requiere de una labor profundamente intersectorial y coordinada en todos los ejes.

Este instrumento de coordinación estratégica de la política social fue aprobado mediante un Decreto Supremo que contó con el visado de todos los sectores involucrados en la ENDIS⁵⁷. Dado esto, la ENDIS es la estrategia de todos los sectores involucrados en la tarea del “desarrollo e inclusión social” que son coordinados por el MIDIS para alcanzar estas metas. La ENDIS, que define la participación de otros actores sectoriales⁵⁸ para el logro de sus objetivos, establece el marco para organizar las intervenciones de estos en torno a resultados y metas compartidas. A su vez, la estrategia debe ser implementada en el territorio, lo que implica la necesaria participación de los gobiernos subnacionales. La puesta en marcha de esta estrategia constituyó un desafío importante para el MIDIS, ya que en el Perú existen limitadas experiencias sólidas de articulación intersectorial o intergubernamental de una política pública con enfoque de resultados.

⁵⁵ Por ejemplo, en esa lógica se requiere una estrategia para marcar pautas para la vinculación de beneficiarios de JUNTOS con la oferta de programas del Estado en materia productiva y de formación. Haku Wiñay (chacra emprendedora) es una intervención de este tipo.

⁵⁶ Los elementos que debían guiar la estrategia fueron explicitados como: (i) partir del hogar como unidad de diseño, análisis y atención de la política social; (ii) activar iniciativas y procesos de inclusión social bajo un enfoque de gestión por resultados; (iii) articular las etapas del ciclo de gestión pública en torno a resultados prioritarios de inclusión social; (iv) integrar herramientas de gestión que faciliten la articulación y (v) promover liderazgos regionales y locales a través de la complementariedad con iniciativas en el territorio. El mayor avance fue en los aspectos (ii y iii), en los cuales se profundizará en el estudio.

⁵⁷ En ello se consideran las carteras de Salud, Educación, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Transportes y Comunicaciones, Energía y Minas, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Justicia y Derechos Humanos, Trabajo y Promoción Social, Ambiente, Producción Economía y Finanzas, Agricultura y la Presidencia del Consejo de Ministros.

⁵⁸ MINSA, MIMP, MEF, MINEDU, Vivienda, RENIEC y MINAGRI.

A pesar de la solidez técnica del diseño de la ENDIS, cuyos principios estratégicos corresponden a una mejor práctica internacional sustentados en teorías de cambio, metas e indicadores, no necesariamente previó los instrumentos de política u operación que le permitirían realizar o avanzar la coordinación que propone, así como los mecanismos necesarios para la aplicación y gestión para cada uno de los ejes. La ENDIS nunca se volcó de modo oficial en un plan del MIDIS, y menos en planes sectoriales que permitieran avanzar de manera orgánica hacia las propias metas de la ENDIS.

Frente a este vacío, la gran voluntad política al más alto nivel así como el notable compromiso y técnico de los equipos humanos en el MIDIS permitieron avanzar en la línea deseada de “articular los procesos de gestión y rectoría de la política social”, mas no con la organicidad, celeridad y ciertamente sostenibilidad, que hubiera sido posible si se hubiera previsto, en ese momento privilegiado de diseño institucional, de qué manera se iba a proceder la articulación práctica, sectorial e intergubernamental⁵⁹.

En un contexto en el que existe un mandato de coordinación y un marco estratégico para la coordinación pero una ausencia de guía e instrumentos para su verificación práctica, ¿cómo surge la coordinación horizontal y vertical de la política de protección social?

En el Perú no puede hablarse de coordinación de la política social sin una necesaria mención a la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). La CIAS, creada en 1981, es la instancia que direcciona y coordina la política y el gasto social. De acuerdo con el artículo N° 20 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE) N° 29158, la CIAS es la entidad “encargada de dirigir, articular, coordinar y establecer los lineamientos de la política y del gasto social, así como de supervisar su cumplimiento. Tiene como función principal reducir la pobreza y extrema pobreza”. En diversos momentos, la CIAS ha contado con una Secretaría Técnica que cumple una función de apoyo técnico y administrativo, y ha jugado un rol que ha variado en importancia en el tiempo. Por ejemplo, su rol entre 2006 y 2011 fue clave en términos de las ganancias en eficiencia y coordinación de la política social, al aprobar un plan de reforma de programas sociales y conducir la Estrategia Nacional Crecer, que planteaba la intervención articulada de los tres niveles de gobierno para abordar el problema de la desnutrición crónica infantil, experiencia que es un inevitable e importante primer antecedente de coordinación exitosa de la política social en el Perú. En la historia más reciente, y quizás por la propia creación del MIDIS con un rol coordinador, la CIAS no ha tenido un rol activo en la adecuada articulación de la intervención estatal en materia social, tanto a nivel horizontal como vertical.

De hecho, un primer desafío para la coordinación de la política social es la superposición del rol coordinador del CIAS y del MIDIS. Este es un desafío no resuelto en el marco legal y en la operativa del MIDIS, que deviene de su propio marco de acción y que a su vez se origina en la misma definición de “desarrollo e inclusión social”.

Este ámbito de “desarrollo e inclusión social”, como es evidente en la ENDIS, es extremadamente amplio, frecuentemente ambiguo y representa una superposición de roles con otros ámbitos del gobierno central (con los ministerios sectoriales, particularmente de educación, salud y MIMP⁶⁰, y con el MEF en términos de las evaluaciones de los programas presupuestales) y, en lo que se refiere a la coordinación, con la CIAS. No es una casualidad que el Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS), creado en la misma ley de creación del MIDIS, no haya podido ser reglamentado si no hasta fines de la gestión de gobierno del Presidente Humala⁶¹. La reglamentación del SINADIS, como sistema funcional del “sector de desarrollo e inclusión social”, debía apuntar precisamente a ahondar en lo que debía ser una manera de gestión y articulación del “sector”. Sin

⁵⁹ Un claro ejemplo de ello es el avance en el posicionamiento del tema de desarrollo infantil temprano y el trabajo multisectorial que se llevó a cabo en el tema. Otro ejemplo es la iniciativa Aprende Saludable, reseñada más adelante.

⁶⁰ Ante la creación del MIDIS, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) tenía a su cargo el tema del desarrollo social en su Viceministerio de Desarrollo Social. Además, el entonces Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social gestionaba tres de los programas sociales que ahora están adscritos al MIDIS (Wawa Wasi, Gratitud y PRONNA).

⁶¹ La reglamentación del SINADIS ocurrió, sorprendentemente, en julio de 2016, justo antes del cambio de administración de gobierno. El presente capítulo es una argumentación para su revisión.

embargo, esta reglamentación, para ser útil, hubiera requerido la revisión del rol y responsabilidades de otros actores, así como asegurar los compromisos políticos previos necesarios para tal revisión, sin contar con la definición precisa de “sector de desarrollo e inclusión social”. En su estado actual, esta normativa se sobrepone a otra existente, por ejemplo la del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, sin clarificar una visión operacional para la protección social.

Esta definición del “sector de desarrollo e inclusión social” reviste especial importancia por cuanto alude solo parcialmente a aspectos de lo que constituye un sistema de protección social, aunque no se inserta en un marco amplio y de visión de este sistema. En el Perú, las discusiones de política nacional que equiparan la protección social con los “programas orientados a la pobreza extrema”, con la “inclusión social”, o con la “asistencia social”, de hecho arriesgan el objetivo de desarrollar una concepción integral y universal de un sistema de protección social peruano y de posicionarlo como un tema central de la agenda de desarrollo nacional (contrástese, por ejemplo, este objetivo con la definición del MIDIS del accionar que le corresponde como lo “temporal y focalizado”). Lograr esta construcción colectiva de una visión de la protección social, que es esencial para lograr la coordinación, permitirá definir en una perspectiva temporal el rol que le corresponde jugar a cada sector y nivel de gobierno, cuáles son las metas alcanzables a corto plazo y cuáles los factores estructurales a ser atendidos para avanzar en una protección social efectiva del conjunto de ciudadanos peruanos.

La coordinación de la política social, requerida para asegurar la integralidad de las intervenciones, en particular las orientadas a la infancia, es uno de los temas más complejos en la política pública. De hecho, como se mencionó anteriormente, la creación del MIDIS es tardía en el contexto de la tendencia latinoamericana de creación de ministerios sociales. En términos de la región, no es tanto el hecho de la creación del MIDIS en sí lo que representa una innovación. Lo que resulta de interés es la solución concreta y original que su creación representa a efectos de responder de modo idóneo a las funciones que se le otorgaron, entre ellas la más importante: la de constituirse en un “ministerio coordinador” de la política de “desarrollo e inclusión social”.

La disyuntiva que se presenta es la siguiente: un modelo que coloca la coordinación en un Ministerio de Desarrollo Social como el MIDIS, por la propia relación de pares con los otros ministerios, le acarrea el reto de que este pueda ejercer un liderazgo y direccionamiento real. En el caso del MIDIS esto es más complejo aún, pues el MIDIS no solo posee un rol de coordinación, sino un rol de ejecución de cinco (y recientemente más) programas sociales y, en tanto ese rol, es un ministerio con relación de pares (horizontal) con otros sectores. La solución “mixta” que resulta ser el MIDIS, ministerio coordinador y ejecutor, amerita reflexión y aprendizaje en un momento de cambios y ajustes.

“Elevar” el rol de coordinación, de modo que el liderazgo y direccionamiento sean reales, es un reto cuya respuesta institucional fue por un tiempo la CIAS, cuyo rol de coordinación se ejerció de modo efectivo en la Estrategia CRECER⁶². En el caso del MIDIS, aunque la creación de un Ministerio de Desarrollo es clave para la articulación y ejecución de los programas focalizados o que atienden prioritariamente a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, el imperativo de intersectorialidad de la política social demanda la existencia de una instancia coordinadora jerárquicamente superior a los ministerios sectoriales, máxime cuando en el Perú existen desigualdades en el acceso a servicios sociales básicos que dependen de sectores autónomos. Este rol de coordinación entre pares no es uno que el MIDIS puede desempeñar en las circunstancias normativas y organizacionales actuales, y que debería ejercerlo la CIAS⁶³.

⁶² En otros países, como el Ecuador, existe un Ministerio Coordinador con rol exclusivo de planificación, coordinación y seguimiento, pero no de ejecución. También existen instancias de coordinación en una Oficina Presidencial o Vicepresidencial (Gabinetes Sociales, como en Panamá o la República Dominicana). Estas formas institucionales pueden enfrentar retos distintos que van desde la operación de sus Secretarías Técnicas hasta la delegación en funcionarios de menor rango y sin autoridad ni instrumentos para lograr acuerdos, verificarlos y decidir agenda de modo ejecutivo.

⁶³ El capítulo IV del Panorama Social 2015 de la CEPAL analiza aspectos de la institucionalidad social en la región y destaca algunos de los retos que emanan de distintas formas organizacionales. Véase [en línea] http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175_es.pdf.

2. Instrumentos existentes para la coordinación horizontal

Un instrumento clave de coordinación en el área social es el del Padrón General de Hogares (PGH) y el Sistema Nacional de Focalización (SINAFO). En el Perú, el sistema de focalización ha tenido un camino azaroso y aún no se constituye en el instrumento ordenador de la protección social que debería ser. En efecto, su precursor, el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), fue creado en 2004 con el objetivo de consolidar un PGH que sirviese para proveer información a los programas sociales para la identificación y selección (focalización) de sus usuarios y, desde su creación, ha sido incorporado a diversas instancias públicas antes de ubicarse en el MIDIS. Se han destinado importantes recursos públicos para el levantamiento mediante encuestadores de fichas socioeconómicas familiares que hoy forman parte de la información del PGH. Un algoritmo de focalización otorga, sobre esta base de información, el puntaje obtenido por las familias a efectos de determinar su elegibilidad para los programas sociales focalizados.

El SISFOH era un sistema definido por el conjunto de actores, reglas, instrumentos y procedimientos que permiten identificar a las personas, hogares o grupos poblacionales en situación de pobreza y/o exclusión bajo determinados criterios de elegibilidad. El SISFOH cuenta con un sistema de información acerca de las características socioeconómicas de los hogares, denominado Padrón General de Hogares (PGH). Para que el proceso de focalización sea efectivo existen actores que cumplen funciones separadas pero interrelacionadas. Entre ellos, las Unidades Locales de Focalización (ULF) de las municipalidades distritales y provinciales, responsables de desarrollar el empadronamiento y verificación de información de la población de su ámbito local y, finalmente, los programas sociales y de subsidios del Estado que se ejecuten bajo criterios de focalización individual. El SISFOH provee un padrón con los potenciales usuarios sobre la base de la certificación de la clasificación socioeconómica. El programa social, por su parte, debe seleccionar a los beneficiarios de dicho padrón según sus criterios categóricos. Asimismo, cada cierto tiempo el padrón debe ser actualizado. En el Perú, la actualización se realiza cada tres años a fin de reevaluar la pertinencia de mantener a un beneficiario en el programa. Actualmente, la certificación de la clasificación socioeconómica se estima únicamente con la información recogida a través de la Ficha Socioeconómica Única (FSU), ya sea por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) o por las ULF, que es complementada únicamente con información de planillas. La Unidad Central de Focalización (UCF) aplica el algoritmo actualmente en vigencia a la información de la FSU y clasifica a los hogares en tres categorías: no pobre, pobre y pobre extremo. Posteriormente, los programas sociales que utilizan la CSE provista por el SISFOH verifican si sus potenciales usuarios cumplen con el criterio socioeconómico de elegibilidad del programa y, si además cumplen con los criterios categóricos, se procede con la afiliación.

El actual SINAFO, que fue aprobado casi a fines de la administración de gobierno de Ollanta Humala, incorpora la creación de un sistema para intercambio (cruce) de información entre un número de instituciones públicas para enriquecer la información disponible para la ejecución y seguimiento de las políticas y programas focalizados (Mecanismo de Intercambio de Información Social). Sin embargo, además de ser esencial a los objetivos de eficiencia y eficacia en el uso de recursos públicos, un sistema de focalización es un instrumento de coordinación por excelencia. En este sentido, el recién reglamentado SINAFO, el MIDIS y el CIAS más precisamente, en su rol coordinador, tienen una agenda de trabajo por delante que debería ser de naturaleza pública por su relevancia. Esta agenda futura podría representar un salto adelante si se desarrolla con una visión de articulación de los programas sociales donde la focalización podría ser un instrumento clave en la construcción de un sistema de protección social. En efecto, el reglamento del SINAFO establece que, “para el adecuado funcionamiento del SINAFO y del Mecanismo de Intercambio de Información Social”, el MIDIS deberá aprobar “directivas” en torno a: (i) el sustento técnico de la propuesta de las intervenciones públicas focalizadas, a ser aprobada por el CIAS; (ii) la propuesta con criterios de elegibilidad y de egreso de las intervenciones públicas focalizadas; (iii) los procedimientos para la implementación del proceso de focalización; (iv) la metodología, los instrumentos y los mecanismos para la recolección, verificación, sistematización, actualización y registro de información relacionada con las características de la población y el espacio físico donde reside; (v) los lineamientos y procedimientos para el funcionamiento del Mecanismo de Intercambio de Información Social; y (vi) los lineamientos y procedimientos para la adecuación de las intervenciones públicas focalizadas a las normas

que regulan las fases que comprende el proceso de focalización. Todo este trabajo de coordinación técnica del MIDIS debería ocurrir con el activo concurso y validación de todos aquellos sectores que ejecuten programas focalizados y tener una lógica integradora de estos programas que contribuya a la construcción de un sistema de protección social. Cabría más bien la aprobación de resoluciones del CIAS a ser incorporadas por los sectores. Finalmente, y en relación con los instrumentos de PGH y SINAFO, otro instrumento esencial desde el punto de vista de la transparencia es el Registro Único de Beneficiarios (RUB) de programas.

Además, resulta de especial cuidado la decisión operacional de haber transferido la responsabilidad de la actualización de la información socioeconómica a las municipalidades como reemplazo de una estrategia basada en la contratación de encuestadores a nivel nacional. Dado que esta función no ha sido transferida al nivel territorial con recursos adicionales, es crítica la vigilancia y control permanente de la calidad de la información a través de auditorías muestrales y el trabajo de fortalecimiento e incentivo a la calidad como una práctica permanente⁶⁴.

Como se mencionó en la sección anterior, los propios programas sociales son un instrumento de coordinación, particularmente aquellos de escala nacional. Este es un aspecto que merece una discusión mucho más amplia, pero basta decir que queda un amplio camino por recorrer en lo que se refiere a la utilización plena de la ventaja de articulación que estos representan y que es desaprovechada. En otras palabras, el camino pendiente en lo que se refiere a la utilización de los programas sociales como reales plataformas de articulación es largo y debe iniciarse sin dilación.

Si eso sucede con los programas, ¿cuál es el espacio para la construcción de políticas integrales y multisectoriales? El área de desarrollo infantil temprano sirve de ejemplo de cómo, en ausencia de canales de articulación formales, la voluntad política al más alto nivel y la capacidad técnica y compromiso de equipos de funcionarios públicos puede avanzar en procesos complejos. La política de desarrollo infantil temprano es un hito para el Perú porque ha permitido marcar un norte estratégico con claridad respecto de qué hacer, qué esperar y qué promover para que todos los niños y niñas, independientemente de su condición económica o social, desarrollen todas sus potencialidades en los primeros años de vida. Ello ha ido ocurriendo en un proceso gradual que ha involucrado a siete sectores y decenas de técnicos comprometidos con el objetivo de la primera infancia en el Perú. En efecto, en el último trimestre de 2013 se tomó la decisión al más alto nivel, y a instancias del MIDIS, de posicionar el tema de desarrollo infantil temprano y en ello se visualizan dos momentos de significancia política. Primero, se dedica la “Semana de la Inclusión” a un evento internacional en el tema de desarrollo infantil temprano, donde se anuncia su prioridad. En segundo lugar, se firma en la ciudad de Lamay-Cusco, el Compromiso Intersectorial e Intergubernamental para promover el Desarrollo Infantil Temprano donde cinco sectores y representantes de los órganos descentralizados (Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, ANGR, Asociación de Municipalidades del Perú, AMPE y Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú, REMURPE) se comprometen a alcanzar las metas establecidas en los siguientes ejes estratégicos de la ENDIS “Incluir para Crecer”: nutrición infantil y desarrollo infantil temprano.

En 2014 se crea también una Comisión Multisectorial de naturaleza temporal adscrita al MIDIS, cuya tarea es proponer lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, denominados “Primero la Infancia”, y un Plan de Acciones Integradas para el periodo 2014-2016. Es decir, se utiliza con éxito el mecanismo de coordinación frecuentemente usado en la administración pública peruana para la coordinación que es la creación de una comisión ad-hoc temporal con un mandato a cumplir. Esta comisión generó los lineamientos de “Primero la Infancia”, que plantean siete resultados que los niños deben alcanzar⁶⁵, acuerdan intervenciones efectivas y priorizan el otorgamiento de “paquetes” de intervención según la edad del niño.

⁶⁴ Las entrevistas en campo señalan que “en las regiones no hay personal calificado que maneje la información del SISFOH”, pues “las municipalidades no ofrecen un salario alto” y “no hay personal calificado”. Las autoridades regionales señalaron que hay una alta rotación de personal que maneja la información del SISFOH y que el MIDIS “debe destinar más recursos para capacitar al nuevo personal”.

⁶⁵ Los resultados previstos son: (i) niñas y niños nacen entre 37 y 41 semanas de gestación y con adecuado peso; (ii) niñas y niños menores de 12 meses de edad con apego seguro; (iii) niñas y niños de 12 a 18 meses de edad caminan solos; (iv) niñas y niños de 0 a 36 meses de

En paralelo, una serie de desarrollos importantes y significativos siguieron a la decisión del más alto nivel de posicionar al desarrollo infantil temprano como una prioridad de política. Primero, la decisión de ampliar la cobertura universal de Seguro Integral de Salud (SIS) a toda la primera infancia del Perú⁶⁶. Segundo, la suplementación universal de micronutrientes como fruto de la decisión presidencial de trabajo coordinado entre el MINSA y el MIDIS. Tercero, se creó el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) con la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2014, que busca impulsar el cumplimiento de metas de la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer” con énfasis en el desarrollo infantil temprano, y especialmente en DCI y en anemia. El FED, que descansa sobre la experiencia del European en el Perú, ha demostrado ser una herramienta para alinear a los actores que proveen los servicios indispensables para el desarrollo infantil temprano⁶⁷.

Cabe destacar lo siguiente: esta experiencia exitosa de coordinación en la elaboración de políticas e instrumentos en el tema de desarrollo infantil temprano bajo el liderazgo del MIDIS se dio en un contexto donde, coexisten la ENDIS, a cargo del MIDIS, y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA), a cargo del MIMP, bajo distintas coordinaciones, con foco en la infancia y adolescencia, y ambos marcos de acción mapean roles de actores y distinguen metas a lograr pero ninguno se traduce necesariamente en planes sectoriales, si bien el último tiene un énfasis mayor en acción que la ENDIS. Sin embargo, el MIMP, ente rector en niñez y adolescencia, posee limitados recursos financieros, físicos y humanos.

3. Mecanismos para la coordinación vertical

Cabe destacar que la verificación de las funciones de coordinación y articulación asignadas al MIDIS requieren del establecimiento de interlocución como condición para la articulación con los gobiernos regionales y los gobiernos municipales. En la medida que toda política social se materializa en el territorio, estos actores son clave dada su cercanía con las familias o los usuarios de programas o servicios. Para citar un ejemplo, basta decir que los gobiernos municipales son actores fundamentales en la operación del SINAFO al ser ellos los encargados de operar las ventanillas locales de focalización y recaudar la información de hogares a la base del PGH. Es por ello que, por el lado de la coordinación vertical, un antecedente esencial es el proceso de descentralización. Este, iniciado en 2002, establece que las funciones de los gobiernos regionales en materia de desarrollo social son la formulación, aprobación y evaluación de dichas políticas en el ámbito de su competencia, en concordancia con la política general del gobierno nacional, los planes sectoriales y los programas correspondientes de los gobiernos locales (Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27867, publicada el 18 de noviembre de 2002).

Establecer este diálogo y presencia a nivel territorial del MIDIS es una tarea compleja a la luz de la juventud de esta entidad, de una visión aún pendiente sobre cómo llevar a cabo la función coordinadora a nivel territorial. Esto es de esperar: toda institucionalidad es un proceso de construcción y no todo puede o debe suceder a la vez. Ello se complejiza dada la dinámica de ejecución de programas que operan con autonomía, separados entre sí (se trata de Unidades Ejecutoras Independientes), y donde el personal de campo de los programas tiende a identificarse con su respectivo programa.

edad con un adecuado estado nutricional (sin desnutrición ni anemia); (v) niñas y niños de 9 a 36 meses de edad se comunican verbalmente de forma efectiva; (vi) niñas y niños de 2 a 5 años aprenden a regular sus emociones y comportamientos; y (vii) niñas y niños de 2 a 5 años desarrollan función simbólica (representan sus vivencias). Además, los lineamientos precisan 41 intervenciones efectivas que el país debe promover e implementar para contribuir a la visión que quiere lograr con los niños y niñas del país.

⁶⁶ El año 2009 se promulgó la Ley N° 29334 con el objetivo de “establecer un marco normativo de aseguramiento universal de salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”. Desde entonces la cobertura de salud ha ido en aumento, con especial énfasis en la población infantil. El 40% del total de asegurados al SIS pertenece al rango de edad entre 0 y 17 años. Además, se sabe que más del 55% del total de la población entre 0-5 años y 6-12 años se encuentra afiliada al SIS, y el 52% de la población entre 13 a 17 años cuenta con el SIS (véase gráfico 7).

⁶⁷ Además de estas iniciativas, debe destacarse el rol de la cooperación internacional y la sociedad civil en el posicionamiento del tema de primera infancia. Por ejemplo, la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, promovió durante el proceso electoral de 2014 la suscripción de 26 Acuerdos de Gobernabilidad Regionales por parte de los candidatos a gobernadores, los cuales incluían metas en temas de salud, nutrición, educación y protección de la primera infancia. Posteriormente, el MIDIS inició un proceso denominado “Reafirmando nuestro compromiso con la Primera Infancia del Perú”, cuyo objetivo fue movilizar al Estado y a la sociedad civil reafirmando el compromiso asumido por medio del Acuerdo de Lamay (octubre 2013) y los Acuerdos de Gobernabilidad.

Dada la apuesta del MIDIS de tener una interlocución de políticas con los territorios no solo basada en la ejecución de programas que le preceden, una tarea crucial a futuro es precisamente el diseño de la institucionalidad del MIDIS a nivel territorial y la interacción de este nivel con el central. De hecho, uno de los roles más críticos que podría jugar el MIDIS o el MIMP es el de apoyar la construcción y el fortalecimiento gradual de la capacidad de los territorios de elaborar los diagnósticos, diseños, implementación y seguimiento de sus propias políticas sociales, siempre bajo una rectoría central. En la actualidad, la principal presencia del MIDIS en el territorio es la de los “Coordinadores Territoriales” que dependen de la Dirección General de Coordinación y Descentralización de los Programas Sociales dentro del Viceministerio de Prestaciones Sociales (VPS), del MIDIS.

Finalmente, cabe destacar que el MIDIS creó “fondos” para promover mecanismos articulación vertical: el FONIE y el FED, uno para la provisión de “paquetes” de infraestructura a municipios en situación de vulnerabilidad, y otro para el incentivo territorial al logro de resultados en desarrollo infantil temprano. A la base de ambos fondos subyace la intención de incentivar la articulación de políticas y el análisis de su experiencia es útil para concluir sobre su utilidad para la articulación vertical. Tanto el FONIE como el FED intentaron favorecer la coordinación. Sin embargo, el FONIE, de acuerdo a los entrevistados a nivel regional, no contribuyó a mejorar la coordinación y los procedimientos fueron percibidos como complejos y poco atractivos. Mientras tanto, el FED fue reconocido como una herramienta ágil la cual, según confirman algunos informantes en territorio, ha permitido instalar mejor el concepto de gestión de resultados en desarrollo infantil temprano.

A manera de síntesis de esta sección podemos afirmar que el Perú ha avanzado en el diseño de instrumentos sólidos de política que podrían estar a la base de un sistema de protección social adecuado a la infancia, tales como la ENDIS, el PNAIA y los lineamientos “Primero la Infancia”, entre otros. Se ha avanzado también en mecanismos para la mayor eficiencia del gasto, tales como el presupuesto por resultados⁶⁸ y los (diversos) fondos de incentivos para el logro de objetivos intersectoriales. Sin embargo, se cuenta con una serie de retos que es necesario resolver para contribuir a la construcción de un modelo de articulación y de gestión intersectorial e intergubernamental en lo que se refiere a la protección social adecuada a la infancia:

- i) El fortalecimiento del CIAS como espacio privilegiado de articulación estratégica de la política social en general y de la protección social adecuada a la infancia, en particular.
- ii) La revisión de roles y funciones en lo que se refiere a la protección social en general y la infancia en particular, con énfasis en los roles de rectoría y de coordinación, particularmente en lo que concierne al MIDIS. A la luz de esto, es preciso clarificar el ámbito del “sector” de “desarrollo e inclusión social”, y el rol de un SINADIS cuya reglamentación existente sería bueno revisar y adaptar con el fin de avanzar en la articulación y coordinación.
- iii) Las grandes estrategias macro que prevén la acción multisectorial (ENDIS y PNAIA), no tienen un correlato de planes sectoriales dinámicos, costeados, con cronogramas de acción y responsabilidades de implementación. Sin un fortalecimiento de la función de planificación nacional basada en metas críticas nacionales y cuya rendición de cuentas sea requerida al más alto nivel, estas estrategias macro pierden relevancia como reales marcos de desarrollo.
- iv) La acción intersectorial a partir de los programas sociales debe potenciarse. A la luz de que los programas presupuestales son sectoriales, en su forma actual no permiten planificar o implementar intervenciones multisectoriales, quedando más bien relegada a “iniciativas” que, si bien en algunos casos han sido exitosas (Aprende Saludable), no se habrían realizado con la debida organicidad requerida para su institucionalidad y sostenibilidad.
- v) El gran reto a nivel territorial es el de la visión funcional y de estructura orgánica que la protección social adecuada a la niñez y adolescencia debería tener a nivel descentralizado.

⁶⁸ Algunos entrevistados manifestaron que ha habido un progreso al reconocer a los niños como sujetos de derecho. Además, se señala que la lógica de presupuesto por resultados “ha mejorado” los programas del MIMP y MIDIS.

Su actual presencia es limitada, sobre todo representada por la estructura de ejecución de programas, y con escasa presencia en los ámbitos de discusión de políticas locales. El estudio y análisis de las opciones para la arquitectura e institucionalidad territorial de la protección social adecuada a la infancia es una tarea pendiente y urgente.

- vi) El fortalecimiento pendiente de la protección especial y de la política de administración de riesgos de desastres, así como la de su articulación con la protección social⁶⁹.

B. Gestión fiscal y operativa de la protección social dirigida a la infancia

Una gestión operativa eficiente necesita, entre otros, de: (i) marcos de resultados (o marcos lógicos) explícitos para los principales programas; (ii) reglas de operación o reglamentos operativos claros y transparentes; (iii) instrumentos de gestión para la protección social eficiente y eficaz, tales como instrumentos de focalización y registros únicos de beneficiarios; (iv) marcos fiscales sostenibles; y (v) monitoreo y evaluación conducentes a la transparencia y rendición de cuentas.

En relación con los primeros, marcos de resultados y reglamentos operativos, cabe señalar que los principales programas para la infancia son programas que se presupuestan por resultados⁷⁰. Estos, anualmente, revisan sus marcos lógicos y estiman sus productos como parte del ejercicio presupuestario. Lamentablemente, estos marcos lógicos y productos no están disponibles públicamente ni son accesibles con facilidad en todos los casos. Lo mismo es cierto para los reglamentos operativos de programas, donde solo algunos están publicados⁷¹. Desde el punto de vista de la transparencia, es esencial que todos los programas publiquen sus marcos de resultados revisados y que sus manuales operativos vigentes estén accesibles en todo momento.

Cabe recordar que en 2012 el MIDIS inició un proceso de evaluación y reorganización de los programas sociales bajo su adscripción. El proceso de evaluación derivó en recomendaciones para el rediseño de los programas en un proceso que tuvo un resultado mixto⁷² y redundó en ganancias

⁶⁹ En relación con la protección especial, se desprende de las entrevistas de campo que: (i) existen desafíos de coordinación entre el Poder Ejecutivo (MIMP) y el poder judicial para enfrentar temas de vulneración de derechos; (ii) se requiere desarrollar más investigación que apoye la toma de decisiones de política basada en evidencia, especialmente en relación con la prevención de la violencia; (iii) es necesario diseñar e implementar políticas de prevención de la vulneración de derechos, ya que la mayoría de las estrategias en marcha se orientan a la restitución de derechos ya vulnerados; (iv) las políticas del MIMP dan más prioridad al tema de la mujer y no al tema de la niñez; (v) la presencia de los programas del MIMP a lo largo del territorio nacional es limitada (solo existen direcciones de investigación tutelar en cinco provincias); (vi) se requiere contar con condiciones físicas y personal capacitado para atender a los niños que sufren algún tipo de violencia (y este problema se hace más evidente en las regiones); (vii) en las regiones, los temas de violencia contra los niños todavía no se han materializado en propuestas de políticas concretas y en aquellas donde existe un plan de acción, este todavía no se ha vuelto operativo por falta de presupuesto, y (viii) en la regiones, en lo que se refiere a los temas de restitución de derechos, la participación del sector privado (ONG) no se coordina con los gobiernos regionales.

⁷⁰ Programa Articulado Nutricional (0001); Salud Materna Neonatal (0002); Programa Nacional de apoyo directo a los más pobres (0049); Acceso de la población a la identidad (0079); Lucha contra la Violencia Familiar (0080); Logros de aprendizaje de estudiantes de la educación básica regular (0090); Incremento en el acceso de la población de 3 a 16 años a los servicios educativos públicos de la educación básica regular (0091); Cuna Más (0098); Inclusión de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva (0106); Programa Nacional de Alimentación Escolar (0115); Inclusión de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva (0106) y la Atención oportuna de niños, niñas y adolescentes en presunto estado de abandono (0117) son algunos de los principales programas presupuestales relacionados con la protección social dirigida a la infancia.

⁷¹ Los programas presupuestales que cuentan con un manual operativo disponible son Programa Nacional de Apoyo directo a los más pobres (0049); Lucha contra la Violencia Familiar (0080); Cuna Más (0098); Programa Nacional de Alimentación Escolar (0115) y la Atención oportuna de niños, niñas y adolescentes en presunto estado de abandono (0117).

⁷² Así, en el caso de JUNTOS, si bien entre otras cosas se sugirió mejorar la articulación y el enfoque territorial del programa, se dejó pasar una oportunidad clave para afianzar el diseño del programa y quedó pendiente la revisión de la estructura del incentivo, así como la reflexión de las bondades de su extensión al ámbito urbano. Por su parte, FONCODES perdió un foco estratégico al reformularse con una oferta que, si bien era relevante y de mejor práctica, se alejaba de la experiencia acumulada de sus equipos (construcción de infraestructura municipal) y se orientaba más bien al desarrollo rural y por tanto al accionar de un Ministerio de Agricultura. Dos aciertos fueron el cierre del PRONAA, que precedió la creación del programa escolar Qali Warma y el

operacionales importantes al afianzar sus marcos lógicos y establecer resultados en el marco de un discurso coherente de perfeccionamiento de estos a la luz de la evidencia. Esta revisión periódica, que no precisa ser compleja ni de larga duración, es una práctica saludable que toda nueva gestión de gobierno debería sin duda acometer.

Se ha hablado ya de algunos instrumentos de gestión operativa como el sistema de focalización y registros de beneficiarios. En el caso de la infancia existe un instrumento central para la gestión operativa y se trata del “Padrón Nominal Distrital” de niños menores de 6 años. Este padrón nominal es de gran utilidad para los programas del Estado, en particular los programas sociales, ya que permite realizar la planificación y programación presupuestal con información de los niños en cada jurisdicción, así como identificar las brechas en el aseguramiento e identificación para el acceso a los servicios de salud y educación, entre otros⁷³. Este padrón fue una meta del “Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal” hasta el año 2015 y fue propuesto para las “municipalidades de ciudades no principales con más de 500 viviendas urbanas” (556 municipalidades) y para las “municipalidades de ciudades no principales con menos de 500 viviendas urbanas” (1033 municipalidades), sumando un total de 1589 municipalidades. Para elaborar el padrón se desarrolló un aplicativo informático a cargo del RENIEC en coordinación con el MINSA, el SIS, JUNTOS y el Ministerio de Educación, como primer paso en la implementación del monitoreo social, pues permite a los gobiernos locales conocer la población infantil de la cual es responsable y hacer el seguimiento respectivo para que los productos de los programas presupuestales lleguen a los ciudadanos de su jurisdicción en forma oportuna y sostenible para la gestión local. Esta información resulta valiosa para el objetivo final de hacer un monitoreo “niño a niño” en la ruta de atenciones que este debería recibir; se ha avanzado mucho en la calidad y uso de esta información.

En el año 2015, el Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes (GPNNA)⁷⁴ en el Perú constituyó el 24,8% del gasto público total y el 4,6% del PIB; en ambos casos fueron porcentajes ligeramente superiores a los del año 2014 (24,1% y 4,4% del PIB) y 2013 (24,4% y 4,2% del PBI), respectivamente. En el GPNNA se ha mantenido la tendencia de una mayor ejecución de gasto en los Programas Presupuestales (PP), la cual se incrementó en 13 puntos porcentuales entre el año 2013 (74%) y 2015 (87%). En el año 2015, la mayor parte del GPNNA fue ejecutado por los gobiernos regionales (48%), seguido por el gobierno nacional (38%) y los gobiernos locales (14%). Sin embargo, la proporción del gasto ejecutado por el gobierno nacional se incrementó 21% entre 2014 (8,979 millones de soles) y 2015 (10,835 millones de soles), en tanto que en los gobiernos regionales el aumento fue de 10% (de 12,225 millones de soles a 13,493 millones de soles) en el mismo periodo. Solo los gobiernos locales han disminuido en 15% su gasto ejecutado entre 2014 (4,687 millones de soles) y 2015 (3,981 millones de soles).

Cabe destacar que en el año 2015 la ejecución del GPNNA estuvo concentrada principalmente en la función Educación (60%), seguida por Salud (16%), Protección Social (10%)⁷⁵, Saneamiento (4%)

fortalecimiento del cuidado infantil a través de Cuna Más, particularmente a través del Servicio de Acompañamiento Familiar, orientado a la población rural y dispersa.

⁷³ El padrón nominal tiene por objetivo disponer de un padrón actualizado a nivel distrital de los niños menores de 6 años en un formato electrónico. Para la construcción de este padrón se recurre a diversas fichas de registros, como el registro de JUNTOS, SIS, registro de las municipalidades, registros EESS y registro de certificado de nacido vivo (CNV). La información recopilada en estas instituciones es corroborada por el RENIEC para luego, una vez depurada, formar parte del padrón distrital digitalizado. Es necesario indicar que los padrones son actualizados mensualmente en las reuniones que se llevan a cabo entre los representantes del gobierno local y las entidades encargadas (MINSA Y MIDIS a través de JUNTOS).

⁷⁴ La metodología del Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes (GPNNA) fue elaborada de manera participativa por un grupo de trabajo integrado por MEF, MIMP, MIDIS, MCLCP y UNICEF en el año 2013, y desde esa fecha se publican análisis semestrales y anuales de seguimiento. Las cifras del GPNNA como porcentaje del PIB de los años 2015 y 2014 no son estrictamente comparables con las de 2013, ya que a partir de 2014 se excluyen los montos correspondientes a deuda, reservas y pensiones del gasto público total.

⁷⁵ Es importante diferenciar la función de protección social definida en el presupuesto público peruano y la clasificación del derecho a la protección. La primera se refiere al nivel máximo de agregación de las acciones desarrolladas para la consecución de los objetivos vinculados al desarrollo social del ser humano en los aspectos relacionados con su amparo, asistencia y la promoción de la igualdad de oportunidades. Según la taxonomía, la función de protección social incluye programas presupuestales relacionados directa o indirectamente con la niñez y adolescencia, tales como el programa de alimentación escolar Qali Warma, JUNTOS, Cuna Más, Atención oportuna de niños en presunto estado de abandono y Lucha contra la violencia familiar, entre otros. El derecho a la

y Transporte (3%) que, en su conjunto, componen el 93% del GPNNA. Los programas presupuestales que concentran los mayores recursos orientados a la niñez y la adolescencia han tenido un nivel de ejecución superior al 90% en el año. Por ejemplo, el programa Logros de aprendizaje de estudiantes de educación básica regular destinó 13,492 millones de soles y ejecutó el 95,7% de sus recursos programados. Le siguen los programas Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal y Qali Warma, que ejecutaron el 92%, 93% y 96% de sus recursos, respectivamente.

Recuadro 1

La ENDIS y el PNAIA en cifras de gasto

Tanto la ENDIS como el PNAIA ponen en agenda las diferentes políticas para los niños y adolescentes. La ENDIS, en sus ejes 1, 2 y 3 involucra al 13,6% del presupuesto público, el 27,3% del gasto social y el 66,8% del gasto público total en niños, niñas y adolescentes. Su presupuesto en estos ejes ascendió a 15,760 millones de soles o 6,433 millones de dólares en 2013.

Por su parte el presupuesto de las actividades del PNAIA representó el 3,2% del PIB, 15,6% del presupuesto público, el 77% del gasto público total y el 31,4% del gasto social y ascendió a 18,091 millones de soles, o 7,363 millones de dólares en 2013. Por objetivos estratégicos, el 35% del presupuesto está destinado al objetivo estratégico 1 (población de 0 a 5 años); el 32% al objetivo estratégico 2 (población entre 6 y 11 años); el 24% es destinado al objetivo estratégico 3 (población entre 12 y 17 años) y el resto (9%) se destina a cumplir el objetivo estratégico 4 (población entre 0-17 años).

Fuente: UNICEF (2014).

Entre los PP que tuvieron un nivel de ejecución menor a 70% se encuentran el Programa Nacional de Saneamiento Urbano (69%) y el Programa de Saneamiento Rural (66%), los cuales han disminuido su ejecución con respecto al año 2014 (72% en el Programa de Saneamiento Urbano y de 73% en el Programa de Saneamiento Rural, respectivamente).

Alcázar y Sánchez (2016), realizaron un análisis comparativo del gasto social en la infancia y la niñez de un grupo de países⁷⁶ de América Latina y el Caribe, y compararon al Perú con otros países con similares características en la región y midieron el gasto diferenciando por grupo etario. Un primer grupo está constituido por la población entre 0 y 5 años (infancia) en tanto la población entre 12 y 17 años (niñez) constituye el segundo grupo. Para la infancia, los dos grandes grupos presupuestales son: (i) protección social, que incluye los gastos referidos a transferencias condicionadas y sistemas de cuidado infantil y (ii) educación, que mide los recursos destinados a la provisión de los servicios educativos de preescolar. Por el lado de la niñez, los grupos presupuestales son: (i) protección social, que incluye los programas de transferencias condicionadas, alimentación escolar y programas contra la violencia infantil, entre otros, y (ii) educación.

En este estudio se encontró que en 2011 el gasto promedio por niño en situación de pobreza⁷⁷ fue mayor en Chile, con un gasto de 2,800 dólares, seguido por Colombia y el Brasil, cuyos gastos ascendieron a 640 y 460 dólares, respectivamente; en tanto el gasto por niño pobre en el Perú ese mismo año representó un poco más de 250 dólares. Para el año 2012, los autores encontraron que el gasto público en la infancia fue de 0,4% del PIB en promedio, mientras que el gasto público destinado a la niñez fue de 2% del PIB en promedio en el grupo de países analizados. Por su parte, el gasto en la

protección, por su parte, incluye la protección contra todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad, e incluso el derecho a una protección especial en tiempos de guerra y protección contra los abusos del sistema de justicia criminal.

⁷⁶ Incluye ocho países: Chile, Colombia, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

⁷⁷ En este caso el trabajo de investigación considera niño o niña a la persona entre 0 y 12 años.

infancia en el Perú es igual al promedio (0,4% PIB), pero se gasta por debajo del promedio en la niñez (1,4% PIB)⁷⁸.

Desde hace varios años, por lo menos desde 2006, el gobierno ha implementado varias iniciativas tendientes a mejorar la eficiencia del gasto público en protección social. Por un lado, en 2006 se elaboró un proceso de fusión de programas sociales focalizados que implicó su reducción de 82 a 26 programas, aunque con posterioridad han aumentado en número. Por otro lado, desde el año 2007 en el Perú se viene implementando la Reforma en el Sistema Nacional de Presupuesto a través de la implementación del Presupuesto por Resultados (PpR). El PpR es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población. Para ello, la programación del gasto se realiza en función de metas específicas y se requiere de la definición de los resultados a alcanzar y del compromiso por parte de las entidades para alcanzarlos. Inherente al PpR es el establecimiento de marcos lógicos programáticos claros y el mecanismo para generar información de desempeño sobre resultados y el costo de producirlos. Esta estrategia se implementa progresivamente a través de los Programas Presupuestales, que asumen responsabilidad en el logro de resultados y productos que posibiliten la rendición de cuentas. La Ley de Presupuesto Público del año de 2008 creó cuatro programas presupuestales relacionados directamente con la infancia: Programa Articulado Nutricional (PAN), Salud Materno Neonatal (SMN), Logros del Aprendizaje (PELA), Acceso a la Identidad (Prioridad: Infancia), y ya en 2015 se cuenta con 85 programas presupuestales en 25 sectores que representa el 58% del gasto total, 11 de los cuales están vinculados directamente con la niñez y que representan el 34% del total del gasto en programas presupuestales⁷⁹.

Finalmente, en relación con el seguimiento y evaluación, cabe destacar lo siguiente. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) juega un rol como administrador de los recursos públicos, en la planificación y en el seguimiento de resultados en las distintas áreas de la actividad económica y social. El MEF ha dado prioridad a los procesos de monitoreo y evaluación de los programas y acciones de protección social y, en el caso peruano, en esta tarea de monitoreo y evaluación central le acompaña la Contraloría General de la República. Ello ocurre en paralelo a la labor de seguimiento y/o evaluación desarrollada por los propios sectores⁸⁰.

Un gran acierto del MIDIS fue plantear desde el inicio una estrategia y sus intervenciones en función de resultados. La institucionalización del seguimiento, la evaluación y la gestión de la evidencia como actividades que acompañan efectivamente al ciclo de las políticas, los programas y la gestión pública del ministerio es uno de los aspectos novedosos que trajo la creación del MIDIS. De hecho, en la actualidad, la totalidad de programas del MIDIS poseen intervenciones claramente diseñadas (marcos lógicos y claras teorías de cambio), con indicadores de producto y algún nivel de evaluación de sus intervenciones como práctica de gestión pública. Este ciclo virtuoso de generación de evidencia para retroalimentar a la gestión, si bien no tan abarcativo y ambicioso como se imaginó al inicio, merece ser mantenido.

⁷⁸ Los países que invierten mayores montos en la infancia son Colombia (0,6% del PIB), México (0,6% del PIB), Chile (0,5% del PIB) y Brasil (0,5% del PIB); mientras los que invierten en la niñez son Brasil (2,8% del PIB), Jamaica (2,3% del PIB), Chile (2,2% del PIB) y Colombia (2,2% del PIB).

⁷⁹ Según la información brindada en la página web del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) [en línea] <https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales?id=3510>.

⁸⁰ La Dirección General de Gasto Público del MEF, en su rol de seguimiento del ejercicio del gasto público (de programas presupuestales en el proceso de presupuesto por resultados), provee de información al propio gobierno sobre la evolución de diversos programas y acciones a través de Evaluaciones de Desempeño y Ejecución Presupuestaria (EDEP) basadas en principios de independencia y transparencia. Una evaluación realmente “independiente” sería un avance significativo sobre las EDEP del MEF o las auditorías de desempeño de Contraloría. Por ejemplo, CONEVAL en México es un ente dedicado expresamente a la evaluación de los programas y políticas sociales, pero que no está inserto en la estructura gubernamental. Es un órgano público con patrimonio propio, autonomía técnica y de gestión y con alta capacidad técnica. Con el objetivo explícito de mejorar el impacto de los programas sociales, norma y coordina la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas. Cuenta con el mandato de hacer públicos los resultados de evaluación y cuenta además con plena autonomía técnica. Más allá de la retroalimentación a la operación de las acciones cotidianas, tiene el potencial de convertirse en un instrumento para la transparencia y rendición de cuentas.

En efecto, el MIDIS cuenta con una Dirección de Seguimiento y Evaluación (DGSE) en su Viceministerio de Políticas que tiene la misión de realizar el seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos sociales. Esta es una dirección especializada que genera información que va desde tableros de control hasta información de indicadores sociales nacionales y actividades de evaluación operacional y de impacto. En su concepción original, la DGSE debía tener autoridad de seguimiento y evaluación para los programas sociales y, por lo tanto, sus recomendaciones debían recibir respuesta. Se destaca que la DGSE poseía el mandato de seguir y evaluar todo el ámbito de desarrollo e inclusión social que involucra no solo acciones del MIDIS, sino también de otros actores como el MINSA, el MINEDU o el MVCS, los que intervienen a través de programas pero también con servicios universales. Una vez más, el desarrollo efectivo del mandato de la DGSE habría requerido un nivel de coordinación “elevado” por parte del MIDIS que, en ausencia de la reglamentación del SINADIS no llegó a término. La DGSE se ha concentrado en evaluaciones de los propios programas del MIDIS de acuerdo con planes anuales de evaluación y es notable el fortalecimiento de direcciones de seguimiento y evaluación en los propios sectores.

De modo general, un gran reto a resolver es el del modelo de seguimiento y evaluación de la política social en general y, en particular, de lo que es la protección social adecuada a la infancia. En el modelo actual, caracterizado por sectores que se autoevalúan y son objeto de revisiones periódicas por parte del MEF y la Contraloría, tiene la ventaja del acceso fácil a la información pero presentan una seria limitación: el ser “juez y parte” limita el incentivo para la transparencia. La información de planes de evaluaciones y las propias evaluaciones no son actualmente de conocimiento público ni están disponibles de modo amplio. En general, no hay ningún mecanismo específico para la retroalimentación de la evaluación en la gestión. Todavía no se usan las evaluaciones operacionales o rápidas que generan información de manera más ágil y eficaz para retroalimentar a las áreas operativas que ejecutan los programas. Estos temas no son exclusivos de los sectores ni de lo social, sino que más bien apuntan a la reflexión sobre la importancia y necesidad de un sistema de evaluación independiente y de carácter nacional, como existen en México, Colombia o Chile.

C. Principales desafíos institucionales

El desafío más importante que enfrenta el Perú es la integración de distintas iniciativas y programas en un sistema de protección social que asegure su coordinación. Como se ha presentado en este capítulo, los desafíos para liderar un proceso de esta naturaleza son sustantivos. Entre otros aspectos, se han destacado los retos relativos a la ausencia de una visión orientadora que permita dar un norte en la construcción de un sistema de protección social; los de la definición de instancias rectoras y coordinadoras y los limitados mecanismos de coordinación horizontal y vertical que para operar requieren de la incorporación de esta visión sistémica en dinámicas específicas al proceso de descentralización en el Perú. Además, estos retos ocurren en un contexto de recursos económicos, técnicos e institucionales distribuidos de modo desigual entre instituciones, programas y territorios, lo que trasciende lo estrictamente relacionado con la protección social.

Para la atención de estos retos se precisan tres tareas fundamentales, aún pendientes⁸¹:

- i) La definición del Sistema Peruano de Protección Social (SPPS) de acuerdo con los principios rectores de enfoque de derechos, enfoque de ciclo de vida, integralidad e intersectorialidad, integración y universalidad. Como se ha mencionado en secciones anteriores, en el Perú no existe una visión sistémica de la protección social que integre las distintas iniciativas programáticas en un sistema que asegure la coordinación de los

⁸¹ La experiencia de programas de protección social articulados con sistemas de atención integral a la primera infancia en diversos países de América Latina muestra la importancia medida en resultados de este tipo de esfuerzos. Estos no necesariamente conllevan presupuestos adicionales significativos, sino más bien requieren de prioridad y decisión política para impulsar la articulación interinstitucional requerida.

programas y de las instituciones del Estado. En la medida en que esta construcción es gradual, este documento propone iniciar por la infancia, sobre la base de consolidar los avances y generar propuestas a partir de las recientes transformaciones en materia de políticas sociales para este segmento etario.

- ii) La elaboración de un plan estratégico para la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia y que establezca una ruta crítica hacia la implementación de una nueva arquitectura institucional. Este plan debe desarrollarse como un instrumento de planificación e inversión y debe ser susceptible de ser expresado en políticas, objetivos y prioridades a nivel sectorial, *para ser compatibilizados con los respectivos planes e instrumentos institucionales*. Este plan estratégico debe ser resultado de un análisis multidisciplinario, legal-jurídico y económico y ser objeto de una profunda reflexión entre los principales actores involucrados y al más alto nivel. Este plan deberá identificar las funciones de coordinación y de gobierno que deben ser promovidas para la futura integralidad de la protección social y definir un conjunto de instrumentos técnico-operativos que haga financiera e institucionalmente viable y políticamente aceptado por las instancias correspondientes la clara especificación de roles y responsabilidades en un sistema de protección social adecuado a la infancia. También debe especificar un piso básico de protección a los ciudadanos y establecer mecanismos de coordinación de la política social en términos horizontales (entre actores nacionales) y verticales (entre niveles de gobierno). Igualmente, es importante identificar los espacios para sinergias existentes entre la protección social y otras reformas sectoriales en curso dirigidas a la niñez.
- iii) La revisión del marco legal y normativo de la protección social que, sobre la base de la revisión crítica de la normativa existente, elabore una propuesta marco para la arquitectura de un sistema de protección social. En este deberá considerarse dónde radica la función de planificación, la de implementación, la de seguimiento y evaluación de los principales resultados del sistema así como definir a las instituciones que conforman la protección social, con el objetivo de construir un sistema articulado de intervenciones que contribuya a reducir la pobreza y mejorar la capacidad de los hogares para manejar los riesgos.

El diseño y construcción de un sistema de protección social se vuelve un camino gradual, complejo y de largo plazo imprescindible para la atención integral de la niñez. En este proceso de construcción se requiere conectar los distintos instrumentos disponibles y, entre ellos, los programas de la protección social a la infancia, críticamente importantes. Estos se analizan en el siguiente capítulo del estudio.

D. Principales programas de la protección social en el Perú

Si bien no es posible aún hablar de sistemas de protección social para la niñez y la adolescencia integrados o integrales en el Perú, la institucionalidad y las herramientas de gestión públicas creadas durante los últimos años para la población en su conjunto han generado importantes condiciones para construir y avanzar en la atención de la niñez. En particular, y como se presenta en este capítulo, se han creado las condiciones para promover importantes transformaciones programáticas que permiten alinear de mejor forma la oferta pública institucional con la demanda social ya descrita, así como para una gestión cada vez más eficiente y eficaz de estos programas.

Una variedad de programas que atienden los diversos riesgos de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad se implementan hoy en el Perú. Este capítulo se concentra en describir los rasgos más destacados de algunos de los principales programas que atienden las vulnerabilidades de los niños, tal como fueron identificados anteriormente en el cuadro 2 de este trabajo. Esta es, necesariamente, una presentación parcial y fragmentada de apenas un componente del sistema. Además, corresponde considerar que junto con estas intervenciones seleccionadas deben destacarse las transformaciones sectoriales de educación y salud que han sido importantes en los últimos años en el país. Para ser efectiva, la protección

social debe necesariamente articularse con el conjunto de la política social, lo que requiere de la identificación de las oportunidades de articulación y cómo aprovecharlas para la atención integral. En este capítulo, a la par de destacar los principales aspectos de estos programas, se intentará aspectos de mejora y ámbitos en que existe un margen para lograr sinergias que aún no han sido explotadas.

1. Programas de asistencia social

a) Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres, JUNTOS

Objetivos del programa

El programa JUNTOS fue creado en el año 2005 y está a cargo del MIDIS. Tiene dos objetivos principales⁸²: el primero de ellos es la reducción de la pobreza en el corto plazo a través del otorgamiento de una transferencia monetaria focalizada a los hogares en situación de pobreza. El segundo objetivo, relacionado con el largo plazo, busca romper el ciclo de la pobreza intergeneracional a través del desarrollo del capital humano incentivando el uso de los servicios de educación y salud. En ese sentido, el resultado esperado del programa es la reducción de la pobreza monetaria de los hogares usuarios (prioritariamente de las zonas rurales) y su mayor utilización de los servicios de salud, educación y nutrición, contribuyendo al incremento de la tasa de asistencia a la educación básica, la disminución de los índices de deserción escolar y trabajo infantil, la disminución de la desnutrición infantil y de la mortalidad materna e infantil.

Descripción de la intervención

Tal como consta en el D.S. 032-2005-PCM, la población objetivo del programa JUNTOS está constituida por las “familias más pobres, rurales y urbanas” priorizando la intervención en zonas rurales. La condición de pobreza no es suficiente para que un hogar sea elegible; además de ser un hogar pobre, tiene que estar integrado por algún niño, niña o adolescente hasta los 19 años o madre gestante⁸³.

El proceso de focalización del programa JUNTOS consta de tres etapas: (i) focalización geográfica; (ii) focalización de hogares elegibles; y (iii) validación (Perova y Vakis, 2012; Gahlaut, 2011, Tornarolli, 2016). La elección de los distritos a intervenir se lleva a cabo mediante la focalización geográfica. En la actualidad, con la expansión del programa hacia nuevos distritos se utiliza un índice ponderado a nivel distrital que resume los indicadores de tasa de pobreza distrital, la tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años a nivel distrital y el número de niños menores de 3 años en un distrito. Una vez identificados los distritos, el programa JUNTOS hace uso del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para determinar los hogares elegibles. A través del Padrón General de Hogares (PGH), el SISFOH cuenta con la información socioeconómica de todos los hogares en los distritos previamente seleccionados. Luego aplica un algoritmo que toma en cuenta 16 variables socioeconómicas⁸⁴ y estima un índice de pobreza o de bienestar del hogar. Una vez obtenido el índice de pobreza se compara con umbrales de estratificación predeterminadas con el objetivo de determinar si el hogar es elegible o no. Finalmente, el proceso de validación tiene como objetivo verificar la condición de pobreza de cada hogar seleccionado en la etapa anterior. La verificación se lleva a cabo en las Asambleas Comunales de Validación, en las cuales participan autoridades locales, regionales y representantes regionales del programa JUNTOS.

Una vez identificados los beneficiarios del programa, cada dos meses se transfiere una cantidad de 200 soles a los hogares elegibles. Sin embargo, para que la transferencia se concrete, los hogares tienen que cumplir con ciertos requisitos en materia de salud, educación y ciudadanía. Estos requisitos no son

⁸² Gahlaut, 2011 y Benites y Escobal, 2012.

⁸³ D.S. 012-2012-MIDIS.

⁸⁴ Las variables socioeconómicas son: indicador de hacinamiento (miembros de la familia por habitación); nivel educativo del jefe de hogar; combustible utilizado para cocinar; tenencia de distintos bienes durables (teléfono fijo, cocina a gas, refrigeradora, TV a color, plancha y equipo de música); número total de artefactos en el hogar; materiales predominantes en la construcción de la vivienda (pisos, techos y paredes); fuente de abastecimiento de agua del hogar; tipo de servicio higiénico y tipo de alumbrado (Tornarolli, 2016).

uniformes entre los hogares, pues dependen de la edad del beneficiario (Gahlaut, 2011). A continuación se listan las obligaciones (o corresponsabilidades) para cada grupo (Sánchez y Rodríguez, 2016).

- Para las madres gestantes, asistir a sus controles prenatales y postnatales.
- Para los niños menores de hasta 36 meses, asistir a sus controles de crecimiento y desarrollo.
- Para los niños de 3 a 6 años, asistir a las clases en instituciones de educación inicial o PRONOEI, y tener como máximo tres faltas injustificadas por mes.
- Para los niños, niñas, adolescentes o jóvenes desde los 6, deben asistir a clases y tener como máximo tres faltas injustificadas por mes, esto hasta que cumplan los 19 años o egresen de la educación secundaria.

Asimismo, el programa contempla visitas periódicas⁸⁵ a centros educativos y establecimientos de salud con el objetivo de verificar el cumplimiento de las obligaciones mencionadas (JUNTOS, 2014). Hasta el año 2014, JUNTOS trabajó con 54,738 instituciones entre colegios y centros de salud, casi 19,000 instituciones más que en el año 2013. Una vez concluido el proceso de verificación de la corresponsabilidad se procede con la transferencia monetaria a la cuenta bancaria del titular. Cabe destacar que se lleva a cabo un proceso de actualización de la información de los hogares elegidos, comparándose la información registrada en los padrones de JUNTOS con los padrones de otras organizaciones relacionadas con el proceso operativo del programa (SISFOH, RENIEC, MINEDU y MINSA)⁸⁶.

Por otro lado, la población potencial⁸⁷ del programa JUNTOS para 2014 se ha estimado en un poco más de dos millones hogares; mientras que para 2015, los hogares pertenecientes a la población potencial descendió a un poco más de 1,5 millones. Del mismo modo, la población objetivo⁸⁸ para 2014 fue de 1,1 millones de hogares y para 2015 la población objetivo descendió a 805,000 hogares (JUNTOS, 2014 y JUNTOS, 2015).

El programa se expandió rápidamente pasando de 22.550 abonados en 2005 a 769,158 hogares abonados en 2015. La masificación del programa también se expresa en la cantidad de distritos atendidos, pasando de 70 distritos en 2005 a 1,178 distritos al primer bimestre de 2016 (JUNTOS, 2016). En cuanto al monto total de las transferencias, este ha pasado de 4,4 millones de soles (1,3 millones de dólares) en 2005 a 930,5 millones de soles en 2015 (291 millones de dólares). Si se compara el número de hogares pertenecientes a la población objetivo contra la cantidad de hogares afiliados, se calcula que aproximadamente el 30% de los hogares de la población objetivo no fue afiliada en 2014; mientras que para 2015 los datos muestran que se ha afiliado al 100% del total de hogares de la población objetivo. En lo que respecta a las características de los beneficiarios, se sabe que en 2014 las regiones con mayor cantidad de población abonada han sido Cajamarca y Piura, ambos con más de 80,000 beneficiarios. Además, el 63,7% de hogares afiliados en 2013 tienen como lengua principal el castellano, mientras que el 30,3% habla quechua, el 2,4% aymará y el 3% lenguas amazónicas. En suma, alrededor del 37% de la población afiliada a JUNTOS son indígenas que se ubican principalmente en Cusco, Puno y Ayacucho.

Logros y retos futuros

Tornarolli (2016) usa los datos del ENAHO para analizar la focalización del programa JUNTOS. Los resultados evidencian que el proceso de focalización de JUNTOS se lleva a cabo de manera adecuada. Para

⁸⁵ Estas visitas se realizan antes de que se lleve a cabo el proceso de transferencia monetaria a los hogares.

⁸⁶ En la actualidad se han iniciado procesos de carga masiva de información de educación y salud para efectos de verificación de la condicionalidad.

⁸⁷ Según se indica en JUNTOS (2015), “la población potencial es aquella conformada por los hogares que cuentan con gestantes, niños(as), adolescentes y jóvenes hasta los 19 años de edad en situación de pobreza nacional”.

⁸⁸ Según JUNTOS (2015), “la población objetivo está conformada por los hogares en situación de pobreza principalmente de zonas rurales integradas por gestantes, niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta que culminen la educación secundaria o cumplan 19 años de edad, en los distritos con tasas de pobreza iguales o mayores al 40%”.

el año 2012, el 42% de los beneficiarios perteneció al 10% más pobre de los hogares y el 65% perteneció al 20% de los hogares más pobres. El autor muestra que la calidad de la focalización ha ido deteriorándose en el tiempo⁸⁹, aun cuando en comparación con programas similares de la región, JUNTOS muestra buenos resultados. Así por ejemplo, mientras que 42% de los beneficiarios de JUNTOS pertenece al 10% más pobre, en Comunidades Solidarias y Oportunidades de El Salvador y México, respectivamente, solo el 30,3% y 23,1% pertenece al 10% más pobre, respectivamente (véase el cuadro 9).

Cuadro 9
Focalización de Comunidades Solidarias (El Salvador), Oportunidades (México) y JUNTOS (Perú)
(En porcentajes)

	10% + pobre	20% + pobre	30% + pobre
Comunidades Solidarias (El Salvador) 2012	0,303	0,469	0,613
Oportunidades (México) 2010	0,231	0,417	0,554
JUNTOS (Perú) 2012	0,42	0,649	0,792

Fuente: L. Tornarolli, El programa JUNTOS a la luz de otros programas de transferencia condicionada, mimeo, 2016.

Diversos estudios documentan el impacto de JUNTOS sobre variables relacionadas con el desarrollo de capacidades. En lo referente a educación, Perova y Vakis (2012) utilizan la base de datos de la ENAHO para el periodo 2005-2009 y encuentran que la probabilidad de que un beneficiario de JUNTOS asista al colegio, condicionado a que esté matriculado, aumenta en 25 puntos porcentuales. Por otro lado, los autores no encuentran evidencia contundente que verifique un impacto significativo en la tasa de matrícula, a pesar que los distritos en la que interviene JUNTOS no presentan una tasa de matrícula alta (se ubican alrededor del 80%). Los autores también analizan los efectos de la permanencia en el programa JUNTOS. En el caso de un niño que permanece en el programa entre dos o más de tres años, el efecto sobre la tasa de matrícula es ligeramente mayor en comparación con sus pares que están en el programa menos de un año. Finalmente, respecto a la asistencia escolar, JUNTOS ha mostrado un impacto significativo solo para los niños que están en el programa hace dos años. Huber y otros (2008) encuentran que el efecto de JUNTOS sobre la tasa de asistencia y matrícula escolar es mixta y depende de la metodología usada y el periodo considerado. Se argumenta que no hay evidencia para asegurar que el programa JUNTOS haya tenido un impacto positivo en la tasa de asistencia y matrícula escolar en la región sierra. La ausencia de un impacto sobre estas variables respondería a la alta tasa de matrícula previa que presenta la región. Contrariamente, los autores han encontrado en la región selva un impacto positivo sobre la tasa de matrícula en nivel primario y en la reducción de la deserción escolar. Además de este estudio, Huber y otros (2009) llevan a cabo una investigación basada en entrevistas a profesores y directores de seis distritos de los departamentos de Huánuco, Huancavelica y Apurímac⁹⁰ que concluye que no hay una diferencia significativa en la tasa de matrícula entre ambos grupos de distritos.

Por otro lado, los efectos del programa JUNTOS en la utilización de los servicios de salud son favorables. Un estudio cualitativo de Díaz y otros (2009) destaca que el uso de servicios médicos se ha incrementado en los beneficiarios, pero cuestiona la sostenibilidad del cambio de comportamiento en ausencia eventual del incentivo monetario. Por su parte, Streuli (2010), en un análisis cualitativo de 49 niños cuyas edades varían entre los 6 y los 14 años, encuentra evidencia sobre un aumento del uso de servicios médicos.

⁸⁹ En 2006, el 53% de los beneficiarios pertenecía al 10% más pobre de los hogares y 80% de los beneficiarios al 20% de hogares más pobres. Sin embargo, este resultado es coherente con la planificación de la expansión de JUNTOS, en la que se priorizó temporalmente a los distritos más pobres.

⁹⁰ La elección de estos distritos se ha dado porque algunos de ellos tienen una gran proporción de población beneficiaria del programa JUNTOS (más del 60% de la población distrital es beneficiaria) y otros tienen una menor cantidad de beneficiarios.

Perova y Vakis (2012) muestran que JUNTOS tuvo un efecto positivo en el uso de servicios médicos en niños menores de 6 años y mujeres en edad fértil (12 a 49 años). Los niños menores de 6 años de los hogares beneficiarios de JUNTOS tienen 69 puntos porcentuales adicionales de probabilidad de haber asistido a sus chequeos médicos y 55 puntos porcentuales de probabilidad de haber recibido atención médica cuando han estado enfermos. Con respecto a las mujeres en edad fértil que han sido beneficiarias del programa, la probabilidad de que sean atendidas por un doctor y que usen anticonceptivos aumenta en 91% y 12% adicionales en relación con aquellas que no han sido beneficiadas por el programa, respectivamente. Sin embargo, los autores también señalan que el programa no tiene impacto sobre variables de interés, como son la probabilidad de recibir vacunación, la probabilidad de enfermarse y el interés de las madres de asistir a campañas de salud. Los autores analizan también el efecto del programa en función del tiempo de permanencia. Los niños menores de 6 años que han estado en el programa entre 12 y 23 meses tienen 10 puntos porcentuales adicionales de probabilidad de recibir sus vacunas en comparación con los niños que han permanecido solo 12 meses. Asimismo, el efecto de JUNTOS sobre la probabilidad que una mujer sea atendida en el proceso de parto por un doctor aumenta en 17% cuando la beneficiaria ha permanecido entre 24 y 36 meses en el programa respecto a la beneficiaria que ha permanecido menos de 11 meses; además, si la beneficiaria ha permanecido más de 36 meses en el programa, se genera otro 17% adicional.

No hay evidencia del programa sobre los resultados de mayor orden de salud y educación. En efecto, Sánchez y Jaramillo (2011) estudian el impacto del programa JUNTOS sobre el estado nutricional de los niños menores de 5 años con la ENDES en el periodo 2008-2010. Los resultados sugieren que el programa JUNTOS ha tenido incidencia sobre la reducción de la desnutrición crónica extrema⁹¹ en los niños. Así, la reducción de esta en el periodo 2008-2010 es de 7,9 puntos porcentuales en el grupo beneficiario; mientras que en el grupo no beneficiario se registró un aumento de 0,1 puntos porcentuales, siendo la (doble) diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa. Los autores señalan que no hay evidencia que muestre un efecto de JUNTOS sobre la desnutrición crónica (moderada)⁹². Por lo tanto, JUNTOS ha beneficiado solo a los niños que se encuentran en los percentiles nutricionales inferiores. Las ganancias nutricionales del programa, además, dependen tanto del tiempo de exposición como de la mayor escolaridad de las madres.

Por su parte, Benites y Escobal (2012) utilizan la base de datos de “Niño del Milenio” para estudiar el efecto de JUNTOS sobre el bienestar de los niños. Los autores señalan que no hay evidencia suficiente para atribuir la reducción de la desnutrición (talla por edad) al programa JUNTOS. De forma similar, Perova y Vakis (2010), no encuentran diferencias significativas entre los grupos de control y tratamiento sobre variables como peso por edad, altura por edad (niños menores de 5 años) y nivel de hemoglobina (niños menores de 2 años y madres amamantando).

La literatura también documenta la relación entre el programa JUNTOS y el nivel de consumo e ingresos de los hogares. En general, hay evidencia que muestra que el programa ha tenido efectos positivos sobre el nivel de consumo e ingreso; sin embargo, el consumo dirigido a alimentos nutricionales no es clara. Jones, Vargas y Villar (2007) y Díaz y otros (2009), a través de estudios cualitativos, indican que JUNTOS ha tenido impacto en la dieta de los beneficiarios y que estos tienden a consumir una dieta rica en proteínas (carnes y leches). Dasso y Fernández (2013) estudian el comportamiento de los beneficiarios del programa JUNTOS sobre sus preferencias de consumo cuando estos reciben la transferencia monetaria. Para 2009, los resultados sugieren que el gasto en alimentos se elevó en 10% en promedio cuando el beneficiario recibía la transferencia. Asimismo se encontró que la probabilidad de comer en restaurantes, para ese año, se incrementa en 1,5%.

⁹¹ Sánchez y Jaramillo (2011) usan el término desnutrición crónica extrema para referirse al caso en que el Z-score está por debajo de 3 desviaciones estándar.

⁹² Los mismos autores utilizan el término desnutrición crónica (moderada) para referirse al caso en que el Z-score está por debajo de 2 desviaciones estándar.

Para el año 2010, el incremento en el gasto en alimentos fue de 20%; mientras que el consumo de dulces aumenta en 6,5%, en 6,4% el consumo de gaseosas y en 5,5% el consumo de alimentos en restaurantes. Sin embargo, el consumo de alimentos nutritivos no se ha visto incrementado y no se encuentra un efecto sobre la probabilidad de consumir leche, huevos, frijoles y frutas.

Perova y Vakis (2012) encuentran que el consumo total de las familias beneficiadas del programa JUNTOS ha aumentado en 43%. A partir de esta cifra se sabe que el consumo de bienes relativos a alimentos se ha incrementado en 15%; mientras que el consumo de bienes no relacionados con los alimentos se ha incrementado un 65%. Asimismo, los autores destacan que el ingreso de los hogares beneficiarios de JUNTOS se ha incrementado en 43% y señalan que la transferencia de JUNTOS constituye aproximadamente el 15% del total de gastos de los hogares beneficiarios. Benites y Escobal (2012) señalan que el impacto de JUNTOS sobre el ingreso de los hogares ha sido un poco más de 153 soles más alto en el grupo de tratamiento que en el grupo de control. Los autores resaltan que el impacto monetario es más alto que el monto de la transferencia, lo que sugiere que hay un efecto multiplicador del ingreso que se deriva porque algunas familias invierten su dinero en actividades productivas como labranza y en la agricultura a pequeña escala (Streuli, 2010).

Respecto al efecto del programa JUNTOS sobre los niveles de pobreza, el único estudio cuantitativo se refiere a Perova y Vakis (2012) que encuentran que la reducción de la proporción de hogares beneficiarios pobres es de 14%, mientras que el efecto sobre la pobreza extrema ha sido del orden de 19%⁹³. Por otro lado, la brecha de pobreza y de pobreza extrema⁹⁴ entre los beneficiarios de JUNTOS se ha reducido en 14 y 7 soles, respectivamente. Se debe destacar que los autores han estimado estos efectos para una muestra de distritos en la que JUNTOS ha intervenido.

El Programa JUNTOS es un programa central del sistema de protección social del Perú. Como retos pendientes se destaca que hay que: (i) analizar la pertinencia de extender el programa a la atención de la pobreza urbana, como otros países de la región; (ii) revisar sus criterios de focalización y de graduación en un contexto de pobreza decreciente, así como sus perspectivas de crecimiento (iii) revisar el monto y la estructura de la transferencia, que hoy es un monto fijo por familia, independiente del número de niños y del grado educativo, que no es ideal desde el punto de vista de la estructura de un incentivo para cambio de comportamiento y cumplimiento de condicionalidades del hogar; y (iv) articular JUNTOS con otros programas o servicios de modo de generar sinergias con otra oferta social.

b) Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) QALI WARMA

Objetivos del programa

Fue creado en el año 2012 sobre la base del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y está a cargo del MIDIS. El objetivo principal del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAE Qali Warma) es mejorar la ingesta de alimentos facilitando las condiciones de aprendizaje de las niñas y niños de nivel inicial (de 3 a 5 años) y primaria de las instituciones educativas públicas. Según el D.S. 008-2012-MIDIS, Qali Warma tiene además tres objetivos específicos relacionados con el objetivo central: (i) garantizar el servicio alimentario durante todo el año escolar a los usuarios del programa, de acuerdo con sus características y las zonas donde viven; (ii) contribuir a mejorar la atención de los usuarios del programa en clases, favoreciendo su asistencia y permanencia; y (iii) promover mejores hábitos de alimentación en los usuarios del programa.

⁹³ A nivel nacional, entre 2006-2009 (periodo de análisis del documento de Perova y Vakis), la pobreza cayó en 9,7 puntos porcentuales, mientras que la pobreza extrema cayó en 4,6 puntos porcentuales. Por el contrario, para la población no beneficiaria de JUNTOS, la pobreza ha aumentado en 0,4 puntos porcentuales y en un punto porcentual la extrema pobreza. Ello demuestra que la disminución de la incidencia de pobreza en los beneficiarios de JUNTOS fue mucho mayor que el promedio nacional y la población no JUNTOS.

⁹⁴ Diferencia agregada entre el ingreso de las personas (u hogares) pobres y el valor de una canasta básica de bienes y servicios (o línea de pobreza), expresada como porcentaje de este último valor. La brecha de la pobreza refleja cuán pobres son los pobres y, por tanto, da una idea de la profundidad de las carencias de ingreso o consumo que definen una situación de pobreza.

Descripción de la intervención

Según el D.S. 008-2012-MIDIS, la población objetivo de Qali Warma la constituyen todos “los niñas y niños en el nivel de educación inicial a partir de los 3 años y en el nivel de educación primaria de las instituciones educativas públicas”. Sin embargo, el D.S.006-2014-MIDIS, determina que Qali Warma atenderá de forma progresiva a escolares del nivel de educación secundaria de escuelas públicas localizadas en los pueblos indígenas de la Amazonía. Cabe destacar que el programa es universal e interviene en todo el territorio nacional pero prioriza las “zonas en situación de pobreza y pobreza extrema”. Para los pueblos indígenas de la Amazonía, el programa hace uso de la base de datos oficial de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura para determinar los niveles socioeconómicos y priorizar la intervención⁹⁵.

La intervención del PNAE Qali Warma comprende dos modalidades de atención de alimentos: (i) entrega de raciones preparadas y (ii) entrega de canastas de productos. La provisión del servicio alimentario se lleva a cabo en tres fases. La primera fase, de planificación del menú escolar, consta del proceso de compra y la gestión del servicio alimentario. En esta fase se establecen las recetas tomando en cuenta preferencias locales y necesidades nutricionales de la población escolar. Para este fin, el programa dividió originalmente al país en ocho unidades territoriales que agrupan departamentos con características similares en cuanto a cultura y proximidad geográfica. Para la segunda fase se conformaron comités de compra que están constituidos por representantes de los gobiernos regionales/locales, de las redes de salud y de los padres de familia. Los comités de compra son los encargados de convocar, seleccionar y gestionar contratos con los proveedores, sea de recetas preparadas o canastas de productos y rendir cuentas a sus unidades territoriales. Por último, la fase de gestión de los servicios alimentarios comprende el suministro de los alimentos a los alumnos. El proveedor se encarga de la entrega periódica de alimentos al Comité de Alimentación Escolar (CAE), que gestiona la recepción, la preparación (si se trata de canasta de productos) y distribución de los alimentos. A inicios del año 2013, el programa comenzó a entregar sus primeras raciones priorizando las zonas que antes eran cubiertas por el PRONAA y posteriormente, se fue expandiendo a otras zonas.

Cabe destacar que la entrega de alimentos es diferenciada en función de la situación de pobreza. Así, los centros educativos ubicados en los quintiles 1 y 2 reciben desayunos y almuerzos, mientras que aquellas escuelas ubicadas en los quintiles 3 y 4 reciben solo almuerzos. Además, el programa tiene un componente educativo cuya función es instruir a los miembros del CAE, profesores y alumnos en temas relacionados con las buenas prácticas nutricionales. El modelo de Qali Warma está basado en la cogestión de varios actores nacionales, locales y de la comunidad escolar. En particular, la participación del CAE, formado principalmente por los padres de familia de las escuelas beneficiadas, cumple un rol importante en cuanto a la verificación de la calidad del servicio alimentario en los centros educativos.

En ambas modalidades de provisión de alimentos, la preparación se rige bajo los estándares dispuestos en los manuales de gestión, los que se orientan a garantizar el contenido calórico apropiado y un uso higiénico de los alimentos (Maldonado, 2013). Cabe resaltar que a diferencia de PRONAA, Qali Warma cuenta con el apoyo de nutricionistas y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud, quienes planifican y validan las recetas haciéndolas más específicas y acorde con los hábitos, cultura y producto de las localidades (FAO, 2013). En ese sentido, según la información oficial de Qali Warma, los desayunos en la modalidad de raciones están orientados a cubrir cerca del 20% a 25% de los requerimientos energéticos diarios. Estos están compuestos por una bebida industrializada (leche con avena o quinua, por ejemplo) y un componente sólido (pan común o especial acompañado por queso, mantequilla, huevo u otros). Del mismo modo, en la modalidad de canasta de productos, el almuerzo busca aportar entre 35% y 40% del requerimiento energético diario.

Qali Warma debe suministrar alimentos por 191 días lectivos establecidos por el Ministerio de Educación. Así, tomando como referencia los costos de Cuna Más y PRONAA, se estimó un costo por ración día/niño de 2 soles, que incluía desayuno y almuerzo. Sin embargo, con el objetivo de tener

⁹⁵ Véase D.S. 006-2014-MIDIS.

recetas más diversas de acuerdo con cada región y tomando en cuenta las necesidades nutricionales según las edades, el nivel escolar y tiempo de permanencia en la escuela, se alcanzaron valores por ración día/niño mayores a lo que inicialmente se pensaba (FAO, 2013). El costo por ración en Qali Warma varía de acuerdo con la zona en la que interviene el programa y el nivel educativo de los estudiantes: En la modalidad de canasta de productos se observa que el costo de la ración por niño/día (incluye desayuno y almuerzo) en la costa y sierra asciende a 0,8 dólares en el nivel inicial; mientras que en la selva, el costo de la ración por día/niño sube a 1,035 dólares. Por el contrario, se puede apreciar que para el nivel primario el costo de la ración niño/día es 68% más alto en la sierra y costa que en la selva. En efecto, la modalidad de raciones preparadas tiene mayores costos que la modalidad de canastas de alimentos, lo que eventualmente introduce una interrogante sobre la equidad distributiva implícita en el gasto de este programa.

A finales de 2013, los beneficiarios del programa PNAE Qali Warma ascendían a más de 2,7 millones de niños (Info MIDIS, 2016); mientras que al primer trimestre del año 2016, la cantidad de beneficiarios fue un poco más de tres millones (Info Qali Warma, 2016). En definitiva, ha habido un gran avance en la cobertura en casi dos años y se espera cumplir con la meta propuesta para el año 2016 de llegar a 3,8 millones de usuarios⁹⁶.

Logros y retos futuros

El reto y logro más importante de Qali Warma fue garantizar la inocuidad de la alimentación y recuperar la confianza de los padres de familia en el programa. En efecto, los serios incidentes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA)⁹⁷ en Qali Warma que afectaron a centenares de estudiantes fueron controlados en una decisiva reestructuración en el último trimestre de 2013. Esta reestructuración, que contó con el apoyo de la comunidad internacional, el sector privado y representantes de las escuelas, fortaleció los requerimientos de calidad de los proveedores, la supervisión de la alimentación y limitó además la operación del modelo de raciones preparadas (que concentraban virtualmente casi todos los casos de ETA) a aquellos lugares donde el programa pudiese garantizar una supervisión. Ciertamente, el objetivo de lograr la inocuidad, así como el afianzamiento de los procesos de un programa que nació grande y con una operativa compleja, redundó en: (i) una mayor estandarización de las recetas en el corto plazo y (ii) una concentración en el objetivo primordial del programa de proveer alimentación adecuada, sana e inocua a los niños, y dejar para una fase posterior objetivos secundarios como la dinamización de las economías locales y la agricultura familiar. Ello, aunado a mejoras operacionales, permitió reencauzar un programa que fue implementado de modo acelerado y sin contar con el beneficio previo de un pilotaje. Tras una pérdida de la confianza en el programa, es notable la importante aprobación que este tiene entre las familias y que la tasa de aceptabilidad que tienen las raciones suministradas por Qali Warma se reporte en 85%⁹⁸.

Hoy, estabilizados los procesos de un programa que en algún momento tuvo que declararse en reestructuración, es el momento de preguntarse si este programa se adecúa a los requerimientos nutricionales de los niños peruanos en sus diferentes contextos. En otras palabras, un programa escolar universal del alcance de Qali Warma es, sin duda alguna, un elemento central de cualquier política nutricional y alimentaria en el Perú y esto es insoslayable. Un ejemplo del tipo de reflexión pendiente es la del rol de Qali Warma en la atención de la anemia en menores de 3 a 5 años, particularmente en algunas zonas del Perú donde esta supera el 50%. Estos niños, algunos de los más vulnerables del país, reciben Qali Warma día a día del año escolar y se beneficiarían de la fortificación en la alimentación diaria que reciben del programa. Otro ejemplo es el de la importancia de monitorear el consumo calórico

⁹⁶ Meta fijada en la Resolución Ejecutiva N° 503-2016.

⁹⁷ El programa inició operaciones en marzo de 2013 y, fruto de una ambiciosa operativa, presentó retos de calidad desde el inicio, con por lo menos dos instancias de enfermedades transmitidas por alimentos en los primeros dos meses de operación. Algunas instancias de enfermedades transmitidas por alimentos, tal cual reportadas en la prensa local, ilustran la situación crítica que la reestructuración atendió. Véase: <http://larepublica.pe/19-04-2013/cien-estudiantes-cusquenos-se-intoxicaron-con-desayuno-de-qali-warma> -o- <http://peru21.pe/politica/apurimac-denuncian-intoxicacion-50-ninos-almuerzo-qali-warma-2149561>.

⁹⁸ Encuestas del MIDIS a usuarios del PNAE Qali Warma. Información proveniente de entrevistas.

de niños que desayunan en sus casas y además con Qali Warma, en un contexto donde la obesidad es un problema nutricional emergente en el Perú. En otras palabras, es el momento de explorar un tratamiento diferenciado del programa, entendiendo diferenciado como uno que atienda no solo una diversidad gastronómica y cultural, sino principalmente, el particular requerimiento nutricional presentado por algunos de los niños más vulnerables.

Un reto adicional de Qali Warma tiene que ver con la infraestructura de muchos centros educativos, que no tienen las condiciones para la recepción y cocción de los alimentos de manera higiénica e inocua. Muchos colegios no cuentan con servicios básicos (luz, agua, servicios sanitarios o disposición de excretas) y, si bien programas por parte del MINEDU, MINSA y Ministerio del Medio Ambiente (MINAM) buscan resolver esta situación, estos esfuerzos aún están en curso. En consecuencia, se necesita una coordinación entre las instituciones competentes para brindar programas intersectoriales que doten a las escuelas de activos en infraestructura física, educativa y alimentaria (FAO, 2013).

Finalmente, un reto del programa es completar su evaluación de impacto y utilizar las lecciones emanadas de esta para su eventual ajuste e implementación en el espíritu de su ley de creación. En efecto, la ley de creación de Qali Warma, el DS N° 008-2012-MIDIS, establecía en su primer artículo que el programa tendría una vigencia de tres años, “luego de los cuales el MIDIS, previa evaluación de impacto, propondrá de ser el caso su implementación como política pública”. Este artículo fue modificado posteriormente, con el DS. 004-2015-MIDIS, de dos maneras: (i) ampliando la vigencia del programa a seis años contados a partir de la fecha de aprobación de su manual operativo⁹⁹ y (ii) declarando que el MIDIS, dentro del plazo anterior, “previa evaluación de impacto, propondrá las medidas normativas para asegurar la ejecución y sostenibilidad del programa”. Este cambio, que obviamente modifica el alcance de los resultados de la evaluación de impacto, merece ser revisado por dos razones. La primera alude al monto de recursos involucrados en este programa de alimentación universal que bordea los 1,5 mil millones de soles, casi el 20% del presupuesto del SIS al 2016, o, en otras palabras, un monto muy importante en términos fiscales a la luz de lo cual debe exigirse del programa una clara evidencia de costo efectividad. La segunda razón es que el programa, al ser de carácter universal, podría presentar menores impactos que los encontrados en la literatura para programas de alimentación escolar focalizados en poblaciones vulnerables¹⁰⁰. Su implementación continua como política pública no puede darse de espaldas a resultados que pueden y deben conocerse en un plazo menor al periodo establecido en el DS N° 004-2015-MIDIS (3 de octubre de 2018).

Por último, existe una serie de impactos indirectos de Qali Warma que será necesario explorar a través de estudios. Por ejemplo: (i) mayores ingresos para los hogares que ahora pueden dedicar recursos antes dedicados a la alimentación escolar a otros usos (el gasto en el desayuno y almuerzo se reduce, lo cual induce a una reasignación de los recursos en el hogar); (ii) un posible efecto clientelar con las familias, reduciendo el empoderamiento de la familia para asumir la responsabilidad de la alimentación del niño; y (iii) los impactos sobre la economía local de un programa de amplísimo presupuesto y que promueve la compra de productos locales (Maldonado, 2013).

⁹⁹ El Manual Operativo se aprueba el 3 de octubre del 2012 a través de la R.M. N° 174-2012-MIDIS.

¹⁰⁰ La evidencia internacional acerca de los efectos de los programas de alimentación escolar sobre variables que incluyen la permanencia escolar, el cambio a mejores hábitos de alimentación en los usuarios y el rendimiento escolar presenta resultados modestos (Banco Mundial, 2012b). En efecto, la literatura sobre los impactos de los programas de alimentación sobre los indicadores de asistencia, deserción y matrícula escolar muestran los resultados más importantes en países del África y Asia, mientras que en América Latina la evidencia es más bien débil. Es igualmente débil el impacto sobre el aprendizaje, que para la región latinoamericana es virtualmente inexistente. Es importante agregar que los impactos sobre el desarrollo cognitivo son más bien pequeños y que cuando existen se trata de programas que entregan desayunos con componentes fortificados. Respecto a los efectos sobre índices antropométricos no se ha encontrado evidencia clara acerca de que los programas alimentarios funcionen (Lien y otros, 2009; Kazianga, de Walque y Alderman, 2009, y Ash y otros, 2003), pero existe evidencia limitada sobre el mayor consumo de nutrientes. Las evidencias sobre la tasa de asistencia escolar se encuentran en Banco Mundial (2012b). Sobre la ausencia de evidencia del efecto sobre el rendimiento escolar, véase CEPAL (1997); Banco Mundial (2012b), Adrogué y Orlicki (2013) y McEwan (2013).

c) Programa Vaso de Leche

Objetivo

En 1984, por iniciativa de la Municipalidad Metropolitana de Lima se creó el Programa Vaso de Leche (PVL), que consistía en la entrega de vasos de leche a todos los niños y niñas en edad escolar. Un año después el programa se extendió a las municipalidades provinciales de todo el país (Alcázar, López – Calix y Wachtenheim, 2003; MINSA, 2010). Según la Ley N° 24059, el PVL se creó en “todos los municipios provinciales de la República destinados a la población materno-infantil en sus niveles de niños de 0 a 6 años de edad, de madres gestantes y en periodo de lactancia con derecho a la provisión diaria por parte del Estado, a través de los municipios, sin costo alguno”. Si bien la ley de creación del programa no menciona un objetivo claro, algunos autores interpretan que el objetivo del programa es “contribuir con la población más vulnerable en sus niveles nutricionales” (Contraloría, 2015) y, de esta manera, mejorar la calidad de vida de este grupo de la población. En esa línea, Suarez (2003) menciona que el PVL busca reducir la mortalidad infantil, fomentar la lactancia materna y estimular el desarrollo de organizaciones comunales compuestas principalmente por población femenina.

Descripción de la intervención

Las Leyes N° 27470 y N° 27712, de 2001 y 2002 respectivamente, presentan la población objetivo del PVL como dividida en dos grupos. El primero está constituido por niños menores de 6 años, madres gestantes y madres en periodo de lactancia; mientras que el segundo grupo lo conforman los niños entre 7 y 13 años, los adultos mayores y las personas con tuberculosis.

A partir del año 2001 el MEF, a través de una fórmula de asignación basada en criterios demográficos y de pobreza proporcionados por el INEI, establece el monto a ser transferido a las municipalidades (Alcázar, López-Calix y Wachtenheim, 2003).

El funcionamiento del programa tiene cuatro etapas. En la primera etapa del programa, los gobiernos locales reciben las transferencias del gobierno central que son depositadas en una cuenta del Banco de la Nación. En la segunda etapa se eligen los productos que serán distribuidos y se lleva a cabo, mediante una licitación pública, la selección del proveedor. La tercera etapa consiste en la preparación de un padrón de beneficiarios por parte del Comité de Vaso de Leche constituida mayoritariamente por madres de familia. En la cuarta etapa, la municipalidad lleva a cabo la distribución de los productos a los locales del Comité de Vaso de Leche donde, finalmente, los beneficiarios recogen sus productos. El funcionamiento del PVL está a cargo del Comité de Administración del programa y está integrado por el alcalde, un representante de la municipalidad, un representante del Ministerio de Salud, tres representantes del Comité de Vaso de Leche y un representante de la asociación agrícola/campesina¹⁰¹.

El cuadro 10 muestra la población destinataria de acuerdo con los dos grupos de intervención del programa. Desde el año 2006 la población beneficiaria ha venido disminuyendo hasta alcanzar 3,1 millones de beneficiarios en el año 2008 (INEI, 2009). Tomando como referencia la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), se estima que la cantidad de beneficiarios del PVL para los años 2014 y 2015 es de 1,41 y 1,46 millones de personas, respectivamente. Además, en el mismo cuadro se puede observar que el primer grupo de beneficiarios (niños menores de 6 años, madres gestantes y en periodo de lactancia) representan más del 50% del total de la población empadronada entre los años 2006 y 2008. En este primer grupo, los niños menores de 6 años representan el 58% de la población total de beneficiarios, en tanto las madres gestantes y en periodo de lactancia representan alrededor de 2,9% y 5,6%, respectivamente. Por otro lado, un poco más de la tercera parte del total de beneficiarios del PVL está compuesta por aquellos integrantes que representan el segundo grupo de beneficiarios. De estos, más del 90% está compuesta por niños entre 7 y 13 años, lo que a su vez

¹⁰¹ Véase la Ley N° 27712.

representa aproximadamente el 21% de la población total del PVL¹⁰². Lamentablemente, no puede analizarse la población intervenida por el PVL según los grupos beneficiarios para años posteriores al 2008, ya que el Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU) no cuenta con dichos módulos.

Cuadro 10
Perú: población destinataria del Programa Vaso de Leche

	2006		2007		2008		2014	2015
	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Absoluto
Primer grupo	2 282 670	65,7	2 269 649	66,8	2 153 914	68,1	-	-
Menores de 6 años	1 985 101	57,1	1 978 073	58,2	1 890 157	59,8	-	-
Madres gestantes	100 924	2,9	99 050	2,9	93 606	2,3	-	-
Madres en lactancia	196 645	5,7	192 526	5,7	170 151	5,4	-	-
Segundo grupo	1 191 534	34,3	1 126 606	33,2	1 006 904	31,9	-	-
Niños de 7 a 13 años	786 054	22,6	744 566	21,9	672 091	21,3	-	-
Adulto mayor	380 257	11	345 116	10,2	315 412	10	-	-
Personas con TBC	25 223	0,7	36 924	1,1	19 401	0,6	-	-
Total	3 474 204	100	3 396 255	100	3 160 818	100	1 417 546	1 469 307

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INEI (2009)-Municipalidades Provinciales y Distritales 2006-2008.

Respecto a la distribución geográfica de los beneficiarios del PVL, se sabe que la mayor parte se encuentra en zonas costeras y en Lima metropolitana, así como áreas de residencia urbana. Según las estimaciones a partir del ENAHO 2015, se sabe que el 26,2% de los beneficiarios están ubicados en Lima metropolitana, mientras que el 17,1% y el 16,8% de la población del programa se encuentran en la selva y en la sierra centro del Perú. Por otra parte, la costa centro (4,5%) y sur (1,0%) son las regiones con menor cantidad de beneficiarios. Por departamentos, la distribución de beneficiarios muestra que Lima concentra más de la cuarta parte de la población total del PVL; en tanto Cajamarca concentra el 8% del total de beneficiarios. Los demás departamentos tienen en promedio el 5% de beneficiarios. Regiones como Madre de Dios, Ucayali y Huancavelica tienen una pequeña proporción de beneficiarios, pese a los altos índices de pobreza. Además, se sabe que el 54% de la población total del PVL pertenece al área urbana, mientras que el 46% pertenece al área rural.

Con relación a la frecuencia en la que los beneficiarios reciben sus productos, se sabe que gran parte de la población del PVL recoge sus alimentos mensualmente (43,3%); mientras que los usuarios que recogen diaria y semanalmente representan el 17,6% y 14% del total de adjudicados del PVL, respectivamente. Es importante destacar que la frecuencia de entrega de alimentos es mayor, en promedio, para la población adjudicada que pertenece al ámbito urbano. Así, más del 50% de la población urbana recibe alimentos con una frecuencia diaria y semanal; por el contrario, más del 80% de la población adjudicada del ámbito rural reciben sus alimentos con frecuencia mensual, bimestral y trimestral. Finalmente, cabe destacar que los productos que deben ser suministrados por el PVL deben tener alto contenido de valor nutricional; en ese sentido la RM N° 711-2002-SA/DM establece que cada ración entregada debe aportar como mínimo 207 Kcal y cubrir el 100% de los requerimientos de hierro, vitaminas A y C, y el 60% de los micronutrientes restantes. Asimismo, la ley establece que cada ración debe estar constituida por leche en cualquiera de sus formas y alimentos nacionales como quinua, kiwicha, avena y arroz, entre otros.

¹⁰² Todos estos datos corresponden al periodo 2006- 2008.

Logros y retos del programa

Algunos trabajos de investigación intentan responder si el PVL ha sido bien focalizado en función de los niveles de pobreza y desnutrición de sus beneficiarios. La evidencia sugiere que el PVL no ha estado bien focalizado hacia la población más pobre, ya que los niveles de infiltración y subcobertura son altos. Alderman y Stifel (2006) analizan la calidad de focalización del PVL entre los años 1997 y 2000 y los resultados muestran que alrededor del 60% del presupuesto del PVL fue invertido en beneficio de los quintiles más pobres. Sin embargo, para el año 2011, Vásquez (2012) muestra que el PVL tiene problemas de focalización, haciendo referencia a la filtración¹⁰³ y subcobertura¹⁰⁴ del programa. El autor evalúa la focalización del PVL en función del déficit calórico, que es una variable proxy que nos indica si una persona está cubriendo sus requerimientos calóricos diarios. Los resultados indican que alrededor del 60% del total de beneficiarios son infiltrados y que la tasa de infiltración se eleva en las regiones con menores índices de déficit calórico (costa). Igualmente, calcula que la tasa de subcobertura se encuentra en 73%, es decir 7 de cada 10 potenciales beneficiarios no son atendidos por el PVL. Estas últimas conclusiones, aunque en tasas más bajas, son compartidas por Alfageme y del Valle (2009), quienes ubican las tasas de subcobertura y filtración en 70% y 30%, aproximadamente, entre los años 2005 y 2007.

Alcázar (2007) destaca que el PVL enfrenta una restricción para poder transferir montos a las municipalidades. La Ley N° 26637 establece que no es posible asignar montos menores al presupuesto asignado el año anterior. De esta manera, a pesar de que el PVL tiene como criterio de asignación índices basados en pobreza y desnutrición, solo se puede aplicar este índice para redistribuir los escasos recursos adicionales. Ello limita que los recursos PVL estén dirigidos hacia los hogares con más necesidades nutricionales.

Además, la autora señala que los errores de focalización (subcobertura y filtración) “(...) se explican porque no existen mecanismos de focalización individual sino que se basan en la demanda¹⁰⁵, a través de organizaciones sociales, y sobre todo porque no existen mecanismos de graduación(...)” (Alcázar 2007: 211).

Respecto a los efectos del PVL sobre indicadores nutricionales, la evidencia empírica sugiere la ausencia de algún impacto; sin embargo, es importante resaltar que no hay un trabajo reciente que mida los efectos del programa. Alderman y Stifel (2006) no encuentran una relación significativa entre indicadores nutricionales y el PVL. Igualmente, Gajate e Inurritegui (2002), utilizando la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000 (ENNIV), evalúa el efecto del PVL sobre la talla edad/edad estandarizada (indicador nutricional) de los niños menores de 5 años para el periodo 1999-2000. Los resultados muestran un efecto negativo y significativo del PVL sobre la talla/edad estandarizada del niño; es decir, el PVL no estaría cumpliendo con el propósito de elevar el nivel nutricional de los beneficiarios. Los autores plantean que el efecto negativo puede deberse a un sesgo de selección causada por un estigma social que impulsa que sean únicamente las madres con hijos con alto grado de desnutrición las que hagan uso del programa. El efecto negativo sobre la desnutrición infantil también puede deberse a las altas tasas de infiltración y subcobertura a los que hacen referencia Alfageme y del Valle (2009).

Por su parte, Alcázar (2007) plantea que los programas de alimentación (incluido el PVL) no funcionan porque lo que se le transfiere al beneficiario es muy poco en términos monetarios y nutricionales. Efectivamente, hasta el año 2013, el presupuesto asignado para cada beneficiario por día no llegaba ni a 0,75 soles (USD\$ 0,28); cantidad que resulta insuficiente para la provisión de recursos de calidad nutricional. En el año 2014, el presupuesto por día para cada beneficiario fue de 1,33 soles (USD\$ 0,49); aún exiguo, pero comparable con otros programas alimentarios.

¹⁰³ La tasa de infiltración se define como la proporción de la población que no pertenece a la población objetiva que recibe el beneficio del programa.

¹⁰⁴ La tasa de subcobertura se define como la proporción de la población que pertenece a la población objetiva que no recibe el beneficio del programa.

¹⁰⁵ La asignación del presupuesto hacia las municipalidades no se basa enteramente en criterios de pobreza o nutrición, sino que las asociaciones de madres de Vaso de Leche (demandantes) juegan un rol político fundamental para exigir por lo menos el mismo presupuesto del año anterior.

Además, Alcázar (2007) puntualiza que las ineficiencias en la compra de alimentos y la falta de información para la supervisión son factores responsables de que el PVL no tenga ningún efecto sobre los índices de nutrición. Así, entre los comités de madres del PVL se encontró que más del 25% de los recursos no llegaban a los beneficiarios en tanto que, en el hogar, el 60% de lo que recibe el beneficiario se reparte entre otros miembros del hogar que no pertenecen a la población objetivo.

Si se busca que el PVL tenga resultados favorables en relación con elevar el nivel nutricional de las poblaciones más vulnerables, se plantean algunos retos. En primer lugar, la evidencia empírica sugiere que el PVL debe mejorar su focalización, de tal manera que las poblaciones con mayores carencias nutricionales sean quienes reciban el programa y se minimicen las filtraciones y las tasas de subcobertura (Alcázar, 2007). En segundo lugar, se hace necesario que el gobierno central transfiera progresivamente más recursos de tal forma que el presupuesto por persona-día de la población vulnerable permita comprar alimentos con mayor calidad nutricional. En tercer lugar, el PVL debe contar con un aparato de supervisión que minimice los desvíos de los recursos, ya que el programa evidencia que por cada sol que desembolsa el MEF, la población objetivo recibe solo 0,29 (Alcázar, López-Calix y Wachtenheim, 2003). Finalmente, se debe considerar la posibilidad de una restructuración del tipo de alimentos entregados por el PVL y enfocar la provisión de alimentos con contenido de proteínas de origen animal o fuentes de hierro hemínico, las que son de más difícil acceso para las familias pobres. Finalmente, se sugiere plantear la posibilidad a futuro de incluir un componente educativo al modelo de gestión del PVL, así como revisar la oferta del programa para adecuarla al reto nutricional que representa la anemia.

d) Programa de Complementación Alimentaria (PCA)

Objetivos

El PCA, a través de sus distintas modalidades busca otorgar un complemento alimentario a los grupos más vulnerables de la población. Estos están constituidos principalmente por niños, personas con tuberculosis (TBC), adultos mayores, personas con discapacidad en situación de abandono y víctimas de violencia familiar. Se pueden identificar cinco modalidades del PCA: (i) Programa de Comedores Populares (PCP); (ii) Programa de Hogares y Albergues (PHA); (iii) Programa de Alimentos por Trabajo (PAT); (iv) Programa de los Adultos Mayores en riesgo (PAM); y (v) Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia (PANTBC) (Contraloría, 2008; MIDIS, 2013).

El PCP tiene por objetivo contribuir al acceso de alimentación de calidad para la población en situación de pobreza o en extrema pobreza. Asimismo, el PCP busca que los agentes involucrados en el programa mejoren sus prácticas nutricionales a través de capacitaciones en temas de salud, nutrición e higiene, entre otros (Contraloría, 2008). Por su parte, el PHA tiene como objetivo brindar alimentación a niños y adolescentes en situación de riesgo alojados en albergues o centros de rehabilitación de niños y niñas. El PAT, en tanto, busca incentivar el trabajo comunitario no remunerado orientado a actividades vinculadas con los servicios básicos, sociales, agropecuarios y forestales, entre otros (Pérez y Yamada, 2005; Contraloría, 2008). El PAM, por su parte, busca complementar la alimentación de los adultos mayores alojados en hogares, albergues o casas de reposo; y además atiende a las mujeres afectadas por violencia familiar y personas con algún tipo de discapacidad en situación de riesgo (MIDIS, 2013). Finalmente, el PANTBC tiene por objetivo contribuir con la mejora de salud del paciente afectado por TBC y el cuidado de su familia a través de actividades de educación alimentaria y la entrega de una canasta de alimentos (Pérez y Yamada, 2005; Contraloría, 2008).

Descripción de la intervención

La población objetivo del PCA varía en función de la modalidad. En el caso del PCP, la población objetivo está conformada por todas las personas en situación de pobreza y extrema pobreza que habitan en sectores urbano-marginales y rurales de todo el país (Alcázar, 2007). El PHA, por su parte, tiene como población objetivo a todos los niños y adolescentes que se encuentran en un albergue o casa hogar. En el caso del PAT, este contempla su intervención en las comunidades ubicadas en la zona peri-urbana

y rural como parte de su población objetivo. Igual que el PHA, la población objetivo del PAM está conformada por adultos en albergues o casas de reposo, mujeres que han sufrido algún tipo de violencia familiar y personas con discapacidad. En cuanto al programa PANTBC, las personas con TBC y sus familias constituyen la población objetivo de esta intervención (Contraloría, 2008; MIDIS, 2013). El método de focalización en muchos de los programas está determinado por el espacio geográfico que ocupa la población objetivo; por ejemplo, el PHA contempla su intervención en todos los albergues del territorio nacional. De igual manera, gran parte de la intervención del PAM está focalizado en las casas de reposo de las personas mayores. En el caso del PCP, de acuerdo con Alcázar (2007), no existe un sistema de focalización claro basado en indicadores de pobreza o nutricionales, sino que la asignación de recursos está fuertemente politizada por las organizaciones de los Comedores Populares. Respecto al PANTBC, el proceso de focalización está determinado por la inscripción de los pacientes a un tratamiento médico en los hospitales que administra el MINSA (Pérez y Yamada, 2005). Para el caso del PAT, no hay información disponible que describa el proceso de focalización.

El funcionamiento del programa está bajo la responsabilidad de los gobiernos locales. Así, el MIDIS firma un convenio de gestión con las municipalidades, comprometiéndose con el establecimiento de normas y procedimientos para una adecuada gestión de los programas y brindar capacitación técnica a las autoridades municipales. Por su parte, las municipalidades se comprometen a cumplir con las metas y objetivos fijados, capacitar a los responsables vinculados con las distintas modalidades del PCA, reportar indicadores referidos al presupuesto ejecutado, el presupuesto asignado por ración y el porcentaje de centros de atención supervisados. Asimismo, se establece que las transferencias monetarias a las municipalidades se harán con una frecuencia mensual (RM N° 024-2015-MIDIS).

La gestión del PCS es en función de la modalidad. El PCP es ejecutado por las organizaciones de mujeres que son las encargadas de comprar, preparar y distribuir las raciones de alimentos (Pérez y Yamada, 2005). Las raciones se venden a los beneficiarios a un precio módico. En una encuesta realizada por Blondet y Trivelli (2004) a 670 comedores de Lima se encontró que en promedio se distribuyen 102 raciones, 61% de las cuales van a las socias, 18% se venden a la gente de que no forma parte del comedor y 9% es otorgado a personas que no tienen capacidad de pago. Asimismo, las autoras encontraron que las socias pagan en promedio 1 sol por ración; mientras que las no socias cancelan 1,5 soles. Portilla (2014) destaca la existencia de dos tipos de comedores: (i) comedores subsidiados y (ii) comedores autogestionados. Los primeros surgieron en la década de los ochenta y reciben un subsidio igual al 25% por ración empadronada¹⁰⁶; mientras que los comedores autogestionados surgieron en los años noventa y no reciben un subsidio económico, sino solo alimentos crudos y no perecibles. En 2004, Blondet y Trivelli (2004) cuantificaron 56,000 comedores autogestionados y 45,000 comedores subsidiados.

Por su parte, el PHA atiende los 312 días del año con raciones diarias tipos almuerzo. Estas raciones deben cubrir el 35% de los requerimientos calóricos y el 83% de los requerimientos proteicos diarios. Las raciones son preparadas por el hogar y el albergue en forma organizada. En el caso del PAT, las organizaciones de base (Asociaciones de Comedores Populares, Club de Madres y Asociaciones de Productores, entre otros) u organizaciones territoriales (comunidades campesinas o asentamientos humanos, entre otros) deberán presentar una solicitud a los gobiernos locales, de modo que estas las incluyan en el presupuesto anual. Una vez aprobada la solicitud, en contraprestación del trabajo en obras comunales (canales de riego, reservorios o reparación de aulas) se les beneficiará con una ración de 2 Kg. de alimentos por jornal de trabajo (1,200 gr de cereales, 600 gr de menestras y 200 gr de grasas o aceites) (Contraloría, 2008). Por su parte, el PAM atiende 25 días de cada mes a su población objetivo, quienes reciben una ración que aporta el 31% de los requerimientos diarios energéticos y el 54% de los requerimientos proteicos. La distribución de las raciones se realiza en las casas de reposo de los adultos mayores (MIDIS, 2010). Finalmente, el PANTBC es ejecutado por los gobiernos locales en coordinación con el MINSA. En los establecimientos hospitalarios se le brinda al beneficiario (persona con TBC) y a dos integrantes de su familia una canasta de alimentos que brinde el 28% de los requerimientos proteicos de la familia. La ración referencial del programa tiene una composición de

¹⁰⁶ Los datos son referenciales para el año en que fue escrito el trabajo de investigación (2013).

150 gr de cereales, 20 gr de menestras, 20 gr de carne y 10 gr de grasa. Con esta ración se busca contribuir con la recuperación del paciente con TBC (Contraloría, 2008).

Las características de la población beneficiada por las distintas modalidades del programa PCA se detallan a continuación. Los beneficiarios del PCP han disminuido de 434,000 en 2012 a 273,000 en el año 2015 según la ENAHO. Además, más del 34% del total de beneficiarios están ubicados en Lima Metropolitana; mientras que un poco más del 26% se ubica en la sierra centro y el 14% en la sierra sur del Perú. Las regiones con menor cantidad de beneficiarios son costa sur (0,9%), sierra norte (4,3%), costa centro (5%) y la selva (5,6%). En cuanto a la distribución de beneficiarios por departamentos, Lima (36%), Huancavelica (9,9%), Ancash (7,7%) y Piura (5,95%) son los departamentos que concentran la mayor cantidad de beneficiarios por el PCP; mientras que el resto de los departamentos no llegan a concentrar (individualmente) ni el 5% de la población total. Desafortunadamente, no hay registros de beneficiarios por grupo etario ni existen datos disponibles sobre las características de los beneficiarios para las otras cuatro modalidades del PCA.

Finalmente, cabe destacar que el presupuesto asignado al PCA y la cantidad de provincias que son intervenidas por el programa ha ido en aumento. En ese sentido, se sabe que desde el año 2013 a 2015 eran 195 provincias atendidas por lo menos por alguna modalidad del PCA y, para 2015, el PCA llegaba a 1,825 distritos. Asimismo, el presupuesto destinado para las actividades del programa asciende a más de 143 millones de soles en 2015, aproximadamente 5 millones más respecto del año 2013.

Logros y retos del programa

Al analizar la calidad del gasto del PCA, en particular del PCP, Lavado (2007) muestra que dicho programa es regresivo en su distribución geográfica; es decir, los recursos destinados para PCP están mayoritariamente concentrados en los departamentos no pobres¹⁰⁷. Sin embargo, cuando el autor excluye del análisis a Lima, los resultados muestran una ligera progresividad. Si bien los recursos del PCP no están distribuidos favorablemente hacia los departamentos más pobres, Lavado (2007) también sustenta que, en cada departamento, los recursos efectivamente llegan a los hogares más pobres (el índice de concentración intrarregional es progresivo). Por otro lado, respecto de la importancia que el PCP tiene para un determinado grupo social (medida como el porcentaje que este representa del total de gasto de consumo de las familias), se sabe que el quintil 1 y 3 reciben mayores beneficios (3,9%), seguidos por el quintil 4 y 2 con 3,8% y 2,8%, respectivamente. En promedio, los beneficios que reciben los quintiles más pobres son igual o (ligeramente) mayores a los que reciben los quintiles más ricos, por lo que se concluye que el sistema de focalización es inadecuado (Lavado, 2007).

Asimismo, con relación a los efectos del PCP se sabe que este ha logrado resultados favorables en referencia al empoderamiento de la mujer. Portilla (2013) argumenta que la participación de las mujeres en los comedores populares ha sido favorable en cuanto estas han podido ampliar sus capacidades. De este modo, las mujeres lideresas tienen la capacidad de tomar decisiones evitando privaciones de hambre y desnutrición; además, la probabilidad de participación política y el desarrollo de mejores habilidades de negociación es más alta para aquellas mujeres socias del PCP.

Por otra parte, Alcázar (2007) analiza los principales problemas y retos que tiene el PCP. La autora encuentra que el programa apenas representa el 2,2% del consumo de los hogares beneficiarios y que la calidad de focalización de este programa es una de los peores del conjunto de programas de asistencia alimentaria. La mala focalización se debe, en su opinión, a la politización del programa por parte de las organizaciones de comedores populares que no permiten que la distribución de recursos se realice sobre la base de criterios estrictamente nutricionales o de pobreza. Por ello, Alcázar (2007) encuentra que el programa es ligeramente regresivo. En ese sentido, se debe mejorar el sistema de focalización del PCP y tratar de plantear una modalidad que pondere el peso político de las organizaciones y la asignación del presupuesto eficiente de recursos.

¹⁰⁷ El autor hace el análisis para el año 2003.

En conclusión, existe poca información sobre los programas alimentarios del PCA, con excepción del PCP y en alguna medida el PANTBC. Aun cuando no fuera posible realizar evaluaciones de impacto de estos programas, es recomendable, a la brevedad, realizar evaluaciones de desempeño u operativas en tanto sus usuarios son una población de alta vulnerabilidad como lo son los niños y niñas en situación de pobreza o pobreza extrema, niños y niñas en situación de calle y enfermos de tuberculosis. Pese a serios cuestionamientos sobre la idoneidad de estas intervenciones, la falta de información, aunada al peso político de las organizaciones de comedores populares, no auguran condiciones de un cambio sustantivo dirigido a una mayor eficacia de esta intervención.

2. Programas de aseguramiento

a) Seguro Integral de salud (SIS)

Objetivos y antecedentes

Mediante R.S. 445-2001-SA del 31 de octubre de 2001 se crea la Unidad de Seguro Integral de Salud, que integra al Seguro Escolar Gratuito (SEG) y al Seguro Materno Infantil (SMI). El SEG atendía a los escolares entre 3 y 17 años de escuelas públicas. Por su parte, el SMI cubría a todas las mujeres gestantes y en puerperio, y niños menores de 5 años (Jaramillo y Parodi, 2004). En 2002, mediante la Ley N° 27657 se crea el SIS cuya misión es “administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector”¹⁰⁸. De esta forma, el SIS tiene por objetivos estratégicos¹⁰⁹: (i) construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad; (ii) promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza; y (iii) implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población. Iniciando operaciones ese mismo año con tres planes que cubrían a grupos específicos con un paquete de prestaciones esenciales, desde entonces el SIS ha ampliado su cobertura mediante la incorporación de más grupos poblacionales y la adopción de planes de beneficios como el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) del año 2007, que se modifica por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en 2009, a la luz de la Ley Marco de Aseguramiento Universal.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal de 2009 apuntó a establecer un sistema de seguro obligatorio que cubriese a toda la población mediante diferentes esquemas que deberían ampliarse gradualmente para llegar a sus poblaciones objetivo. Esta ley es un hito de reforma, tanto por su espíritu de asegurar la cobertura y protección universal, como por la trascendencia de algunos de sus cambios: la creación del seguro para independientes de EsSalud; la formalización de los tres modelos de financiación del SIS (el contributivo, el semi-contributivo y el subsidiado); la extensión del grupo poblacional cubierto por el SIS y, finalmente, la transición del LPIS hacia el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que se espera garantizar a todos los peruanos.

Dos hitos importantes en los cambios del SIS se producen en 2011 y 2013. En 2011, la Ley de Financiamiento Público de los regímenes subsidiado y semi-contributivo del aseguramiento universal en salud busca establecer los principios del financiamiento para la atención de las personas afiliadas y garantizar la sostenibilidad e implementación progresiva del Aseguramiento Universal en Salud (AUS.) La ley define cambios relevantes en cuanto a los mecanismos de financiación de dichos regímenes pero no amplía las fuentes de recursos ni les ofrece una fuente previsible para el pago de servicios y atenciones en salud, dejando la evolución de los ingresos de tales fondos a la voluntad política. En 2013, la Reforma de Salud busca dar un mayor desarrollo y alcance a leyes anteriores. En el año 2013, el Consejo Nacional de Salud elaboró y aprobó los “Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud”, lo que dio fundamento al desarrollo y promulgación de 23 decretos legislativos que, entre otros, implicaron avanzar hacia la

¹⁰⁸ Véase Ley N° 29344.

¹⁰⁹ Véase D.S. 009-2002-SA.

universalización de la cobertura de salud, la extensión de la cobertura de aseguramiento, el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS), la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud, las políticas de inversiones y de remuneraciones, la protección de derechos en salud y la organización del MINSA.

Descripción de la operación del SIS

La población objetivo del SIS está constituida por las poblaciones en condición de pobreza y extrema pobreza (Alfageme y del Valle, 2009). Sin embargo, cuando se inició el programa el año 2002, el SIS estaba enfocado principalmente en la madre gestante y el niño en situación de pobreza (SIS, 2009). Luego, con la promulgación de la Ley N° 28588, los servicios de salud fueron ampliados a las madres no gestantes y personas mayores de 17 años edad. Este grupo de personas debían acreditar su condición de pobreza o pobreza extrema y no tenían que estar afiliados a EsSalud u otro régimen de seguridad social para ser parte del SIS. Para poder distinguir la condición de pobreza o pobreza extrema, el SIS implementó un sistema de focalización que consistió en el aseguramiento universal de toda la población perteneciente a distritos con más del 65% de familias pobres. Por otro lado, en los distritos con menor porcentaje de familias pobres se aplicó el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) que estima la capacidad de pago de cada inscrito¹¹⁰.

Por otra parte, el funcionamiento del SIS ha estado en constante evolución, desde planes de salud dirigido a ciertos grupos poblacionales hasta un sistema que busca el aseguramiento universal de la población. Desde su creación, el SIS funcionaba mediante planes de salud dirigidos a segmentos específicos de la población. El plan A estuvo dirigido a niños de 0 a 4 años; el Plan B, para niños y adolescentes de 5 a 17 años y el Plan C, para madres gestantes. Cada uno de estos planes contemplaba prestaciones específicas de acuerdo con la característica de los grupos poblacionales. Posteriormente, con el D.S. N° 002-2004-SA, se incorporó al SIS a los adultos en situación de pobreza sin seguro de salud y a los adultos focalizados por ley¹¹¹, que fueron agrupados en los planes D y E, respectivamente. En el año 2006, el D.S. N° 006-2006-SA establece la creación del plan G para aquellas personas con alguna capacidad de pago, bajo la modalidad de un aseguramiento semi-contributivo. Asimismo, dicho Decreto Supremo (D.S. N° 006-2006-SA) señala que dentro del plan E se debe incluir a la población amazónica, población alto-andina y a las víctimas de la violencia social. En 2007 también se incluye a los moto-taxistas al plan G (SIS, 2011).

El año 2007, el D.S. N° 004-2007-SA pone fin a la sucesión de planes de salud, ya que todos estos programas pasaron a formar parte del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS), que establece un conjunto de intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación para todo el conjunto poblacional que incluía los planes antes descritos. Posteriormente, en 2009 y bajo el marco de aseguramiento universal, el LPIS es reemplazado por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (SIS, 2011). El PEAS busca atender a toda la población a través de tres esquemas de financiación: (i) contributivo, (ii) semi-contributivo y (iii) subsidiado. El esquema contributivo está financiado por los aportes del asegurado. Por su parte, el sistema semi-contributivo¹¹² se financia en parte con los fondos públicos y está dirigido principalmente a trabajadores independientes o micro/pequeñas empresas que no pueden pagar seguros privados. En tanto, el esquema de aseguramiento subsidiado se financia íntegramente con recursos públicos; asimismo, este modelo de aseguramiento está dirigido a personas de bajos recursos. En 2015, el MINSA señala que todo recién nacido, desde la gestación, será afiliado automáticamente al SIS; esta disposición es aplicada únicamente a niños que no tengan afiliación a otro seguro de salud (Restrepo, 2016). Es importante indicar la necesidad de contar

¹¹⁰ De acuerdo con la información de su página web [en línea] http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html.

¹¹¹ Dentro de la población denominada adultos focalizados por ley, se encuentran las líderes de los comedores populares, madres de los niños y niñas del programa Vaso de Leche, madres de las guarderías Wawa Wasi y madres miembros de Comités Locales de Administración en Salud.

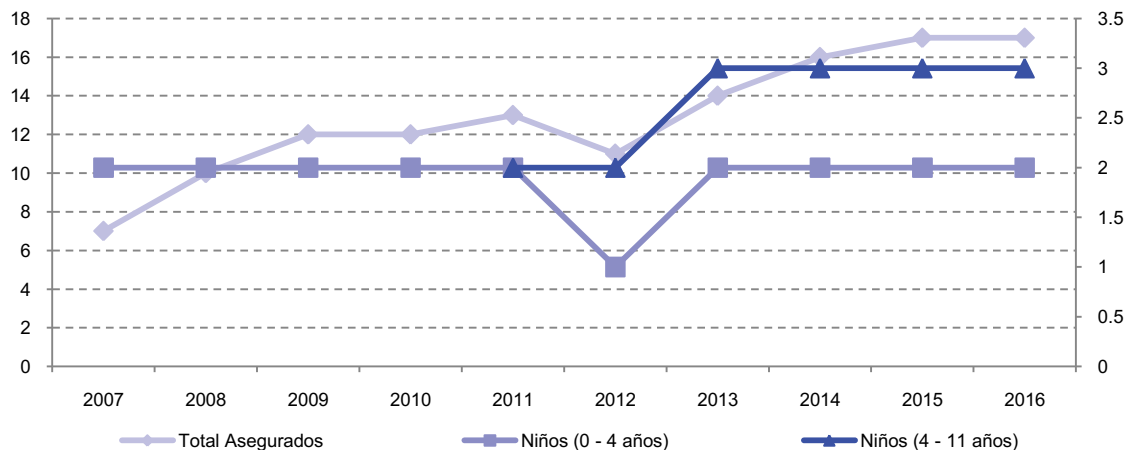
¹¹² En el sistema semi-contributivo, el asegurado tendrá que pagar una cuota de 10 soles a nivel individual y 30 soles a nivel familiar. Ver Restrepo, 2016.

con DNI o con la partida de nacimiento¹¹³ para la afiliación; ello podría constituir una barrera de acceso para las poblaciones amazónicas y alto andinas.

Respecto al plan de beneficios que ofrece el SIS a sus beneficiarios, estos incluyen: (i) PEAS, (ii) Plan complementario y (iii) cobertura extraordinaria. El PEAS ofrece un listado de las condiciones, intervenciones y prestaciones prioritarias, cuya provisión será otorgada en todos los establecimientos de salud de acuerdo con su nivel de complejidad. El PEAS prioriza intervenciones de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación; sin embargo en la práctica, el PEAS está enfocado principalmente a lo asistencial (recuperativo y rehabilitación) y no tanto en actividades preventivas (limita a controles de la gestante y del niño) y/o promocionales. Por su parte, el plan complementario y la cobertura extraordinaria son beneficios que solo están habilitados para el régimen subsidiado. El plan complementario detalla que los excedentes a los topes establecidos en el PEAS por atenciones de salud serán cubiertos por el SIS por un tope de hasta 1.5 UIT¹¹⁴. Para la cobertura extraordinaria, los afiliados podrán solicitar este beneficio en caso de que las enfermedades se encuentren fuera del plan del PEAS o que sus diagnósticos excedan topes máximos.

A continuación se presenta la evolución de asegurados del SIS en el periodo 2007-2016 (véase el gráfico 7)¹¹⁵. El total de asegurados al SIS ha aumentado de casi 7 millones de usuarios en 2007 a 17 millones de usuarios hasta mayo de 2016. En tanto, la evolución de asegurados de 0 a 4 años se ha mantenido relativamente constante, ya que la cantidad de beneficiarios solo ha aumentado en 280,000 personas en nueve años. De igual manera, la evolución de beneficiarios entre 5 y 11 años también se ha mantenido casi estancada en los últimos cinco años, registrando un aumento de un poco menos de 294,000 beneficiarios.

Gráfico 7
Perú: asegurados del Seguro Integral de Salud, 2007-2016
(En millones de personas)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIS.

Según el Boletín Estadístico del SIS (2015), para el año 2015 se sabe que el 29,8% del total de afiliados al SIS pertenecen a la población entre 30 y 59 años; el 20,2% a la población entre 18 y 29 años, el 16,7% a la población entre 5 y 11 años, el 12,1% a la población entre 12 y 17 años, el 11,4% a la población entre 0 y 4 años y el 9,9% a la población mayor de 60 años. Asimismo, se sabe que más de la mitad de

¹¹³ El DNI como requisito de afiliación ha sido tomado según indica la página web del SIS. Véase [en línea] <http://www.sis.gob.pe/Portal/productos/sisgratuito/sis-gratuito-aus/index.html>.

¹¹⁴ Unidad Impositiva Tributaria.

¹¹⁵ Los datos están disponibles hasta mayo de 2016.

asegurados pertenecen al sector rural (59,3%). Respecto a la ubicación geográfica de los asegurados, el 43,5% pertenece a la región costa, de la cual los departamentos de mayor concentración son Lima (21,6%) y Piura (6,9%); mientras que el 35,9% pertenece a la región sierra y un poco menos del 20% a la región selva. Por condición de pobreza, según datos de la ENAHO (2015), el 82,4% de la población en extrema pobreza está afiliado al SIS y el 69,4% de la población en pobreza no extrema también; mientras que solo el 35,7% de la población no pobre cuenta con este tipo de seguro.

Retos y logros

Sin duda, el SIS es una herramienta central de la protección social de la población, particularmente la más pobre. La reforma de salud implementada el año 2013 tuvo como uno de sus objetivos mejorar y ampliar los servicios de salud brindados por el SIS. En ese sentido, la reforma apuntó a: (i) disminuir la subcobertura en la población en situación de pobreza en el régimen subsidiado; (ii) ampliar los beneficios del régimen subsidiado a la población en prioridad sanitaria constituida por mujeres en gestación, niños hasta los 5 años de edad y escolares de las escuelas públicas; y (iii) extender el régimen del SIS semi-contributivo. Según ENAHO (2015), se sabe que el 78% del total de asegurados del SIS vive en situación de pobreza o pertenecen a la población en prioridad sanitaria¹¹⁶. Del 22% restante, el 2% corresponde al régimen semi-contributivo y el 20% son los afiliados no pobres que pertenecen al régimen subsidiado, lo que representaría el grado de filtración. Por ello, el SIS enfrenta el reto de reducir la filtración en régimen subsidiado y redireccionar esos recursos a la población más vulnerable, así también el de promocionar y mejorar los planes del régimen semi-contributivo con el objetivo de incrementar la afiliación de la población que se encuentra en el sector no formal (De Habich, 2016).

Las medidas de la reforma de salud no solo estuvieron enfocadas en mejorar y ampliar la focalización en la cobertura del SIS, sino que también estuvieron dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de salud. En ese sentido, la reforma otorgó al SIS la capacidad para comprar servicios al sector privado en el caso de que no hubiera un servicio público que resuelva la demanda de salud actual. De esta forma, se aprovechaba la capacidad instalada del sector privado en beneficio de la población en general. Entre 2012 y 2016 se realizaron 95,000 prestaciones en el sector privado financiado por el SIS. Por otro lado, en 2012 se aprobó el “Plan Esperanza” que permitió la cobertura a enfermos de cáncer y trasplantes de médula ósea a enfermos de leucemia menores de edad. Los resultados del “Plan Esperanza” han sido bastante auspiciosos, pues desde 2012 más de 4,2 millones de personas han sido tamizadas, 122,000 han sido diagnosticadas y tratadas gratuitamente y se han realizado más de 60 trasplantes de médula ósea, de las cuales ocho se hicieron fuera del país (Velásquez, Suarez y Nepo-Linares, 2016). Los retos más importantes del SIS respecto a la mejora de la calidad de los servicios de salud pasa por fortalecer la relación entre la capacidad de contratación con el sector privado con la finalidad de ampliar la capacidad instalada y satisfacer la demanda creciente de los asegurados. Asimismo, se debe mejorar la gestión y financiamiento de las inversiones en infraestructura en salud; en ese tema, la apuesta por las asociaciones público-privadas pueden ayudar a acelerar el proceso. Por el lado de los recursos humanos, la política de incentivos salariales a la especialización y/o a la atención a zonas alejadas debe continuar. Asimismo, dirigido a buscar un modelo de financiamiento balanceado, el PEAS debe dar mayor importancia a las actividades preventivas que asistencialistas; ya que las primeras implican menores costos.

Para concluir esta sección vale destacar que un punto reciente de preocupación con relación al SIS viene dado por la aprobación de un Decreto Legislativo sobre el SIS (DL 1346), decreto confuso y de imprecisa justificación y alcance. En este se hace mención a la pobreza y vulnerabilidad como condiciones necesarias para la afiliación al SIS subsidiado, pero no se precisa si algunos grupos poblacionales que hoy contaban con el SIS y que son críticos para este estudio (la población en riesgo social: personas en situación de calle, niños y jóvenes en albergues; las madres gestantes y la primera infancia sin otra cobertura de salud así como los niños que hoy cuentan con Seguro Escolar), seguirán manteniéndolo o si se recortará de alguna manera su derecho actual. Más aun, al introducirse un Comité Directivo conformado

¹¹⁶ La población en prioridad sanitaria está constituida por todos los niños menores de 5 años, mujeres gestantes y estudiantes de escuelas públicas que no tengan algún seguro de salud.

por representantes del MIDIS, MIMP y MEF, entre otros, la gobernabilidad del SIS cambia a partir de este decreto. Es importante estar atentos a que, en un país que presenta uno de los más bajos gastos de salud en la región, no se produzca un recorte de derechos y menos al nivel de decisión de un Comité Directivo que podría en última instancia privilegiar objetivos fiscales sobre la cobertura al aseguramiento. Corresponde recordar que el SIS es un instrumento clave del aseguramiento universal de salud, que a su vez es una política de Estado incluida en el Acuerdo Nacional.

3. Programas de acceso a servicios sociales

a) Programa Integral Nacional para el Bienestar de la Familia (INABIF)

Objetivos y antecedentes del programa

El Programa Integral Nacional para el Bienestar de la Familia (INABIF) tiene como antecedente al Instituto Nacional de Promoción Familiar (INAPROMEF) implementado en 1975 y cuya misión fue atender a los más necesitados. En 1982, con el Decreto Legislativo 118, INAPROMEF se transforma en el INABIF, que fue un órgano descentralizado del Ministerio de Justicia¹¹⁷. En 2005, mediante el D.S. 11-2004-MIMDES que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)¹¹⁸, se establece que el INABIF pase a ser un programa integral nacional a cargo del Despacho Viceministerial de la Mujer. Después, en 2012 y mediante el DS 003-2012-MIMP, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) queda a cargo del programa INABIF.

El objetivo del INABIF, según el Manual de Operaciones, es “contribuir con el desarrollo integral de las familias en situación de vulnerabilidad y riesgo social, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de abandono y riesgo social a fin de propiciar su inclusión en la sociedad y el ejercicio pleno de sus derechos”. El programa cuenta con cinco objetivos generales: (i) proteger a las niñas, niños y adolescentes en situación de presunto estado de abandono; (ii) promover, prevenir y proteger a las personas con discapacidad en situación de abandono y riesgo social; (iii) contribuir a un cambio de valoración, trato y mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores, brindando protección integral a aquellos que se encuentran en situación de abandono; (iv) promover, prevenir y proteger a las familias que asuman sus funciones y roles, bajo un enfoque de género y de derechos y ejecutar actividades de urgencia y emergencia frente a situaciones de riesgo social; y (v) fortalecer la gestión institucional de forma eficiente para mejorar las gestión de resultados¹¹⁹.

Descripción de la intervención

La organización del INABIF cuenta con cuatro unidades de línea para lograr sus objetivos: (i) la Unidad de Servicios de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (USPNNA); (ii) la Unidad de Servicios de Protección de Personas con Discapacidad (USPPD); (iii) la Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores (USPPAM); y (iv) la Unidad de Desarrollo Integral de las Familias (UDIF). Pese a que se ha buscado integrar al INABIF como un programa es más bien un organismo público que ejecuta una variedad de programas.

La Unidad de Servicios de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (USPNNA) se encarga de brindar atención integral y especializada a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de abandono y/o riesgo social, con el propósito de reinsertarlos en su entorno familiar. En el caso de la

¹¹⁷ Según Memoria Institucional del INABIF, 2012.

¹¹⁸ A partir del año 2012 el MIMDES se denomina Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y se encarga de diseñar, promover, ejecutar y supervisar las políticas públicas a favor de ese segmento de la población.

¹¹⁹ De otro lado, entre sus principales objetivos específicos se encuentran: (i) proteger integralmente a niños y niñas sin cuidados parentales en presunta situación de abandono; (ii) reinsertar o insertar a los niños, niñas y adolescentes en los Centros de Atención Residencial (CAR), a sus familias; (iii) integrar a los niños, niñas y adolescentes residentes en los CAR a una familia acogedora; (iv) promover y proteger integralmente a las personas adultas mayores en situación de abandono, en los servicios del INABIF; y (v) proporcionar protección integral en los CAR a las personas con discapacidad en situación de abandono, entre otros.

USPNNA, los servicios buscan: (i) Satisfacer necesidades básicas, (ii) entregar soporte social, (iii) aportar al desarrollo y formación ocupacional y (iv) promover la reinserción laboral. Asimismo, la USPNNNA tiene servicios como “Familias Acogedoras” que acoge temporalmente a niños, niñas y adolescentes y les brinda la posibilidad de que crezcan con una familia; y “Servicio Vidas” el cual brinda protección integral a mujeres embarazadas en situación de riesgo social.

El segundo componente, la Unidad de Servicios de Protección de Personas con discapacidad (USPPD), atiende a niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad en situación de abandono u otro riesgo social. Esta unidad interviene mediante la propuesta de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), la cual puede darse a través de una atención integral domiciliaria o el entrenamiento a padres para el cuidado y atención integral en los CAR. Asimismo, la propuesta de RBC comprende el conjunto de acciones dirigidas al desarrollo de niños, niñas y adolescentes en los aspectos físicos, morales y mentales y demás dimensiones de la vida a fin de lograr su incorporación plena y responsable en la sociedad. El tercer componente, USPPAM, realiza acciones de prevención y promoción del trato digno a las personas adultas mayores a través de talleres, cursos, seminarios, foros, campañas y otros. Esto sirve para concientizar a las familias, comunidades e instituciones públicas y privadas sobre el respeto y cuidado de la población adulta mayor.

Finalmente, la Unidad de Desarrollo Integral de las Familias (UDIF), “desarrolla actividades de protección, prevención y promoción a las familias en situación de riesgo y/o vulnerabilidad social, para que asuman funciones y roles bajo un enfoque de género y derechos con la participación de la comunidad, así como la atención oportuna de familias que atraviesan situaciones de urgencia y emergencia social a nivel nacional” (Artículo N° 28 del Manual de Operaciones INABIF, 2012). La UDIF opera a través de cuatro tipos de centros: (i) Centros de Desarrollo Integral para la Familia (CEDIF); (ii) Centros Comunales Familiares (CFF); (iii) Centros de Recreación Familiar (CRF); y (iv) los Centros de Atención de Emergencias y Urgencias INABIF en Acción.

Los Centros de Desarrollo Integral para la Familia (CEDIF) están ubicados principalmente en lugares de alta concentración de niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores en situación de riesgo social y vulnerabilidad, tanto en zonas urbanas marginales como en las rurales. Hasta mayo de 2016 había 23 CEDIF, 12 de ellos en Lima y los otros 11 en provincias como Ica, Tacna, Junín, Loreto, Ancash, Ayacucho, Amazonas, Puno, Huancavelica y Cajamarca. Estos centros entregan apoyo a los padres en el cuidado de sus hijos mientras van a trabajar. Además, el CEDIF brinda otros servicios: servicio de cuidado diurno para niños y niñas de 6 a 11 meses; servicio de promoción al adolescente para adolescentes de 12 a 17 años; Club del Adulto Mayor (CAM) para adultos mayores de 60 años; Talleres de Capacitación Ocupacional; consejería familiar y escuela de familias. Por su parte, INABIF en Acción ofrece atención oportuna y eficaz a familias pobres o extremadamente pobres que atraviesan situaciones difíciles que no pueden resolver por sí mismas y les entregan orientación, consejería y apoyo económico. El servicio atiende las demandas de orden social y de emergencia utilizando técnicas como la entrevista y las visitas domiciliarias, y la gestión de recursos intra e interinstitucionales. Por su parte, el servicio familiar “Acercándonos” brinda asesoría legal, consejería social y psicológica a las familias peruanas en situación de vulnerabilidad con el objetivo de que puedan superar conflictos emocionales que afecten a su miembros, así como fortalecer los roles parentales respecto a las buenas prácticas de crianza y el conocimiento de sus derechos. Finalmente, el servicio de acogimiento familiar se ejecuta desde mayo de 2007 y busca que los niños, niñas y adolescentes se puedan desarrollar en el marco de una familia. En 2014¹²⁰, los beneficiarios de este servicio fueron los niños, niñas y adolescentes que por estar en presunto estado de abandono se encontraban en un Proceso de Investigación Tutelar, y aquellos que judicialmente han sido declarados en estado de abandono y por ello viven en un CAR.

Los Centros Comunales Familiares se encuentran en Lima y en provincias, en zonas de pobreza y pobreza extrema. En estos centros se desarrollan acciones preventivo-emocionales y se entrega apoyo alimentario a niños, niñas y adolescentes entre los 3 y 14 años de edad, pudiendo también incluir a

¹²⁰ Con la Ley N° 30162.

adultos mayores de la comunidad que requieran este servicio. Por su parte, los Centros de Recreación Familiar son espacios donde se desarrollan actividades deportivas, recreativas y culturales dirigidas a niños, niñas, adolescentes, jóvenes adultos y adultos mayores de la comunidad con el objetivo de utilizar el tiempo libre. De otro lado, los Centros de Atención de Emergencias y Urgencias INABIF en Acción buscan realizar intervenciones sociales con las familias, en especial a niños, niñas y adolescentes que están en situación de emergencia y que no pueden atender por sí mismas. En el cuadro 11 se puede observar la cantidad de centros de atención que existen tanto en Lima como en provincias de los componentes mencionados en párrafos anteriores: USPNNA, USPPD, USPPAM Y CEDIF.

Cuadro 11
Perú: unidades de servicio Programa Integral Nacional para el Bienestar de la Familia (INABIF)

Unidades de Línea	Unidades de servicio	Número de centros de atención	Ubicación	
		Total	Lima	Provincia
Servicios de protección integral				
USPNNA		41	13	28
USPPD	CAR	5	5	0
USPPAM		2	2	0
Servicio de promoción familiar				
	CEDIF	23	12	11
	CCF	32	28	4
UDIF	CRF	5	5	0
	IA	1	1	0
Total		109	66	43

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información actualizada a marzo de 2016.

Logros y retos

Hasta el momento no se han realizado evaluaciones de operación o de impacto rigurosas del programa INABIF. De hecho, no solo no existen ni están disponibles públicamente estudios o evaluaciones recientes de su accionar, sino que la información de gestión rutinaria no es de fácil acceso. Más aun, en octubre de 2016 se instaló una comisión encargada del proceso de reorganización del INABIF que tiene como objetivo adoptar medidas correctivas y de modernización en los servicios brindados a niños, niñas y adolescentes.

La ausencia de estudios o evaluaciones redundan en que no es posible ahondar en la caracterización de la población hoy atendida por el INABIF, ni menos conocer la calidad y efectividad de los servicios ofrecidos. En 2010 se llevó a cabo una Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal (EDEP) del INABIF¹²¹ que analizó el diseño del programa, sus procesos de implementación, el presupuesto y sus resultados. Una de las conclusiones de esta EDEP fue que había carencia de información empírica de la problemática que se atiende y de definición clara de la población a atender. La población en riesgo solo es medida y priorizada en alguna manera por criterios de pobreza (EDEP, 2011); por el contrario, la población en abandono está claramente acotada y respecto de esta las intervenciones parecen mejor estructuradas. Otra conclusión alude a que el INABIF es un organismo que ejecuta una variedad de programas y dista mucho de ser un programa como tal. A pesar de que se haya elaborado un marco lógico que busca consistencia interna entre sus

¹²¹ Intervención Pública Evaluada: Programa Nacional de Bienestar Familiar INABIF (Pizarro, Alcázar y Parodi, 2011).

programas, las actividades carecen de una consistencia interna que permita apreciar su lógica vertical y horizontal. Un ejemplo son las actividades en los CEDIF que no corresponden a los objetivos del programa en cuestión (prevención de familias en riesgo) sino que, por ejemplo, sirven de cunas si los usuarios son pequeños, como comedores o lugar de talleres de limitada articulación con la labor de prevención social. Desde un punto de vista organizacional y de gestión, la EDEP destaca la excesiva centralización en Lima, sin que exista una estrategia para la descentralización ni una asignación de recursos histórica que responda a prioridades. De la misma forma, INABIF no contempla herramientas de evaluación de resultados finales o del impacto de sus intervenciones.

A futuro es imprescindible ir más allá de una reorganización administrativa del INABIF y establecer una visión clara respecto de la problemática a atender, la población objetivo y las intervenciones basadas en evidencia que serán parte del menú de servicios del INABIF. Estos esfuerzos deben ir acompañados de un esfuerzo por crear y gestionar el conocimiento de esta institución, central para la restitución de derechos de una población en extrema vulnerabilidad.

b) Programa Nacional Cuna Más (PNCM)

Objetivos y antecedentes del programa

En el año 2012 se crea el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) mediante DS N°003-2012-MIDIS, que tiene como objetivo el desarrollo infantil en las dimensiones físicas, socio-emocional, cognitiva y motora en niños y niñas menores de 3 años de edad que viven en extrema pobreza. Asimismo, el programa cuenta con tres objetivos específicos: (i) incrementar el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de los niños; (ii) mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje de sus niños, y (iii) fortalecer el vínculo afectivo madre/padre/cuidador(a)- hijo(a)/niño(a). El cumplimiento de estos objetivos está asociado con la participación y cooperación de todos los niveles del gobierno, comunidad, organizaciones sociales y sector privado¹²².

Descripción de la intervención

La población objetivo del PNCM está conformada por “niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema”¹²³. El programa busca superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. Las teorías sobre desarrollo infantil enfatizan que el desarrollo de las conexiones neuronales se da en los primeros años de vida. Para que ello ocurra deben minimizarse tres riesgos en el cuidado del niño, el riesgo biológico, el psicosocial y los de contexto (Walker y otros, 2007)¹²⁴. El PNCM se orienta a minimizarlos a través de la promoción de actividades que puedan garantizar el oportuno aprendizaje de los padres de familia, de tal forma que se promueva un desarrollo integral (cognitivo, emocional, social y emocional) de los niños. Para este efecto, Cuna Más cuenta con dos modalidades de intervención: (i) el Servicio de Cuidado diurno (SCD) y (ii) el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) (MIDIS, 2016; Rey Sánchez, 2015).

El SCD se ofrece de lunes a viernes de 8 a 16 horas y funciona a través de cuatro ejes: nutrición infantil, cuidado infantil, aprendizaje temprano y habitabilidad. El eje de nutrición infantil incluye la alimentación de los niños y niñas, que consiste en tres raciones diarias de alimento. Por su parte, el eje de cuidado infantil está enfocado en el seguimiento periódico de la asistencia del niño a sus controles de crecimiento y desarrollo (seguimiento al CRED) y un seguimiento nutricional a los niños; mientras que el eje de aprendizaje temprano busca inculcar en los niños la

¹²² En el año 2012, cuando se crea el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), el Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW) se adscribe al MIDIS y posteriormente se convierte en Cuna Más. El PNWW tuvo como propósito promover y ejecutar servicios destinados a brindar condiciones favorables para el desarrollo integral de los niños menores de 48 meses, prioritariamente de aquellos en situación de pobreza y extrema pobreza, para evitar la pérdida de sus capacidades de desarrollo futuro.

¹²³ Véase DS N°003-2012-MIDIS.

¹²⁴ El primer tipo de riesgo (biológico) está asociado con resultados nutricionales desfavorables en referencia a talla y peso adecuado. El segundo riesgo se relaciona con la sensibilidad de los padres ante las necesidades afectivas del menor. Los riesgos contextuales se refieren al inadecuado espacio para que el niño o niña pueda desarrollar eficazmente el proceso de aprendizajes. Véase Janssens (2006).

educación a través de experiencias de aprendizaje. Finalmente, el último eje, habitabilidad, tiene como objetivo brindar ambientes seguros y saludables (Programa Nacional Cuna Más, 2013). Por su parte, el SAF consiste en realizar visitas al hogar y realizar sesiones grupales para madres gestantes y niños. El SAF está orientado a mejorar el conocimiento y prácticas de las familias en el cuidado y aprendizaje infantil (Programa Nacional Cuna Más, 2013). Las visitas a los hogares están a cargo de facilitadoras, que son personas capacitadas de la misma comunidad encargadas de asesorar a la madre en técnicas de cuidado y aprendizaje de los niños y niñas.

La focalización del programa Cuna Más depende de la modalidad de intervención. Para el SCD, el proceso de focalización toma en cuenta a los niños y niñas menores de 3 años que se encuentren ubicados en distritos con una incidencia de pobreza total mayor al 19,1% y, preferentemente, en distritos con al menos un centro poblado¹²⁵. La incidencia de pobreza es calculada sobre la base de las características de la vivienda, acceso a servicios básicos y activos de los hogares, entre otros, datos que provienen de la ENAHO y el Censo 2010. En cambio, en el caso del SAF, la focalización considera los niños y niñas menores de 3 años y madres gestantes que se encuentren localizados en distritos con índices de pobreza mayores a 50% y pertenezcan al ámbito rural. Además de esos criterios, serán beneficiados los distritos que presenten una población de niños menores de 5 años con niveles de desnutrición superiores al 30% y que sean ámbito de intervención del programa JUNTOS¹²⁶.

El funcionamiento del PNCM, especialmente el SCD y las sesiones grupales del SAF se llevan a cabo en tres tipos de locales: (i) hogar de cuidado diurno (casa de la cuidadora); (ii) centro de cuidado comunal; y (iii) Centro Infantil de Atención Integral (CIAI). A diferencia de los dos primeros locales que ya existían con el programa Wawa Wasi, el CIAI es un nuevo tipo de infraestructura que, idealmente, es el que debería asistir a todos los niños y niñas por tener las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo infantil. El CIAI está organizado en diferentes salas para edades específicas, lo que permite brindar una atención de acuerdo con la etapa de desarrollo infantil en que se encuentre el niño o niña¹²⁷.

El programa PNCM descansa en un modelo de congestión Estado-Comunidad y está liderado por una dirección ejecutiva a cargo de la conducción y supervisión de la gestión del programa. Además, cuenta con una unidad técnica para cada modalidad, quienes son responsables del funcionamiento del programa. Cada unidad ejecuta su plan de acción a través de las 36 unidades territoriales en el territorio nacional, las que cuentan con un equipo de coordinadores, formadores, especialistas en temas de nutrición, salud, infraestructura y equipamiento (Contraloría, 2015). El equipo de cada unidad territorial trabaja con la comunidad organizada en Comités de Gestión y Comités de Vigilancia. A través de su junta directiva, el Comité de Gestión está a cargo de administrar, utilizar y rendir cuenta de los recursos transferidos; mientras que los Comités de Vigilancia son los encargados de vigilar las acciones del Comité de Gestión y de supervisar la calidad de la entrega del servicio. Esta última unidad también está integrada por las madres cuidadoras y las facilitadoras; las primeras encargadas del SCD y las segundas, encargadas del SAF (Contraloría, 2015).

El gráfico 8 muestra la evolución del número de beneficiarios del PNCM desde el año 2012 hasta abril de 2016. La población atendida por el programa se ha incrementado a una tasa promedio anual de 22,6% desde el año 2012. Para 2016 el número de usuarios del programa Cuna Más se contabiliza en 52,938 niños y niñas beneficiados por el SCD, en tanto que 77,865 familias han sido beneficiadas por el SAF. Cajamarca es el departamento con mayor cantidad de beneficiarios (14,301), seguidos por Cusco (9,790), Lima (9,065), Ayacucho (8,898) y Huánuco (8,596). Respecto a la

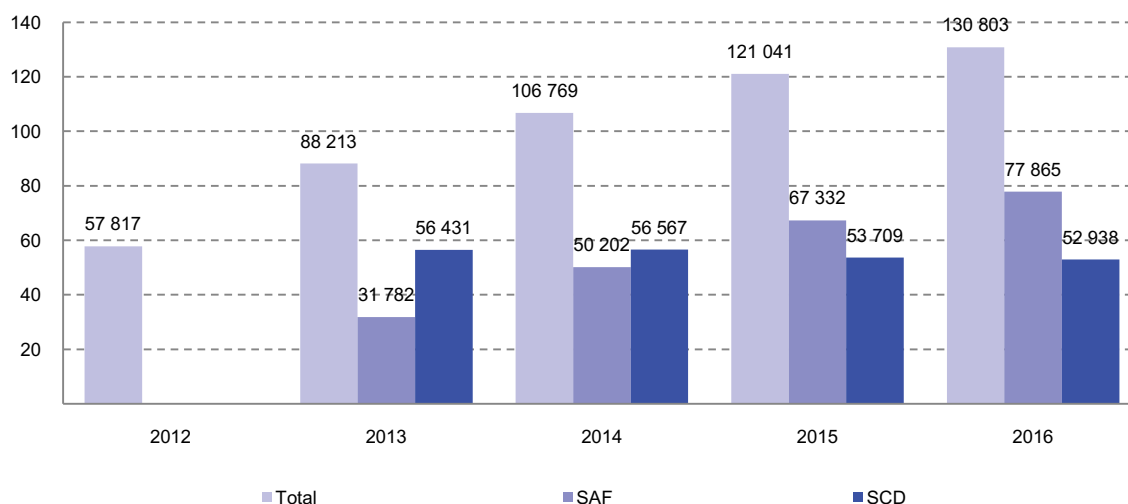
¹²⁵ Se considera centro poblado a aquel lugar que cuenta con al menos 2,000 habitantes o 400 hogares (Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1609-2015-MIDIS/PNCM).

¹²⁶ Resolución de Dirección Ejecutiva N° 1609-2015-MIDIS/PNCM.

¹²⁷ Existen cuatro salas: la sala de bebés entre 6 a 10 meses; la sala de gateadores para niños y niñas de 10 a 18 meses; la sala de caminantes para niños y niñas de 18 a 24 meses y la sala de exploradores entre los 25 y 36 meses. Pese a que se estén haciendo esfuerzos en implementar más CIAI, una funcionaria del programa entrevistada por Rey Sánchez (2015), señala que no todos los niños podrán asistir a un CIAI, pues en áreas rurales donde hay pueblos pequeños y dispersos no existe la suficiente cantidad de niños y niñas para abrir este tipo de local. Así, una forma más eficiente de atender a esta población es a través de los hogares de cuidado diurno y centros de cuidado comunal.

distribución del SCD, Lima cuenta con 9,065 beneficiarios; mientras Apurímac, Puno, Arequipa y Ayacucho tienen alrededor de 3,200. Por otra parte, los departamentos de Cajamarca, Huánuco y Cusco son los que encabezan la lista con mayor número de familias intervenidas por el SAF.

Gráfico 8
Perú: niños atendidos en el Programa Nacional Cuna Más (PNCM), 2012-2016
(En millones de atendidos)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de estadísticas del MIDIS de los años correspondientes.

Respecto al presupuesto del PNCM, se sabe que para 2016 se planificaron más de 362 millones de soles. De esta cantidad, el 7,2% (26,2 millones de soles) corresponde a los gastos de gestión y funcionamiento del Programa Nacional; el 32,2% (116,7 millones de soles) está destinado al SAF y el 60,6% se destina al SCD. Cabe destacar que el programa tiene una ejecución eficiente que alcanza al 95%. Además, el porcentaje que representó el componente de gestión del programa ha bajado de 20,43% en 2013 a 7,1% en 2015.

Logros y retos

Los logros de Cuna Más pueden resumirse en tres: (i) la preocupación por avanzar hacia la atención integral de los niños, incluyendo en esta atención no solo aquellos en edad preescolar, sino también a sus padres y a la comunidad; (ii) la introducción de una modalidad familiar-comunitaria que ha demostrado impactos importantes en términos de indicadores de desarrollo en el resto de América Latina, y que presumiblemente encontrará importantes impactos en el Perú, máxime cuando se trata de una población rural en pobreza extrema; y (iii) el aumento en la cobertura del cuidado infantil.

Dicho esto, existen retos importantes. El primero, y más importante, alude a la ausencia de una reflexión sobre los criterios de focalización del programa, particularmente del SCD. Ello, de cara a una ausencia de definición estratégica previa: ¿qué rol ocupa Cuna Más o la oferta del MINEDU en primera infancia, desde el punto de vista de la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia? El cuidado infantil de calidad es uno de los pisos mínimos que el Estado debe garantizar, con universalidad y pertinencia. Con esa visión puede priorizarse a la población infantil más vulnerable, pero con una mirada a este piso mínimo universal. En este caso, la desafortunada caracterización de los programas MIDIS como “focalizados y temporales” no corresponde a una visión moderna de la protección social, ni a un objetivo nacional de desarrollo infantil temprano esencial para el país productivo y equitativo que queremos ser.

Bajo esta visión, el aspecto de acceso es aún un reto: la cobertura del programa es bastante limitada y sus perspectivas de crecimiento bajo las modalidades actuales de expansión son lentas. En este contexto, el programa debe prestar una especial atención a la oferta de terrenos saneados, la cual es necesaria para la construcción de centros de cuidado, y a las contrataciones públicas de personal cuyo perfil puede ser un reto difícil de cumplir en algunas partes de nuestro territorio. De manera complementaria, constituye un reto impulsar una oferta privada de calidad o asociaciones público-privadas que cumplan con determinados estándares de calidad. A ese respecto, la producción de lineamientos sobre pertinencia cultural, rol del juego y trabajo parental, entre otras áreas, es una tarea pendiente, si no de Cuna Más, del MINEDU o de ambos. Un crecimiento importante de la oferta requeriría del concurso público y privado, incluso con esquemas de subsidio, en diferentes modalidades. Sin embargo, nada de eso sucederá sin la definición estratégica previa del cuidado infantil con calidad como un pilar de la protección social universal. Esta es una importante tarea pendiente para el futuro.

En este espacio cabe una segunda reflexión general: mucho se ha hablado recientemente de las certificaciones ISO aplicadas a los programas sociales. Certificar los sistemas de gestión de la calidad en los programas sociales es una tarea compleja y puede no ser una garantía de transparencia, veracidad de la información y satisfacción de los usuarios. En lo social, se avanza hacia la calidad estableciendo áreas de calidad centrales desde el punto de vista del usuario, que en este caso, es el niño o niña y la familia. Igualmente, se avanza a la calidad determinando condiciones mínimas de calidad al interior de cada una de estas áreas (estándares de calidad), trabajando lineamientos que a la vez permitan flexibilidad y adecuación del servicio al contexto del usuario y asegurando en paralelo sistemas de acompañamiento y supervisión para la calidad. Todo ello, en otras palabras, constituye un Sistema de Aseguramiento de la Calidad que debe operar tanto en Cuna Más como en otros programas sociales¹²⁸.

Cuna Más ilustra este punto con un ejemplo: ¿es su modelo de co-gestión con Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia pertinente para la zona rural, la zona urbana, y las distintas realidades sociales, étnicas y culturales del país? ¿Qué adecuaciones culturales debe tener el servicio para operar con calidad desde el punto de vista de sus usuarios? Recientemente se han trabajado los lineamientos de pertinencia cultural en la Amazonia. Todavía resta la preparación de estos lineamientos para la zona andina. ¿No sería una marca de calidad, antes que la estandarización *de procesos* que supone un ISO, una mayor flexibilidad y variedad, de acuerdo con las condiciones propias de las comunidades que tienen pautas, claramente diferenciadas, de crianza de sus niños?

En relación con evaluaciones de resultados o impactos, cabe anotar que si bien el SAF cuenta con una evaluación de impacto, esta no se ha hecho pública aún¹²⁹. Al respecto, debe señalarse que diversas experiencias internacionales han encontrado impactos significativos de este tipo de intervenciones sobre el desarrollo infantil temprano de los niños.

¹²⁸ Si se habla de un sistema de gestión de calidad en lo social, la certificación ISO *podría* ser útil para cierto tipo de procesos, sobre todo los de apoyo y de naturaleza administrativa, mas no así para los procesos *sustantivos* de lo que es un programa social. La discusión de qué es calidad en un programa social y cómo se mide es relevante no solo por el alto costo de una certificación, sino porque la calidad de un programa social *no* se aproxima con la certificación de un proceso aislado. Véase como ejemplo, tres certificaciones: (i) la compañía certificadora Icontec Internacional certificó en el mes de mayo de 2016 que el Sistema de Gestión del Programa Nacional Cuna Más fue evaluado y aprobado con respecto a los requisitos específicos en ISO 9001:2008, siendo aplicable a la actividad “Servicios de diseño y capacitación para la elaboración de experiencias de Aprendizaje en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más”; o (ii) la empresa alemana TUV Rheinland entregó la certificación ISO 9001:2008 al programa JUNTOS, que “garantiza” que el proceso de liquidación, transferencia y entrega de los incentivos monetarios sea eficaz; o (iii) Qali Warma que también tiene el certificado ISO 9001:2008 concedido por la empresa alemana TUV Rheinland, que certifica que la transferencia de recursos financieros a los Comités de Compras y el seguimiento al pago de los Comités de Compra a los proveedores del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) (actividades desarrolladas en la sede central) sean eficaces. Estos son claros ejemplos de mejor gestión administrativa, mas no necesariamente de mejor calidad desde el punto de vista del usuario de un programa social cuya marca de calidad, de hecho, bien podría ser la adaptación a contextos heterogéneos, y no el seguimiento de una norma.

¹²⁹ El BID ha apoyado la realización de una evaluación del SAF de Cuna Más que todavía no ha sido difundida.

c) Programa de Salud Materna-Neonatal (PSMN)

Objetivo

El PSMN, creado dentro del marco del presupuesto por resultados en el año 2008, tiene como finalidad contribuir a mejorar la salud de la madre y del recién nacido. Asimismo, plantea cuatro objetivos específicos a fin de lograr los resultados esperados: (i) mejorar las condiciones de gestión para lograr una atención de calidad al niño y a la madre; (ii) que la población tenga conocimiento pleno de la salud sexual y reproductiva; (iii) reducir la mortalidad y morbilidad materna; y (iv) reducir la mortalidad y morbilidad neonatal (MEF, 2008 e Inversión en la Infancia, 2013).

Descripción de la intervención

El PSMN busca atender las necesidades en diferentes momentos del ciclo de vida de la madre y del niño: antes del embarazo, durante el embarazo y la labor de parto y durante el periodo neonatal (los primeros 28 días del niño). Las acciones que contempla el programa antes del embarazo están relacionadas con aumentar el conocimiento de la población en temas de salud sexual y reproductiva y asegurar el acceso a métodos de planificación familiar. Para ello se planea trabajar con municipios, escuelas y con la comunidad, así como intensificar el acceso a consejerías en salud sexual. Durante el embarazo y la labor de parto se planea aumentar el acceso a los servicios de salud de calidad a las mujeres embarazadas para atender las posibles complicaciones que se puedan presentar (anemia, enfermedades de transmisión sexual e infecciones urinarias). Además, se ha establecido aumentar la cantidad de partos institucionales, el acceso a la red de centros de hemoterapia y la atención de partos con personal profesional calificado así como garantizar que los establecimientos de salud tengan la capacidad de resolver emergencias obstétricas básicas, esenciales e intensivas. En tanto, las acciones durante el periodo neonatal están referidas a mejorar la infraestructura física (equipamiento adecuado) y humana (profesionales de salud) para la atención de las necesidades del neonato (Seinfeld, 2010 y MEF, 2008).

El MINSA, SIS y las regiones son las entidades que tienen competencias sobre este programa. El presupuesto destinado al MINSA está orientado a financiar programas de información sexual, reproductiva y de planificación familiar; brindar servicios de salud de calidad a las gestantes y recién nacidos y a la elaboración de guías técnicas para mejorar la atención y ejecutar el monitoreo, supervisión y evaluación del PSMN. Por su parte, el presupuesto destinado al seguro integral de salud (SIS) está enfocado en la atención de madres y neonatos, mientras que los recursos entregados a las regiones son utilizados para cerrar las brechas de equipamiento e infraestructura (construcción de hospitales, centros de hemoterapia y bancos de sangre, entre otros).

El presupuesto del PNMN ha ido en aumento desde el año 2012 pasando de 535 millones de soles a 786 millones de soles en 2015. La magnitud de la asignación presupuestal ha hecho que el PSMN sea una de las intervenciones presupuestales más importantes. Además, según las cifras del SIAF, la ejecución del presupuesto también ha mostrado una tendencia ascendente llegando al 97,1% de ejecución en 2015, porcentaje que refleja un crecimiento de ocho puntos porcentuales respecto al año 2012. En ese sentido, la eficiencia del programa ha mostrado resultados favorables. Para 2015 se sabe que la mayor cantidad del presupuesto del PSMN está destinado a las atenciones de parto (30,2%), atenciones al niño recién nacido (20,2%) y acciones referidas a la atención prenatal (18,4%); mientras que las acciones dirigidas a brindar información a la población acerca de la salud sexual y reproductiva y planificación familiar tienen una participación en el presupuesto menor a 4%. Esta distribución presupuestal en las actividades se repite en el periodo 2012-2014.

Logros y retos

Si bien no hay una evaluación de impacto que dé cuenta de resultados atribuibles al PSMN sobre la reducción de mortalidad materna o de la mortalidad neonatal o sobre el uso de los servicios médicos por parte de las gestantes (atención prenatal y partos institucionales atendidos, entre otros), es necesario destacar que desde 2008, año en que el programa empezó a funcionar, los indicadores de salud materna neonatal han mejorado en el Perú. Así, la tasa de mortalidad materna ha caído de 108 muertes por cada

1,000 nacidos vivos en 2008 a 93 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en 2015. Sin embargo, la tasa de mortalidad neonatal por cada 1,000 nacidos vivos ha pasado de ser 11 en 2009 a 10 en 2015¹³⁰, es decir, casi no se ha movido. Asimismo, respecto a cobertura de partos institucionales, según la ENDES, a 2015 se ha alcanzado una cobertura de 92% a nivel nacional, en tanto la tasa en áreas rurales ha llegado a 75% (6,5% más respecto del año 2013). La atención prenatal también ha experimentado mejoras; según la ENDES, en 2015 el porcentaje de madres que tienen por lo menos seis controles se sitúa en 88,4% (7% más que 2009). Entre los retos que enfrenta el programa hay que destacar la poca articulación que existe con otros programas, tales como el PAN. Por otro lado, se hace necesario que el programa fortalezca la articulación entre salud materna e infantil y atienda de modo creciente aspectos de pertinencia cultural.

d) Programa Articulado Nutricional (PAN)

Objetivos

El Programa Articulado Nutricional (PAN) fue uno de cinco programas presupuestales implementados desde el año 2008 en el marco del presupuesto por resultados. El objetivo central de este programa es contribuir a la disminución de la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años. Para lograrlo, el PAN busca: (i) reducir la incidencia del bajo peso al nacer, (ii) mejorar la nutrición y alimentación del menor de 3 años y (iii) reducir la morbilidad derivada de enfermedades respiratorias y diarreicas.

Descripción de la intervención

La población objetivo del PAN está conformada por todos los niños menores de 3 años, priorizando a aquella población que se encuentra en condición de pobreza y extrema pobreza. El PAN contempla un conjunto de intervenciones ejecutadas a través de varias instituciones públicas de modo articulado. En ese sentido, la implementación del PAN exige mecanismos de acción colectiva y articulada en los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) y entre distintos sectores como salud, desarrollo y asistencia social, vivienda y saneamiento, cada uno de los cuales tiene una función particular.

A continuación se describirán las principales funciones de los organismos públicos que involucra el funcionamiento del PAN, de acuerdo con el MEF y Arámbulo (2010). El MINSA es el encargado de la formulación y programación de las intervenciones que guían el PAN, con rectoría técnico-normativa sobre las intervenciones sanitarias integrales (vacunas y procedimiento del CRED, entre otras) y encargado de la realización de actividades preventivas a través de capacitaciones a la población. Por su parte, el Instituto Nacional de Salud tiene la función de monitorear la calidad de los alimentos y medir la desnutrición crónica. Por otro lado, el SIS es el ente asegurador que permite el acceso financiero a los servicios de salud, de manera que los niños cuenten con CRED completos y una adecuada suplementación nutricional. En un inicio, JUNTOS y PRONAA fueron actores clave en la organización del PAN. Sin embargo, desde 2011 y 2012 ambos programas dejaron de ser parte de la estructura del PAN y de esta forma el programa concentró sus acciones en servicios de salud y perdió los componentes de educación y alimentación (MCLCP, 2012). Por su parte, el MEF tiene la tarea de asistir técnicamente al MINSA y a los gobiernos regionales en temas de planificación presupuestal, programación de metas físicas y metas presupuestales. Finalmente, los gobiernos regionales son los encargados de la prestación de los bienes y servicios programados por el PAN. Todas las acciones llevadas a cabo por el PAN son evaluadas con el objetivo de conocer si están cumpliendo con las metas propuestas; para ello, el INEI, a través de la publicación de Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), permite contar con insumo necesarios para un adecuado monitoreo.

Es importante destacar que los objetivos que persigue el PAN están basados en el marco teórico sobre desnutrición desarrollado por UNICEF (UNICEF, 2013). Este modelo considera la desnutrición como un problema multifactorial y establece como sus causas inmediatas la inadecuada ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas. Estas, a su vez, son provocadas por factores mediatos como la

¹³⁰ El análisis detallado se describe en el capítulo 2.

insuficiente ingesta de alimentos, inadecuados servicios de agua y saneamiento y desconocimiento de la madre sobre prácticas de atención infantil (Arámbulo Quiroz, 2013 y Alosilla y otros, 2010). Tomando en cuenta los factores inmediatos y mediatos sobre la desnutrición planteados por UNICEF, el diseño del PAN consideró como factor inmediato adicional el bajo peso al nacer que, a su vez, es causado por la inadecuada alimentación de la madre durante la gestación (Arámbulo Quiroz, 2013). En 2015, el presupuesto asignado para el PAN ascendió a 2,2 mil millones de soles, con una tasa de ejecución de 92%. De este presupuesto, los gobiernos regionales reciben la mayor parte (56,5%), seguido por el gobierno central (34,4%) y los gobiernos locales (8,9%).

Logros y retos

En la experiencia de política social en el Perú, el PAN es uno de los programas más cercanamente monitoreados. Como se ha podido observar en el gráfico 4 y el cuadro 6 del capítulo 2 (indicadores de los resultados finales e intermedios del PAN), el Perú ha tenido una mejora en los indicadores de nutrición de niños y niñas desde que el programa se implementó; tanto es así que la tasa de desnutrición crónica para niños menores de 5 años ha disminuido de 21,5% en 2008 a 14,4% en 2015. Asimismo, la prevalencia de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 3 años ha caído de 18% a 15,5% y de 20% a 16,3% entre 2008-2015, respectivamente. Además, en el cuadro 12, se puede observar la evolución de los indicadores de resultados inmediatos del PAN, la cobertura de CRED y que las vacunas completas y la suplementación de hierro han mejorado notablemente en el periodo 2008-2015. Para conocer si estos resultados son atribuibles al programa, Cruzado (2012) evalúa los efectos del PAN en los resultados intermedios y finales. Este autor evalúa el impacto del PAN a través de sus productos CRED y vacunas sobre los indicadores como: (i) la proporción de los niños con CRED y vacunas completas de acuerdo con su edad (resultados intermedios) y (ii) la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

Cuadro 12
Perú: indicadores de resultados inmediatos del Programa Articulado Nacional (PAN), 2008-2015
(En porcentajes)

Indicadores		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hogares adoptan prácticas saludables para el cuidado y alimentación para el menor de 36 meses	Proporción de niños menores de 36 meses con vacunas completas de acuerdo con su edad	55,8	54,8	61,8	72,7	73,6	-	61,1	69,4
	Proporción de niños y niñas con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo con su edad	21,6	27,7	40,0	47,3	50,8	50,5	52,4	54,9
	Proporción de menores de 36 meses que recibieron suplemento de hierro	13,1	14,1	18,4	17,0	19,5	17,6	16,4	19,8
Acceso y uso de agua segura	Porcentaje de hogares con acceso a agua segura para beber		91,1	91,5	93,3	93,9	95	95,6	95,8
	Porcentaje de hogares con acceso a disposición sanitaria		83,3	85,3	87,6	88,3	90,2	91,4	-
Mejorar nutrición de gestante	Proporción de gestantes que reciben suplemento de hierro	79,0	78,1	84,4	86,5	87,2	88,5	87,6	90

Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENDES de los años correspondientes.

Respecto a los resultados intermedios, Cruzado (2012) encontró que los niños nacidos después del programa tienen mayor probabilidad de tener sus controles de CRED y vacunas completas que aquellos niños que nacieron antes del PAN. En concreto, para el CRED, el impacto marginal de cada nacimiento posterior a la fecha de creación del PAN es de 6%, aproximadamente. Tanto es así que un niño nacido en el cuarto trimestre de 2007 (antes de iniciado el programa) tiene el 20% de probabilidad de tener su CRED completo, mientras que para un niño nacido en el segundo trimestre de 2010 la probabilidad subía a 40%. Igualmente para las vacunas completas, el impacto marginal de cada “fecha de nacimiento”¹³¹ desde la fecha de implementación del programa fue de 25%; por ello, un niño nacido en el cuarto trimestre de 2007 (antes de iniciado el programa) tenía menos del 20% de probabilidad de tener sus vacunas completas, mientras que para un niño nacido en el segundo trimestre de 2010 la probabilidad alcanzó el 60%. Por otro lado, respecto al efecto sobre la desnutrición crónica, la probabilidad de que los niños nacidos en el cuarto trimestre de 2007 sufran de desnutrición fue de 16%, mientras que para aquellos nacidos en el segundo trimestre de 2010 la probabilidad cae a 10%. En total, se contabiliza un impacto marginal en la probabilidad de reducción de la desnutrición de 5% por cada “fecha de nacimiento” posterior a la implementación del programa.

A pesar de los resultados positivos del PAN aún quedan algunos retos pendientes. El primero es la articulación con programas como JUNTOS, Cuna Más y con el sector vivienda de modo tal que se pueda potenciar la efectividad del PAN a la luz del problema multicausal que es la desnutrición crónica infantil. Un segundo reto hace referencia a la adopción y/o reforzamiento de estrategias para la intervención de las poblaciones amazónicas e indígenas respetando su cultura. Además, un tercer reto está relacionado con el fortalecimiento de la inversión y eficiencia de los productos de promoción de la salud, clave para el trabajo con familias y comunidades y que ayudarían a incrementar la efectividad del programa.

4. Otras medidas para la equidad social y restitución de derechos

a) Programa Nacional Yachay (PNY)

Antecedentes y objetivos

El Programa Nacional Yachay (en adelante, PNY), dependiente del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), se crea mediante Decreto Supremo N°005-2012 – MIMP, modificado por Decreto Supremo N° 001-2013. El objetivo del programa es restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes en situación de calle (trabajo infantil, vida en calle, mendicidad y/o explotación sexual) para que logren su desarrollo integral y así prevenir y reducir su exposición a riesgos. Además, el programa tiene como objetivos específicos: (i) reducir la tolerancia en la comunidad frente a la realidad de niñas, niños y adolescentes en situación de calle; (ii) desarrollar una intervención que se caracteriza por no ser punitiva; y (iii) contribuir a fortalecer el rol protector del Estado, las familias y de la sociedad con los niños, niñas y adolescentes en situación de calle¹³².

Descripción de la intervención

La población objetivo del PNY está constituida por niñas, niños y adolescentes en situación de abandono entre los 0 y 17 años. Estos niños, niñas y adolescentes con o sin vínculo familiar se caracterizan por encontrarse socializando en la calle en forma parcial o total, hecho que vulnera sus derechos y los expone a situaciones de riesgo (MIMP-Yachay, 2015). De esta manera, Yachay se centra en cuatro perfiles de la población: (i) niños, niñas y adolescentes que trabajan en la calle de 6 a 17 años (con y sin vínculo familiar); (ii) niños, niñas y adolescentes en mendicidad de 0 a 12 años (con o sin vínculo familiar); y (iii) niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de explotación sexual comercial callejera de 6 a 17 años (con o sin vínculo familiar).

¹³¹ La autora considera que la “fecha de nacimiento” es cada trimestre después de implementado el programa.

¹³² Extraído de la página oficial del Programa Nacional Yachay.

El PNY opera en tres niveles: individual, familiar y comunidad e instituciones. A nivel individual se busca restituir los derechos de los niños, niñas y adolescentes; es decir, se promueve el acceso a servicios según las necesidades identificadas en esta población como, por ejemplo, educación, salud e identificación, entre otros, así como el desarrollo de habilidades sociales que les permita prevenir situaciones de riesgo y conocer las medidas correctas de prevención. De otro lado, se busca ofrecerles una atención especializada e integral a través de los “Educadores de Calle”. A nivel familiar, busca fortalecer los vínculos con la familia, fortaleciendo o reestableciendo el vínculo familiar de amor y protección, siempre que no implique un riesgo para la integridad física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle (NNASC) y desarrollar estrategias para que su desarrollo integral sea resguardado. Finalmente, a nivel de la comunidad o instituciones, se formula y aprueban protocolos de intervención especializados en el marco del programa según los perfiles de los NNASC; se promueve la intervención articulada de las entidades necesarias alineándolas a la política pública de atención integral para los NNASC y, finalmente, promueve la participación y cooperación de la comunidad y el sector privado para impulsar una red de protección local de NNASC.

Cuadro 13
Perú: población destinataria del Programa YACHAY

	2013	2014	2015	2016 ^a
Hombres	52,8%	52,2%	47,8%	53,2%
Mujeres	47,2%	47,8%	52,2%	46,8%
Total	5,809	6,735	6,518	4,803
Distribución por grupo etario				
0-5 años	49 (0,8%)	63 (1%)	62 (1%)	53 (1,1%)
6-8 años	806 (14%)	864 (12,8%)	742 (11,4%)	584 (12,2%)
9-11 años	1 719 (29,6%)	2 197 (32,6%)	2 093 (32,1%)	1 622 (33,8%)
12-14 años	1 786 (30,7%)	2 177 (32,3%)	2,147 (33%)	1,629 (34%)
15-17 años	1 449 (25%)	1 434 (21,3%)	1 474 (22,6%)	915 (19,1%)
Regiones con más densidad de usuarios				
Lima	1 169 (20%)	1 391 (21%)	1 555 (24%)	967 (20,1%)
Arequipa	421 (7,2%)	480 (7,1%)	529 (8,1%)	437 (9,1%)
Puno	305 (5,3%)	405 (6%)	426 (6,5%)	314 (6,5%)
Ayacucho	335 (5,8%)	443 (6,6%)	361 (5,5%)	291 (6,1%)
Junín	365 (6,3%)	395 (5,9%)	356 (5,5%)	261 (5,4%)
Cajamarca	400 (6,9%)	440 (6,5%)	284 (4,4%)	185 (3,9%)

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Boletín Estadístico de Yachay-MIMP.

^a Los datos de 2016 corresponden hasta el mes de julio de ese año.

Este trabajo corre por cuenta de un equipo multidisciplinario de profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores y otros) denominados “Educadores de Calle”, que se ponen en contacto con los niños, niñas y adolescentes en el mismo lugar donde estos socializan, es decir, en la calle, y desde allí buscan ayudarlos. La primera tarea del “Educador de Calle” es *la planificación del lugar a intervenir*, por lo que se indaga acerca de las actividades que realizan los niños, niñas y adolescente y si estos tienen algún vínculo familiar y la existencia de algún programa social que intervenga en el espacio seleccionado. Una vez identificado el lugar a intervenir, se lleva a cabo el *proceso de abordaje y*

diagnóstico, en el cual el “Educador de Calle” se pone en contacto con el niño, niña o adolescente e indaga sobre los problemas que presenta a nivel personal, familiar y social, para luego atender sus necesidades a través de los servicios del programa (ayuda psicológica, vinculación con el sistema educativo y de salud, acompañamiento y orientación a las familias). El siguiente proceso es el *egreso*, que ocurre cuando los niños, niñas o adolescentes alcanzan un nivel adecuado de desarrollo; en esta etapa, la labor del “Educador de Calle” se reduce a ejecutar el seguimiento del caso mediante visitas domiciliarias, seguimiento escolar y entrevistas periódicas¹³³. Este proceso de cambio que desarrolla el PNY se caracteriza por tener una duración aproximada de dos años, considerando tres fases de intervención (Cuaderno sobre poblaciones vulnerables, 2013). Es necesario destacar que si bien el principal espacio de trabajo de los “Educadores de Calle” es en la calle, el PNY también cuenta con espacios en donde se realizan diversas actividades destinadas a promover el desarrollo de los niños, como talleres, charlas, entrevistas con los niños y niñas, reforzamiento escolar, lugar de socialización y juego, entre otros. Estos espacios son los centros de referencia que complementa e enriquece la labor de los “Educadores de Calle”.

Actualmente, el PNY participa en mesas de trabajo distritales, provinciales o regionales. En total, cuenta con 61 centros de referencia en 20 regiones. En el cuadro 13 se observa la cobertura del PNY para el periodo 2013-2016. Los datos muestran que el número de casos atendidos ha aumentado entre 2013 y 2014 a un poco más de 6,700 casos; luego, para 2015, se observa que el número de casos disminuyó a 6,518 en tanto hasta julio de 2016 se contabiliza un total de 4,803 casos atendidos. Asimismo, se puede observar que la diferencia por género en el total de casos atendidos es mínima; en general, el PNY atiende tanto a hombres como mujeres. El cuadro 13 también muestra la distribución del número de beneficiarios por grupo etario, la mayor cantidad de casos atendidos son de jóvenes entre 9 y 14 años que representan más del 60% del total de beneficiarios en el periodo 2013-2016. Con relación a la distribución de beneficiarios por regiones, se aprecia que Lima concentra la quinta parte del total de beneficiarios del PNY en cada año del periodo 2013-2016; mientras que Arequipa y Puno ocupan el segundo lugar con concentraciones que se sitúan alrededor 8,5% y 6,5%, respectivamente.

En 2015 se destinó al programa Yachay un total de 13 millones de soles. Sin embargo, esta cantidad sigue siendo baja en comparación con el presupuesto de INABIF o el Programa contra la Violencia Familiar y Sexual cuyos montos presupuestados son 130 y 88 millones de soles, respectivamente.

Retos del programa

El PNY es uno de los pocos programas que atiende a niños, niñas y adolescentes en situación de calle. En ese sentido, forma parte importante del sistema de protección social en el Perú. Sin embargo, el programa enfrenta aún importantes retos. Uno de ellos es la escasez de recursos presupuestarios disponibles para la realización de sus actividades. Prueba de esto es que muchas regiones solo tienen entre dos a cuatro “Educadores de Calle” para toda la población. Este es el caso de Amazonas, que solo cuenta con dos educadores, y Madre de Dios, Moquegua y Pasco tienen solo cuatro educadores cada uno. En general ninguna región, a excepción de Lima (con 32 educadores), tiene más de diez educadores¹³⁴. La limitación de recursos es más crítica a la luz de que el público objetivo del programa Yachay son niños, niñas y adolescentes que en su gran mayoría provienen de una familia disfuncional, o han sufrido abuso incluido el sexual. Por ello, la atención a esos casos exige de una alta especialización por parte de los “Educadores de Calle” y no solo se requiere aumentar la oferta de los educadores en todas las regiones, sino además invertir en sus capacidades de modo de elevar la efectividad del PNY. Finalmente, la vinculación de este programa con otra oferta social es limitada, sino enteramente nula. Es decir, no se vincula al usuario del PNY o a su familia a la red de programas sociales, como por ejemplo Cuna Más o JUNTOS, lo que permitiría un avance hacia una atención integral del hogar.

¹³³ Manual Operativo del Programa Yachay, 2014.

¹³⁴ Los datos son obtenidos del manual operativo vigente del programa aprobado a través de la R.M. 003-2014-MIMP.

b) Fondo de Estímulo al Desempeño (FED)

Objetivos y antecedentes

El Fondo de Estímulo al Desempeño (FED) fue creado el año 2014 mediante la Ley N° 30114 y tiene por objetivo “mejorar la gestión de la prestación de servicios priorizados de los programas presupuestales vinculados con el logro de los resultados establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social en materia de desarrollo infantil temprano, a través de los mecanismos de incentivos de desempeño”¹³⁵. Como ya se ha mencionado, en el marco de la ENDIS, el MIDIS y los sectores de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Educación y Salud, así como los presidentes de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, firmaron el Compromiso Intersectorial e Intergubernamental para Promover el Desarrollo Infantil Temprano¹³⁶. Este compromiso estableció como metas nacionales al año 2016: reducir la DCI a 10%, reducir la anemia al 20%, incrementar la educación inicial al 85% e incrementar el acceso a agua y saneamiento a 85%. El FED se crea en esa coyuntura como un instrumento operativo de incentivo al logro de estos objetivos a cargo del MIDIS y el MEF. Cabe destacar que el diseño del FED se basa en la experiencia del Convenio de Apoyo Presupuestal European y su aprobación responde a una coyuntura de amplio apoyo político, al más alto nivel, a la priorización de la primera infancia.

Descripción de la intervención

Según el D.S. 001-2014-MIDIS, el FED se orienta a todos los gobiernos regionales del Perú en los que se ejecute algún programa social destinado a incentivar logros en nutrición y desarrollo integral de niños y niñas menores de 5 años. El Decreto Supremo resalta que el FED priorizará el uso de los recursos hacia determinadas regiones geográficas “según criterios de efectividad y relevancia de las intervenciones orientadas al desarrollo infantil temprano”. Los criterios de priorización son: (i) prevalencia de desnutrición crónica en infantes entre 0 y 5 años; (ii) prevalencia de anemia para la población entre 6 a 36 meses; (iii) alta proporción de alumnos de 2° de primaria por debajo de nivel 1 en comprensión lectora y en matemáticas; y (iv) subcobertura de agua potable y alcantarillado.

Como se mencionó, el FED busca incentivar la mayor y mejor ejecución de programas relacionados con el desarrollo infantil temprano, con una óptica de integración y articulación y con la finalidad de que los niños y niñas puedan desarrollar sus capacidades cognitivas, físicas y psicológicas. Para lograr estos resultados, el FED incentiva que la provisión de los bienes y servicios destinados a niños y niñas se otorgue de manera conjunta (en “paquetes”), lo que exige que los programas sociales actúen de manera articulada.

Desde su aprobación, el FED ha ido expandiendo su cobertura hacia diferentes regiones. Esta expansión se ha dado en tres fases. En la primera fase fueron intervenidos nueve departamentos¹³⁷ que se caracterizan por tener una mayor proporción de población en situación de pobreza y vulnerabilidad. En la segunda fase, el FED se expandió a siete departamentos¹³⁸ y en la tercera fase se intervino a nueve departamentos más¹³⁹, lo que totaliza 25 gobiernos regionales intervenidos por el FED en 2015. Este transfiere anualmente recursos monetarios a los gobiernos regionales y para ello el D.S. 001-2014-MIDIS establece que el MIDIS, MEF y los Gobiernos Regionales (GR) deben suscribir un Convenio de Asignación por Desempeño (CAD) donde los GR se comprometen a cumplir con metas de gestión y metas de cobertura, mientras que las autoridades del MEF harán efectiva la transferencia de forma proporcional al cumplimiento de metas previamente establecidas¹⁴⁰.

¹³⁵ Véase DS N°001-2014-MIDIS.

¹³⁶ Esto ocurrió el 29 de octubre de 2013, en Lamay, Cuzco.

¹³⁷ Apurímac, Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Puno, Loreto y Ucayali.

¹³⁸ Ancash, Cusco, La Libertad, Madre de Dios, Pasco Piura y San Martín.

¹³⁹ Tumbes, Lambayeque, Lima Provincias, Callao, Ica, Junín, Arequipa, Moquegua y Tacna.

¹⁴⁰ Véase DS N°001-2014-MIDIS.

Las metas o compromisos de gestión son un conjunto de actividades y/o tareas específicas que siguen las entidades públicas a fin de mejorar la eficiencia y efectividad de los bienes y servicios otorgados a los niños menores de 5 años en materia de educación, salud y servicios de saneamiento. Las metas de gestión varían dependiendo del grado de deficiencias en la operación de los programas sociales en los distintos gobiernos regionales. Así por ejemplo, en materia de salud, una meta de gestión exige “establecimientos de salud ubicados en los distritos de quintiles 1 y 2 que tienen disponibilidad y programación presupuestal para la adquisición de al menos 75% de equipos críticos vinculados con la entrega de los productos CRED, vacunas, APN y suplemento de hierro”. O, en educación, la meta de gestión es “instituciones educativas públicas escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la educación básica regular de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, a las que la UGEL respectiva reporta haber distribuido los cuadernos de trabajo”. Por su parte, en saneamiento, la meta de gestión lee: “Centros poblados con sistema de agua y Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS) u organización comunal ubicados en los distritos de los quintiles de pobreza 1 y 2, cuentan con diagnóstico sobre JASS y organización comunal”.

Por otro lado, las *metas de cobertura* están referidas al cumplimiento de un grupo de indicadores que miden la efectividad de los paquetes de productos entregados por los GR. Estos paquetes buscan asegurar el desarrollo integral de los niños menores de 5 años considerando características particulares en su ciclo de vida. A continuación se detallan los paquetes de productos¹⁴¹:

- El primer paquete está dirigido a las madres gestantes. En ese sentido, se exige que la madre reciba cuatro exámenes auxiliares¹⁴² en el primer semestre de gestación, atenciones prenatales y suplementos de hierro y ácido fólico.
- El segundo paquete busca cubrir las necesidades de los niños dentro de los 24 primeros meses. Por ello el niño debe recibir el CRED completo para su edad, vacunas de neumococo y retrovirus, multimicronutrientes, servicio de acompañamiento familiar y deben contar con DNI.
- El tercer paquete asegura que los niños entre 3 y 5 años tengan acceso a la educación inicial.
- El cuarto paquete está relacionado con el entorno del niño, por lo que se ha propuesto que tenga acceso a agua potable para el consumo humano.

Para medir la efectividad de estos paquetes el FED ha formulado una serie de indicadores. Los indicadores asociados al primer paquete son, por ejemplo, el porcentaje de mujeres con parto institucional afiliadas al SIS de los distritos más pobres (quintiles 1 y 2) que han recibido los productos especificados en el primer paquete. En relación con el segundo paquete, el porcentaje de niños menores de 12 meses de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza que cuentan con DNI hasta los primeros 30 días de nacidos, proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza que reciben los servicios del segundo paquete y la proporción de niños y niñas menores de 12 meses de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza de departamentos afiliados al SIS e inscritos en el programa Cuna Más que reciben los productos descritos en el segundo paquete. Por su parte, el indicador asociado con el tercer paquete es la tasa de cobertura de educación inicial en los distritos de quintiles más pobres. Finalmente, la proporción de niños menores de 5 años de los distritos del primer y segundo quintil de pobreza que accedan a agua potable será el indicador para el cuarto paquete.

El MEF hace efectiva la transferencia monetaria en función del cumplimiento de las metas de gestión y de cobertura descritas. Estas transferencias monetarias a los GR están compuestas por una parte fija y otra variable en todos los periodos que especifica el contrato (generalmente, de tres años).

¹⁴¹ Idem.

¹⁴² Estos exámenes incluyen: examen de orina completo, hemoglobina/hematocrito, VIH y sífilis.

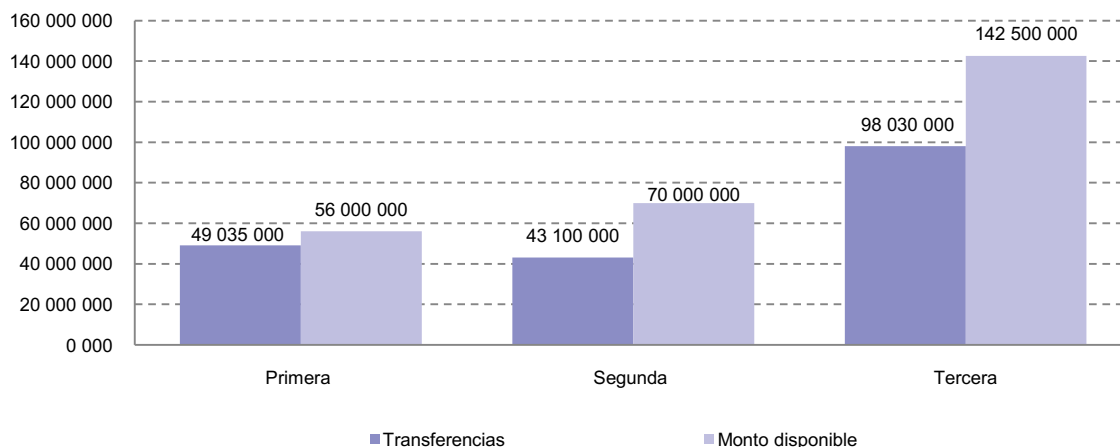
La parte fija de la transferencia está en función del cumplimiento de metas de gestión y es del orden del 70% del monto pactado. El 30% restante corresponde a la parte variable del monto transferido a los GR y depende del porcentaje de cumplimiento alcanzado de los indicadores de cobertura, según lo establecido en el CAD¹⁴³.

Respecto de la organización para la gestión del FED, se conforma un “Comité” con representación del MIDIS y MEF cuyas funciones incluyen definir la priorización de los ámbitos geográficos de intervención del FED, aprobar los montos máximos a ser considerados por el CAD y promover la suscripción del CAD con los GR, entre otros. Este Comité cuenta con un equipo técnico encargado de conducir las acciones para la adecuada implementación del FED incluyendo el establecimiento de instrumentos y metodologías para la gestión del FED, realizar el seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas en el CAD y otorgar asistencia técnica al gobierno nacional y gobiernos regionales que suscriban un convenio CAD¹⁴⁴. A nivel de los gobiernos subnacionales, los encargados del seguimiento y monitoreo del FED son el coordinador regional del FED, coordinador territorial del MIDIS y un representante del MEF. Estos agentes tienen la responsabilidad de coordinar con el gobierno regional y las instituciones descentralizadas del MINEDU, MINSA y RENIEC para el cumplimiento de metas propuestas en el CAD y el acceso a información a fin de monitorear las metas del FED.

Logros y retos

Como ya se ha mencionado, las transferencias de dinero a los gobiernos regionales están condicionadas al cumplimiento de metas de gestión y de cobertura. En el siguiente gráfico se presentan las transferencias de dinero hechas en las tres fases de implementación del FED y la cantidad total de recursos que se disponía para ser transferidos. En las tres fases se transfirieron más de 190 millones de soles, de los cuales un poco más de 98 millones corresponde a la primera fase, más de 43 millones a la segunda fase y 49 millones a la tercera. Asimismo, se sabe que a los GR les fue transferido el 68% de los recursos disponibles de la primera fase; el 61,6% correspondiente a la segunda fase y el 87,6% de la tercera fase.

Gráfico 9
Perú: montos transferidos por el FED, 2014 - 2016
(En soles)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de FED.

¹⁴³ En caso que el porcentaje de avance en la meta de indicadores supere el 90%, será transferido el 100% del monto total. Si el avance está entre 75% y 90%, la transferencia alcanzará 75% del total del monto variable. En el caso que el avance esté entre 50% y 75%, se transferirá el 50% del total del monto variable. Pero si el avance en los indicadores es menor al 50%, no se transferirá nada.

¹⁴⁴ Véase D.S. N° 001-2014-MIDIS.

Respecto al cumplimiento de las metas de gestión, los resultados del FED han sido notables. Así, en lo referente a las metas “nivel 0”¹⁴⁵, se sabe que 23 regiones han cumplido y solo Pasco y Arequipa no lo han logrado. En tanto, las metas de gestión establecidas en el contrato “nivel 1” están asociadas a los componentes de salud, educación y agua, y se han cumplido en porcentajes que alcanzan al 84% en salud, 90% en educación y 100% en agua.

Respecto al cumplimiento de las metas de cobertura¹⁴⁶ se sabe que están asociadas al tramo variable de la transferencia monetaria. En otras palabras, la cantidad que es transferida a los GR depende del porcentaje de avance en el cumplimiento de seis indicadores de cobertura, a saber: (i) porcentaje de mujeres pobres con parto institucional afiliadas al SIS que hayan recibido atenciones prenatales, suplementos de hierro y ácido fólico; (ii) porcentaje de niños menores de 12 meses de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza que cuentan con DNI hasta los primeros 30 días de nacido; (iii) proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza que reciben los servicios del segundo paquete; (iv) proporción de niños y niñas menores de 12 meses de los distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza de departamentos afiliados al SIS e inscritos en el programa Cuna Más que reciben los productos descritos en el segundo paquete; (v) tasa de cobertura de educación inicial en los distritos de quintiles más pobres; y (vi) proporción de niños menores de 5 años de los distritos del primer y segundo quintil de pobreza que accedan a agua potable. En ese sentido, analizar el ratio del monto transferido a los GR respecto a la cantidad total pactado en los CAD es una manera indirecta de evaluar el comportamiento de los GR en referencia al cumplimiento de los indicadores de cobertura. Así, si el ratio resulta ser 1 evidenciaría que el GR por lo menos ha cumplido con el 90% de los indicadores de cobertura, por lo cual se le ha transferido la totalidad de lo pactado en el CAD.

Cuadro 14
Perú: tasa de cumplimiento de las metas de gestión por fases de implementación, 2014-2016
(En porcentajes)

	Salud	Educación	Agua ^a
Primera	85	92	
Segunda	87	87	100
Tercera	81	90	100
Total	84	90	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de FED.

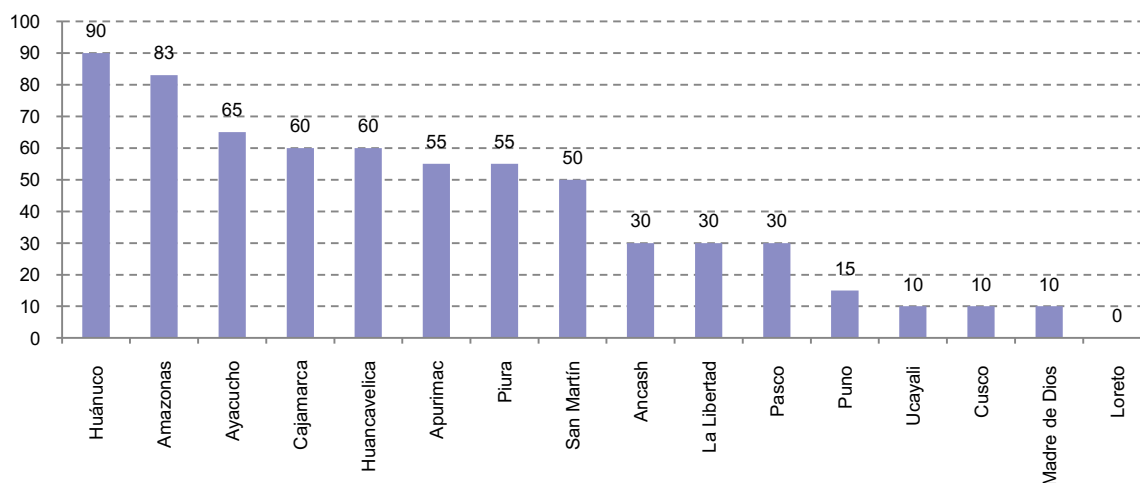
^a Para la primera fase, no se estableció como meta de gestión el componente “Agua”.

En el gráfico 10 se presenta el ratio de monto transferido sobre monto pactado para cada GR. La región Huánuco ha sido la que ha presentado mejores resultados en el cumplimiento de indicadores, pues el 90% del presupuesto disponible le ha sido transferido; le siguen los departamentos de Amazonas, Ayacucho, Cajamarca y Huancaavelica con tasas de adjudicación de 82,5%, 65%, 60% y 60%, respectivamente, lo que evidencia que en estas regiones se ha alcanzado un cumplimiento entre el 50% y 75% en el avance de sus indicadores. Por el contrario, los departamentos con peores resultados en el cumplimiento de indicadores de cobertura son Puno (15%), Ucayali, Cusco, Madre de Dios (cada uno con 10%) y Loreto (0%).

¹⁴⁵ Representa el 15% del presupuesto FED durante el primer año. Esta meta está relacionada con la disponibilidad de multimicronutrientes (MMM) en los centros de salud para atender al menos dos meses de consumo.

¹⁴⁶ El monto máximo adjudicado en relación con las metas de cobertura representa el 30% en el primer año, el 50% en el segundo año y 70% en el tercer año.

Gráfico 10
Perú: proporción del monto adjudicado respecto al monto total disponible, 2014 - 2016
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de FED.

Cabe destacar que el indicador que mide la tasa de cobertura de la educación inicial para niños de 3 a 5 años es el que ha registrado la mayor tasa de cumplimiento (43,8%¹⁴⁷); seguido del porcentaje de mujeres con parto institucional que han recibido los servicios del primer paquete (31,3%), el porcentaje de niños con acceso a agua potable (26,7%), el porcentaje de niños menores de 24 meses con CRED, vacunas y suplementos (25%), el porcentaje de niños con DNI (12,5%) y el porcentaje de niños menores de 12 meses inscritos en el SIS y Cuna Más con CRED, vacunas y suplementos (6,5%).

Entre los principales retos que tiene el FED se pueden mencionar al menos dos: (i) la necesidad de asegurar que los cambios se articulen con los propios procesos de gestión de los GR, más allá de la operación del propio fondo y el incentivo que representa para asegurar la sostenibilidad de las iniciativas a favor de la infancia, y (ii) el atender el posible riesgo de concentrar esfuerzos en quintiles pobres en desmedro de la universalización de los paquetes, ya que lo que se requiere es la mejora de todos los niños y niñas¹⁴⁸.

d) Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS)

Objetivos y antecedentes del programa

El Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (en adelante, PNCVFS) fue creado en el año 2001 mediante el Decreto Supremo N°008-2001-PROMUDEH a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Este programa tiene como finalidad contribuir a la reducción de la alta prevalencia de la violencia familiar contra mujeres, niñas, niños y adolescentes (Manual de Operaciones, 2012). El objetivo del programa es formular, diseñar, promover y ejecutar diversos proyectos y programas de prevención y atención, además de promover acciones de protección y recuperación frente a la violencia familiar y sexual; así como la generación de conocimiento sobre la problemática y la promoción de relaciones democráticas entre varones y mujeres.

¹⁴⁷ El 43,75% de los departamentos evaluados (16) ha cumplido al 100% la meta de este indicador.

¹⁴⁸ De acuerdo con las entrevistas de campo, el FED ha permitido un nivel de coordinación de la política de protección social al interior del Estado al promover que el MIDIS coordine con otras instituciones como el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud, entre otras, y con diferentes niveles de gobierno.

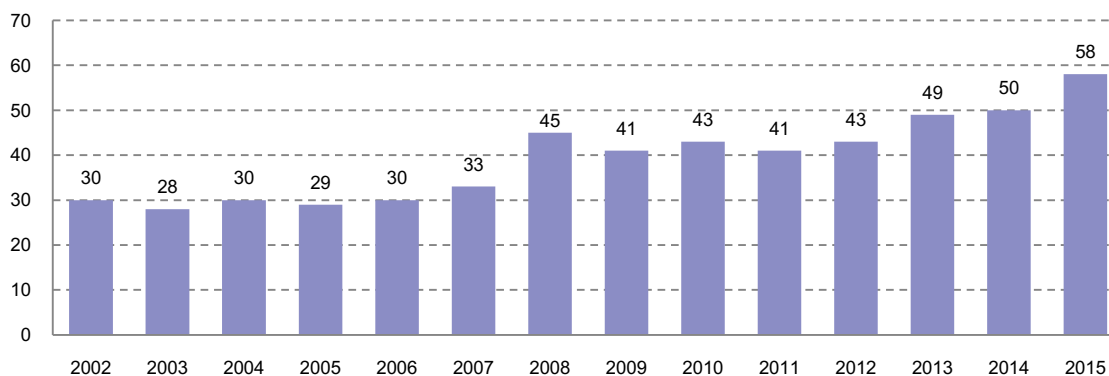
Descripción de la intervención

El PNVFS cuenta con diversos servicios para poder cumplir con sus objetivos. Según el Manual de Operaciones, los servicios son los Centros “Emergencia Mujer”, el Centro de Atención Institucional, la *Línea 100*, el Servicio de Atención Urgente, el Servicio de Atención psicológica, Chat 100 y redes sociales.

Los Centros “Emergencia Mujer” (CEM) son servicios públicos especializados y gratuitos que buscan brindar una atención integral a las mujeres afectadas por hechos de violencia familiar y/o sexual. Entre sus servicios principales se encuentran la atención psicológica, atención de servicio social y atención legal. La población objetivo de los CEM está constituida por todas las personas afectadas por violencia familiar y sexual de su ámbito de responsabilidad sin importar su condición social, edad o sexo. Además, en el ámbito de la prevención y promoción, los CEM se dirigen a toda la población y enfatizan su accionar en la comunidad educativa (docentes, alumnos y padres de familia), operadores de servicios (salud, policía y justicia), organizaciones sociales de base, líderes comunales y tomadores de decisiones.

A nivel nacional a fines de 2015 había 238 CEM, 23 de los cuales operan en Lima Metropolitana. Además, en el gráfico 11 se puede observar un incremento en los casos atendidos por violencia familiar y sexual entre 2002 y 2015, llegando a más de 58,000 casos en 2015, correspondiendo el 85,5% a mujeres y el 14,5% a hombres. Asimismo, se sabe que el 48,8% del total de casos corresponde a violencia psicológica; 40,4% a violencia física y 10,8% a casos de violencia sexual. El rango de edad predominante de quienes acuden a los CEM es entre los 26 y los 35 años. Es importante destacar que el número de casos atendidos coincide con el incremento en el número de CEM implementados, lo que indica que estaríamos ante un escenario de una mejora en el registro y/o denuncias de casos.

Gráfico 11
Perú: casos atendidos por violencia familiar y sexual en los CEM, 2002-2015
(En millones de casos)



Fuente: Boletín Estadístico Enero 2016, MIMP.

Por otro lado, los Centros de Atención Institucional frente a la Violencia Familiar (CAI) “brindan intervención especializada a hombres con sentencia en violencia familiar derivados de los Juzgados de Paz con el objetivo de reconstruir nuevos modelos igualitarios, así como cambiar su sistema de pensamientos sobre la percepción de la mujer”¹⁴⁹. Los casos atendidos en los CAI se han incrementado exponencialmente de 46 casos en 2007 a 17,259 casos atendidos en 2015. Por su parte, la *Línea 100* es un servicio gratuito que “atiende las 24 horas dirigido a toda persona que se vea afectada en un hecho de violencia familiar y sexual o a quienes conozcan algún caso de violencia en su entorno”¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Información tomada del Manual de Operaciones del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) aprobada mediante R.M. N° 316-2012-MIMP.

¹⁵⁰ Ibid.

Este servicio actúa como un centro de referencia a una red de servicios legales, psicológicos y de salud y busca referenciar los casos de violencia a los CEM en donde se brindará información, orientación, consejería y apoyo emocional. Respecto al servicio *Línea 100*, en 2015 se han atendido 38,799 consultas telefónicas. Tal como se mencionó en la sección anterior, este servicio reporta casos de violencia familiar y/o sexual que requieran servicio de atención urgente (SAU).

En tanto, el Servicio de Atención Urgente (SAU) tiene como población objetivo a todo niño, niña o mujer víctima de violencia. “Este servicio interviene de forma inmediata y oportuna a los casos reportados de violencia familiar y/o sexual por *Línea 100*, medios de comunicación o derivados de terceros”¹⁵¹. Según las estadísticas del MIMP, los casos atendidos por el SAU vienen incrementándose sostenidamente de 1,227 casos en 2011 a 3,581 casos hasta octubre de 2016. Así también, el Servicio de Atención Psicológica atiende a personas que están albergadas en los Hogares de Refugio Temporal. Este es un servicio de atención psicológica a las mujeres, niños y niñas que sufren hechos de violencia familiar y que están albergados en hogares de refugio temporal y busca promover la autonomía y el desarrollo de actividades de las personas afectadas por estos problemas.

Finalmente, el Chat 100 y redes sociales es un servicio de orientación dirigido a los adolescentes entre 13 y 25 años. Este tipo de servicio es operado a través de un chat en forma simultánea y tiempo real especializado en violencia familiar y sexual, donde el o la adolescente podrá realizar consultas sobre posibles situaciones de violencia en el marco de las relaciones de pareja.

Retos y logros

Un estudio realizado por MIMDES (2009) tiene como objetivo evaluar los resultados de las acciones e intervenciones de los CEM sobre los y las usuarias víctimas de violencia familiar y sexual. Dicho estudio está basado en encuestas aplicadas desde 2006 hasta mayo de 2008. Entre los principales resultados se encuentran que el 53,8% de los y las entrevistadas refiere haber sido atendido por todos los profesionales del CEM. También, que el 87,1% refiere haber experimentado mejoras psicológicas como consecuencia de la intervención del CEM. Por otro lado, tres de cada diez entrevistadas mencionan que las situaciones de violencia se repitieron durante la intervención del CEM. El estudio reporta que el primer contacto entre el servicio y la persona usuaria es visto de manera positiva por la calidez, amabilidad y respuesta inmediata de los profesionales. De otro lado, con relación al impacto de la intervención de los CEM, la mayoría de usuarios señala que la violencia familiar y/o sexual cesó durante o culminada su atención; mientras que un menor porcentaje menciona que la violencia no cesó a pesar de haber recurrido al centro.

Por otra parte, a fines de 2014 se realizó un ejercicio de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) de los CEM a nivel nacional. Entre sus fortalezas se encontraron la disponibilidad de personal multidisciplinario, capacitado y sensibilizado con experiencias en violencia familiar y sexual, así como la articulación y coordinación con instituciones públicas, privadas y ONG para realizar acciones de promoción y prevención de la violencia. Entre las oportunidades de estos centros se destacaron las mesas de concertación de Lucha Contra la Violencia Familiar y Sexual y los medios de comunicación que apoyan ese trabajo. Por el lado de las debilidades se encuentra que hay una infraestructura deficiente, una carencia de servicios de telefonía e internet en los locales del CEM, así como presupuesto y viáticos insuficientes para realizar diversas actividades. Como un punto crucial, y que se percibe como una amenaza, es el difícil acceso a las zonas alejadas, ya que impide el acceso a los CEM. Además, persiste la lentitud en los procesos judiciales en casos de violencia familiar y sexual.

Ante la limitada información técnica publicada respecto de las intervenciones orientadas a atender la violencia familiar, cabe destacar que la información recogida en las entrevistas de campo fue la siguiente. Por un lado se observan importantes limitaciones de la operación territorial; si bien el servicio es reconocido y apreciado, los CEM no cuentan con los recursos humanos del perfil requerido además de que la cantidad de estos es limitada. Otro elemento es la inexistencia de un protocolo o ruta clara para la

¹⁵¹ Ibid.

atención de las víctimas. Al respecto, se tomó conocimiento de iniciativas para la preparación de dicho protocolo, pero en la percepción de los actores entrevistados este esfuerzo “nunca se materializó”. En ausencia de roles claros, la relación personal y la iniciativa propia reemplazan la carencia de organicidad y de supervisión, la que podría centrarse en la documentación y registro obligatorio de la ruta que sigue una víctima. Los múltiples actores que van desde las Defensorías Municipales del Niño, Niña y Adolescente (DEMUNAS), los CEM, la Policía o el Ministerio Público hasta el poder judicial, no cuentan entre sí con una visión enteramente favorable de los otros participantes de la ruta, destacándose problemas como los de la alta rotación de personal de las DEMUNAS, la existencia de corrupción que eventualmente dificulta un arresto, las demoras del poder judicial, el limitado “incentivo” a la denuncia, tanto de las víctimas que a veces dependen económicamente del victimario, como del gestor (con casos de amenazas de larga duración ante la denuncia). En tercer lugar se detectó ausencia total de seguimiento profesional de las víctimas, encontrándose el caso de que muchas de ellas, después de la denuncia, vuelven a ser ubicadas en la situación original donde se produjo la violencia. Por último, no existe ninguna articulación con oferta social que podría mitigar el rol que juega la dependencia económica de la víctima en el mantenimiento de situaciones de violencia.

Balance

En resumen, los programas operan en un contexto de creciente profesionalización de la gestión social y se identifican avances importantes. A pesar de ello, existen retos para mejorar la formulación de sus marcos conceptuales, reglas de operación, sistemas de información y sistemas de seguimiento y evaluación. Sin embargo, no es menos cierto que los recursos financieros y técnicos para el diseño, la implementación y la evaluación de los programas varían tanto a nivel central (entre ministerios y programas) como a nivel local, lo cual en importante medida es un reflejo de su prioridad política.

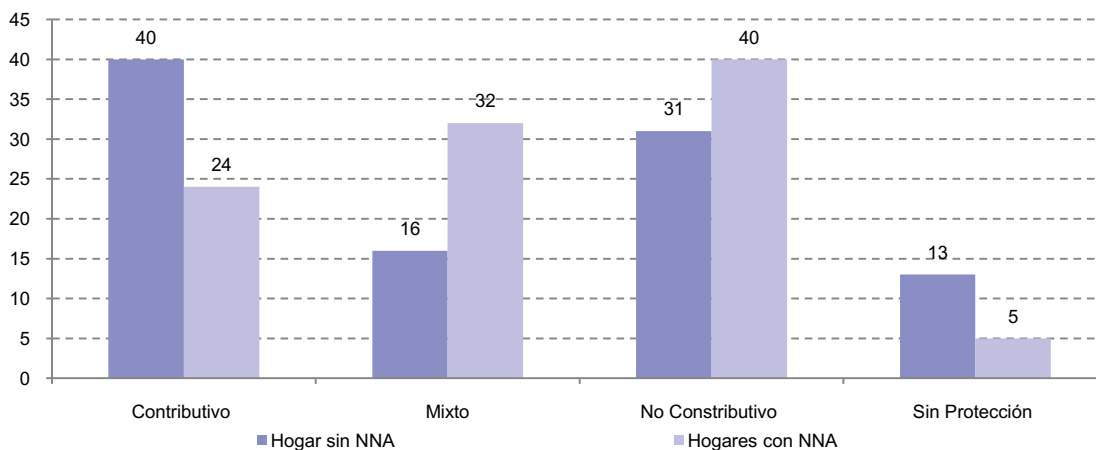
La descripción de cada programa individual en esta sección ha incluido un breve balance de los retos de diseño y/o implementación de los programas principales de protección social orientados a la infancia. Pero, ¿cuál es el balance del *conjunto de programas* y qué retos representa este balance para el sistema de protección que configuran? En este trabajo elegimos dos abordajes a esta respuesta. Se responderá, primero, sobre el *alcance* del sistema actual (¿en qué medida los esquemas de protección social alcanzan a los niños en el Perú?) y segundo, sobre su *pertinencia* (¿en qué medida este conjunto de intervenciones atiende el patrón de riesgos y vulnerabilidad de la infancia presentados? ¿qué garantías están aún pendientes de ser cubiertas por la actual conformación de intervenciones?)¹⁵². Un breve ejercicio estadístico nos permite responder a la pregunta de *alcance* o ¿en qué medida llega la protección social a los niños del Perú? (véase el gráfico 12).

Si dividimos a los hogares del Perú entre aquellos que tienen niños y los que no, y por el tipo de protección social¹⁵³ que reciben, se encuentra lo siguiente: la protección social no contributiva alcanza al 40,4% y 31,4% de los hogares con y sin niños, respectivamente, número sin duda importante. Es notable que el 12,6% de los hogares peruanos sin niños no cuenta con ningún tipo de protección social, mientras que este porcentaje se reduce a 4,5% en los hogares con niños.

¹⁵² Este abordaje es complementario al de un análisis fiscal del gasto social que busca conocer la adecuación a límites presupuestarios. También es complementario al análisis de eficiencia y eficacia de las intervenciones individuales, donde el foco se pone en el análisis de focalización (filtraciones o subcobertura) de los programas, o de resultados e impactos frente a recursos invertidos. Este trabajo ha tocado ya estos puntos. Estudios previos demuestran que el gasto en la infancia es en general bajo.

¹⁵³ Se distingue a los hogares que cuentan con: (i) protección contributiva (sistema de pensiones, régimen contributivo SIS, seguros de salud privado) que comprende hogares donde algún miembro se encuentra afiliado a la seguridad social y ningún miembro recibe transferencias públicas (ayuda del gobierno en dinero o especies); (ii) protección mixta: algún miembro del hogar se encuentra afiliado a la seguridad social (programas alimentarios y no alimentarios) y algún otro recibe transferencias públicas no contributivas (ayuda del gobierno en dinero o especies); (iii) protección no contributiva: ningún integrante del hogar se encuentra afiliado a la seguridad social y al menos una persona recibe transferencias monetarias no contributivas (las ayudas del gobierno en dinero efectivo mencionadas con anterioridad o también ayuda en especies), y (iv) ninguna protección social: ningún miembro del hogar se encuentra afiliado a la seguridad social y tampoco ninguno de sus miembros recibe transferencias en dinero no contributivas o en especies.

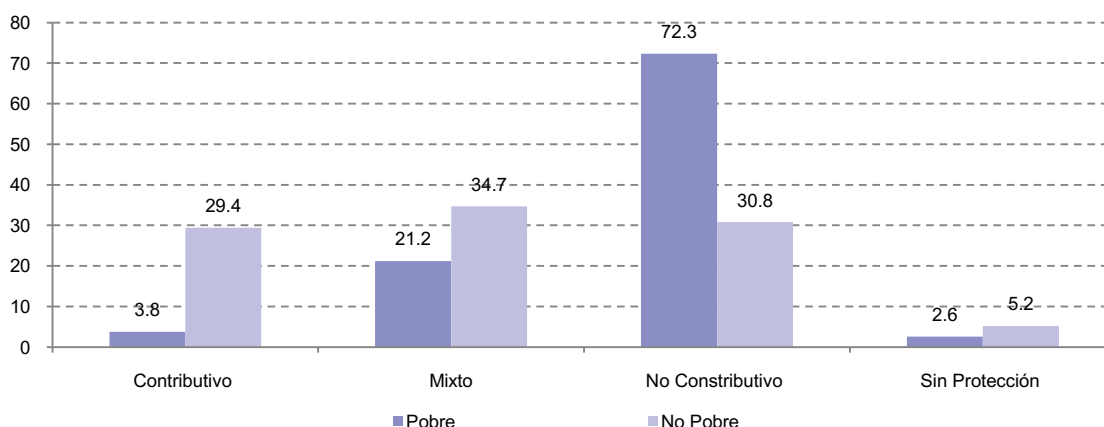
Gráfico 12
Perú: hogares con o sin presencia de niños, niñas o adolescentes según tipo de protección social, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAHO, 2015.

El gráfico 13 profundiza el análisis del alcance de la protección social en los hogares con niños y adolescentes de acuerdo con su condición de pobreza. Así, se sabe que el 23,1% de hogares con niños, niñas y adolescentes son pobres; es decir aproximadamente 1,1 millones de hogares. Un logro importante a nivel de sistema es que apenas el 2,6% de los hogares pobres con presencia de niños está por fuera de cualquier intervención de la protección social. En efecto, fruto de los recientes avances en cobertura de los programas sociales, la mayor parte de los hogares pobres con niños y adolescentes tienen acceso a la protección social no contributiva (72,3%), el 21,2% a un sistema mixto y el 3,8% a la protección social contributiva. Mientras tanto, un 29,4% de los hogares no pobres con niños tienen acceso a la protección contributiva, 34,7% a la mixta y 30,8% a la no contributiva, pero en un número mayor (5,1%) carecen de cualquier tipo de protección.

Gráfico 13
Perú: hogares con presencia de niños, niñas y adolescentes según condición de pobreza y tipo de protección social, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAHO, 2015.

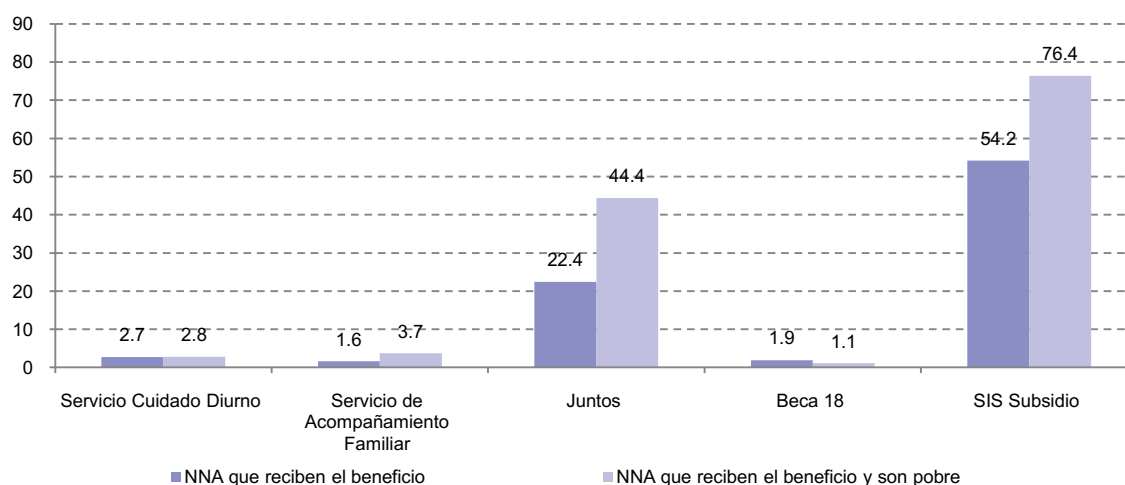
En segundo lugar se responde la pregunta sobre la *pertinencia* del conjunto de las intervenciones. Una tarea pendiente es mejorar los grados de pertinencia de las intervenciones existentes para cada etapa del ciclo de vida, buscando atender vacíos y eliminar duplicaciones.

En resumen, en este capítulo se ha mostrado que, en términos de los vacíos, uno de los más importantes es el del riesgo social y la violencia que la protección social, por sí sola, no puede resolver. Ante la ausencia de un sistema integral e intersectorial de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, existen oportunidades de mejora en el funcionamiento de los programas de protección especial relacionados con sus reglas de operación y sus sistemas de seguimiento y evaluación. Las vulnerabilidades relacionadas con protección infantil (trabajo infantil, explotación sexual o trata y violencia) son algunos de los retos más acuciantes y urgentes tanto en contextos urbanos como rurales y fue un tema destacado por diversos actores en todas las visitas a territorio.

Pese a ello, hoy se verifica que un programa como Yachay o las intervenciones orientadas a la violencia familiar no refieren o acceden a la oferta de asistencia de modo prioritario. Así por ejemplo, el resultado de la articulación de JUNTOS con un piloto de trabajo infantil todavía no tiene resultados públicos, ni se vincula JUNTOS a los programas de prevención de riesgo y violencia familiar. Esto requiere avanzar en una integración de los servicios para la población en riesgo social más allá del MIDIS, con el objetivo de lograr las sinergias que deben existir entre los servicios de protección infantil (o restitución de derechos) y los programas de protección social. Un resultado natural respecto de la pertinencia es, naturalmente, el de la importancia de las coberturas más amplias de los programas, allí donde existen vacíos. Los gráficos 14 y 15 muestran la cobertura de los programas específicos, alimentarios y no alimentarios, a hogares con niños.

Como era esperable, de las intervenciones no alimentarias JUNTOS y el SIS en conjunto tienen mayor cobertura. JUNTOS alcanza al 22,4% del total de hogares con niños y al 44,4% del total de niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza. Este programa de transferencia, que permite la garantía de un ingreso mínimo a las familias pobres con niños en edad escolar, es clave para evitar que la inseguridad de los ingresos incida negativamente en las capacidades de niños y niñas. Esta cobertura del 44,4% de los hogares con niños en situación de pobreza ilustra un punto: en la actualidad, JUNTOS no alcanza a la pobreza urbana que hoy por hoy carece de los instrumentos para atender este derecho. Este punto, el de la conveniencia de extender el programa de transferencia a los hogares con niños y adolescentes en situación de pobreza, es un aspecto pendiente de diseño del sistema de protección social.

Gráfico 14
Perú: alcance de los programas no alimentarios respecto al total de NNA y NNA pobres, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAHO, 2015.

Nota: Para Cuna Más en su modalidad SCD se calcula cobertura respecto de la población entre 0 y 3 años. Para el servicio SAF, los porcentajes se miden respecto a los hogares que tienen al menos un niño entre 0 y 3 años. Por su parte, para el programa JUNTOS, los porcentajes se miden respecto al total de hogares con un miembro de 0 a 17 años o una madre gestante. Para el programa Beca 18, los porcentajes han sido calculados respecto del total de la población entre 15 y 17 años. Para el SIS subsidiado se ha considerado solo a la población entre 0 y 17 años.

Más aun, por ser JUNTOS un programa de amplia cobertura, y por su vínculo natural con el sector de educación y salud a través de las corresponsabilidades, debe apuntalarse como plataforma privilegiada de integración y articulación con otros sectores, lo que ocurre parcialmente. En JUNTOS, por ejemplo, el trabajo con educación y salud es muy incipiente y esto, a la luz de la centralidad del programa y su propia data, precisa de un cambio. Primero, un programa de transferencias condicionadas como este, cuyo objetivo es reducir la pobreza, para ser eficaz requiere no solo llevar a los usuarios a la puerta de los servicios sociales. Se requiere que este usuario, incentivado por la transferencia a cumplir una asistencia al centro médico o a la escuela, pueda obtener un servicio de calidad que tenga un impacto real en su condición de salud o aprendizaje. Además de enfrentar retos en la verificación real de corresponsabilidades, para velar por la cantidad y calidad de la oferta social que reciben sus usuarios, la interacción de JUNTOS con los sectores es virtualmente nula.

Países como México o Colombia han utilizado recursos fiscales para asegurarse que la oferta llegue en cantidad y calidad, y es notable la utilización de la verificación muestral (*spot checks*) acerca de su calidad. Este programa tiene aun vinculaciones limitadas con otra oferta y el trabajo con salud y educación recién se inicia a través de cargas masivas de datos para verificación de la corresponsabilidad. Finalmente, es preciso ahondar sobre las posibilidades reales de graduación o engranaje de la oferta de asistencia con la oferta de promoción¹⁵⁴.

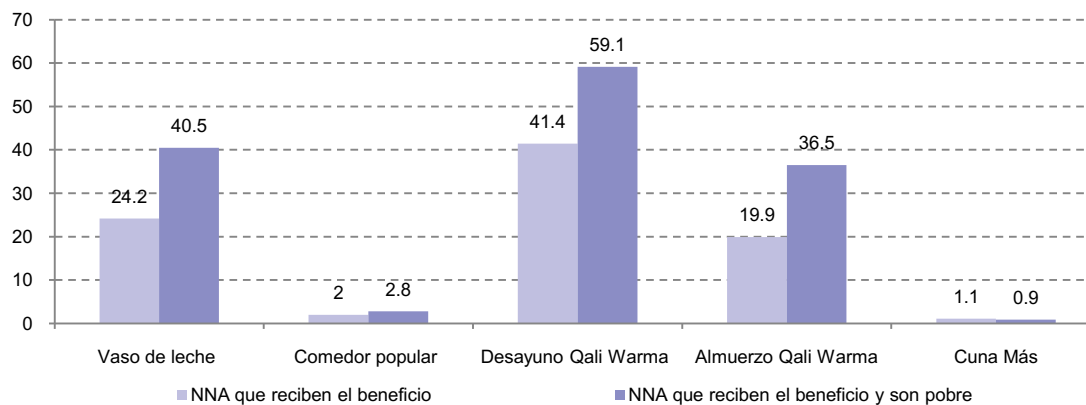
En tanto, es importante destacar que el SIS subsidiado protege a un poco más del 54% del total de niños, niñas y adolescentes en el Perú y a 3 de cada 4 niños y niñas o adolescentes pobres (76% aproximadamente). Por ello, no puede subestimarse la importancia del SIS subsidiado como garantía de acceso a la salud de las madres gestantes, la primera infancia y los niños y adolescentes en edad escolar.

Con excepción de estas intervenciones, ningún programa no alimentario brinda una cobertura superior al 3% del total de niños, niñas y adolescentes ni al 4% del total de los que se encuentran en situación de pobreza. Sin embargo, es destacable la limitada cobertura de Cuna Más que, a diferencia del resto de programas que tienen una vocación específica, busca alcanzar con atención integral a la primera infancia en situación de vulnerabilidad. En efecto, este es un programa de escala aún muy pequeña en relación con su población objetivo, y debe por tanto ampliar su cobertura asegurando estándares de calidad mínima. De este modo podrá hacerse de Cuna Más el brazo visible y tangible de la prioridad de política que es el desarrollo infantil temprano. Ello requiere de una reflexión nueva sobre las posibilidades de ampliación de infraestructura de cuidado, de crecimiento sobre la base de recursos humanos voluntarios (madres cuidadoras) y de los retos de la gestión de un modelo basado en cogestión. Pero más aún: requiere de una reflexión sobre la rectoría en el tema de cuidado infantil en general, y de las condiciones mínimas de calidad con la que debe operar Cuna Más, los servicios brindados por el MINEDU y el sector privado. Esto es a todas luces importante, máxime cuando no existen otros programas de apoyo a la crianza.

Por parte de los programas alimentarios, Qali Warma y Vaso de Leche son los de mayor cobertura (véase el gráfico 15). En efecto, el 24,2% del total de niños, niñas y adolescentes reciben los beneficios del programa Vaso de Leche y el 40,5% del total de niños, niñas y adolescentes pobres se benefician del programa. Para el programa Vaso de leche y Comedores Populares se ha tomado como población de referencia a aquellos cuyas edades estén entre 0 y 17 años. Para Cuna Más (SCD) se ha hecho el ejercicio solo para niños y niñas entre 0 y 3 años. De igual forma para Qali Warma se ha tomado en consideración solo a los individuos entre 0 y 12 años, porque la encuesta recogía solo los servicios de desayuno y almuerzo para alumnos de educación inicial y primaria.

¹⁵⁴ El FONCODES fue rediseñado para tomar a su cargo Compras Myperu y la intervención de desarrollo familiar rural productivo de Haku Wiñay. Al respecto, existe un debate sobre si la operación de ambas intervenciones, hoy en el MIDIS, estaría mejor ubicada en los sectores responsables de temas productivos y agrícolas, respectivamente, donde podrían eventualmente operarse a escala. Haku Wiñay, por ejemplo, replica la experiencia exitosa de Sierra Productiva. Si bien su evaluación muestra su promesa como eventual mecanismo de graduación de JUNTOS para familias rurales pobres, debe reconocerse que el componente productivo de esta intervención guarda similitudes con otras que se implementan en el sector agricultura. Este ejemplo pone sobre el tapete la pregunta sobre la conveniencia de ubicar en el MIDIS programas de determinadas temáticas sectoriales, pero enfocados en la población vulnerable. Independientemente de ello (y de dónde debería ubicarse un FONCODES), se destaca que dicha entidad haya recuperado su rol en la construcción y mantenimiento de infraestructura.

Gráfico 15
Perú: alcance de los programas alimentarios respecto al total de NNA y NNA pobres, 2015
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de ENAHO, 2015.

De modo similar, el programa Qali Warma, específicamente los servicios de desayuno, parece tener altos índices de cobertura, pues el 41,4% del total de niños, niñas y adolescentes y el 59,1% del total del niños, niñas y adolescentes pobres los reciben. El servicio de almuerzo de Qali Warma alcanza al 20% del total de niños, niñas y adolescentes y al 36,5% de niños, niñas y adolescentes pobres en el Perú. El alcance del resto de programas no llega ni al 3% del total de niños, niñas y adolescentes y niños, niñas y adolescentes pobres.

La gran promesa que representa la articulación a partir de la plataforma de un programa social de escala nacional es visible en una iniciativa como Aprende Saludable, iniciada en 2014. Esta es una iniciativa intersectorial entre el MINSA y MIDIS que busca desarrollar capacidades, competencias y capacidades en los estudiantes de educación básica en el Perú. La intervención se basa en los sistemas de información de Qali Warma y combina educación de calidad, salud y nutrición otorgada por el programa. Pese a que en este caso Qali Warma se constituye en una plataforma de articulación, tiene pendiente en su agenda de mejora revisar si, en un panorama en que tanto la anemia como la obesidad son problemas nutricionales a ser atendidos en la población infantil, su actual diseño le permite constituirse en una herramienta de política nutricional de la población mayor de 3 años.

III. Enfrentando la vulnerabilidad en la infancia: aprendizajes y aportes para una agenda futura

Existe abundante evidencia que demuestra que los sistemas de protección social son un componente esencial de las estrategias de desarrollo nacionales para lograr un crecimiento incluyente y un desarrollo sostenible con equidad. El Perú se encuentra en una coyuntura ideal para construir un sistema de protección social integral y de base universal. Para ello, un primer paso es revisar los conceptos detrás del discurso. En las discusiones de política nacional actual se tiende a equiparar la protección social con los programas orientados a la pobreza extrema, con la inclusión social o con la asistencia social (o en algunos casos con el “asistencialismo”). Esta equiparación conlleva un importante riesgo, pues dificulta un entendimiento claro de la concepción integral y universal de un sistema de protección social y su rol crítico en una agenda de desarrollo nacional. En la medida en que los discursos pueden ordenar y orientar una práctica, esperamos que este trabajo constituya un aporte que permita remontar esta visión de la protección social y darle sentido estratégico y solidez a una concepción de protección social que ordene y oriente las acciones públicas en esta área¹⁵⁵.

Este estudio sigue a UNICEF (2012) y a la CEPAL en proponer la urgencia de abordar los riesgos y las vulnerabilidades que afectan a los niños y niñas mediante la creación de sistemas de protección social integrales. Lograr una construcción colectiva de una visión de la protección social en el Perú permitirá definir en una perspectiva temporal el rol que le corresponde jugar a cada sector y nivel de gobierno, cuáles son las metas alcanzables a corto plazo y cuáles los factores estructurales a atender para avanzar en una protección social efectiva del conjunto de ciudadanos peruanos (pobres y no pobres). En efecto, la perspectiva temporal es importante: en un contexto nacional donde no existen mecanismos de coordinación horizontales o verticales consolidados, la construcción de un sistema de protección social es necesariamente progresiva.

¿Por dónde empezar? Existe amplia evidencia de que para los países es necesario priorizar a la primera infancia en esta construcción progresiva de un sistema de protección social, más aun cuando

¹⁵⁵ Reiteramos que se precisa remontar la visión de que un sistema de protección social es “temporal” y que se debe finalizar “cuando la pobreza termine”. Es importante posicionar la protección social como un pilar de una agenda de desarrollo de largo plazo. La protección social se requiere en los buenos tiempos y en los malos tiempos, y su revisión permanente sigue a la de la evaluación sostenida de la naturaleza de los riesgos que enfrenta la población, muchos de los cuales, como se ha visto, no son solo de carácter económico sino social o incluso natural. Muchas medidas de protección social requieren ser intensificadas a favor de los pobres y vulnerables, o en función de nuevos riesgos como por ejemplo los que surgen del cambio climático y desastres naturales.

esta, en alta proporción, es vulnerable. La naturaleza de los riesgos que afectan a los niños en el Perú se ha descrito en el capítulo 2: pese a un contexto de pobreza decreciente e innegable progreso social, la pobreza en el Perú tiene todavía rostro de niño y niña. Según cifras del ENAHO (2015), 3 de cada 10 niños son afectados por la pobreza, tasa que está por encima del promedio nacional (2 de cada 10 peruanos son pobres). Los avances sociales recientes son innegables, tanto en coberturas como en resultados; por ejemplo, la política de aseguramiento universal del SIS ha permitido que todo niño recién nacido cuente con un seguro de salud en tanto la cobertura de educación inicial se ha incrementado de 70,3% a 81,3% entre 2010 y 2014. Con una caída de 14 puntos porcentuales en la DCI entre 2007 y 2015, el Perú es el segundo país de ingreso medio con mayor disminución en DCI, y la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años ha disminuido en casi 22 puntos porcentuales entre 2000 y 2015. Pese a estos avances nacionales muchos niños peruanos se enfrentan a riesgos antiguos y a otros emergentes, tales como la explotación y la violencia. Ocho de cada diez niños manifiestan ser víctimas de violencia y solo la mitad de estas víctimas pide ayuda.

¿Cómo se ve un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú? Este sistema de protección social adecuado a la infancia toma en cuenta, primero, los distintos entornos en que se desenvuelve la vida de las y los niños y, en segundo lugar, incluye medidas orientadas a la promoción, prevención, protección y añade además medidas “transformacionales”¹⁵⁶. Este último elemento alude a aquellas intervenciones de protección social orientadas a atender la vulnerabilidad, entendida no solo en función de riesgos provenientes de fluctuaciones de ingreso o consumo, sino que se considera también la exposición al riesgo social¹⁵⁷ como la explotación, la discriminación, el abuso o la violencia. Estos últimos aspectos no pueden ni deben soslayarse y un punto de recomendación de este estudio es, enfáticamente, el fortalecimiento de la institucionalidad que hoy tiene a su cargo a la población de mayor vulnerabilidad en el Perú: el MIMP. Se requiere garantizar los derechos de la población más vulnerable con políticas que permitan a las familias más desprotegidas alcanzar su bienestar y su desarrollo integral en un marco institucionalmente fortalecido de ejercicio de sus derechos, protección social, desarrollo de capacidades e igualdad de oportunidades.

Así, hemos definido un *sistema* de protección social adecuado a la infancia como el conjunto de instituciones, políticas, programas y arreglos administrativos que permiten, por un lado, cumplir con las funciones básicas de la protección social mencionadas en el párrafo anterior. Por otro lado, debe orientarse a combatir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión y brindar los medios necesarios para hacer frente a los riesgos más graves que enfrentan los niños a lo largo de su ciclo de vida. Un sistema de protección social contiene los arreglos institucionales y el conjunto integrado de políticas coherentes diseñadas para garantizar una seguridad del ingreso y apoyo a todas las personas a lo largo de su ciclo vital, *en especial* a las personas pobres y vulnerables. Este sistema de protección social está constituido por una cartera de programas articulados y complementarios que se pueden comunicar entre sí, compartiendo sistemas administrativos, de gestión, información o prestación que permiten ganancias de eficiencia, eficacia y transparencia (Banco Mundial, 2012a). La operación de ese sistema es sostenible, integrada y de cobertura universal, y tiene como objetivos reducir la pobreza, aumentar la productividad y crear oportunidades para el desarrollo autónomo. Casi por definición, y a la luz de la multidimensionalidad de los riesgos económicos y sociales enfrentados por la población, su operación requiere de un acercamiento multisectorial y de coordinación. Una tarea de esta dimensión no se construye en un día. Iniciar por la primera infancia, tal y como se ha hecho en los últimos años, es sensato y es una recomendación de este estudio.

Una propuesta de cómo se vería un sistema de protección social adecuado a la infancia se presentó en el capítulo introductorio. Esa conformación es una propuesta que elige, de varias posibles conformaciones o módulos, una clasificación de naturaleza sencilla y referencial (véase el cuadro 1). El

¹⁵⁶ Véase Devereux y Sabates-Wheeler (2004), *Transformative Social Protection* [en línea] https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Transformative_Social_Protection.pdf.

¹⁵⁷ Bajo este concepto son de interés particular los factores detrás de los desbalances de poder en la sociedades que, en última instancia, son los que promueven, crean y sostienen la vulnerabilidad en el tiempo (Devereux, 2003).

reto es acordar una visión y establecer que el sistema es más que la suma de programas sociales. En otras palabras, el sistema va más allá de los programas, y descansa en una institucionalidad sólida interconectada, interoperable y articulada¹⁵⁸, sin dejar de reconocer los vacíos existentes en la oferta¹⁵⁹.

Dos cosas son necesarias a breve plazo para avanzar en esta construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia: el liderazgo político y la visión consensuada de los principios para la construcción de este sistema. No partimos desde cero: la desnutrición crónica infantil y el desarrollo infantil temprano han estado al centro de la agenda social en las gestiones de dos gobiernos anteriores. Además, la reforma social reciente más importante, la Reforma de Salud de 2013, ha avanzado ya de modo significativo la agenda de un acceso universal al cuidado y atención de la salud, independiente de la condición socioeconómica y con el Estado como garante. Evidencia de ello son algunos de los resultados recientes en acceso a cobertura, entre otros, avance que se aprecia no solo en los consensos logrados con el Acuerdo Nacional, sino en un cuerpo legislativo que presenta, entre otros, como grupo sanitario de prioridad a la primera infancia e infancia, adoptándose pasos concretos para la protección en salud de los niños y niñas.

En efecto, una característica de esta “tercera fase” del desarrollo institucional de la protección social en el caso peruano, y que está pendiente de remontarse, está relacionada con el discurso político. En éste, la protección social no se conceptualiza como tal y todavía se plantea en el discurso que la política de “desarrollo e inclusión social” es de naturaleza temporal y focalizada. En otras palabras, este sigue siendo un discurso que nos lleva a entender la política social, y en particular la protección social, como ajena y no como parte integral de una política de desarrollo. Este sigue siendo un discurso que no termina de romper con la visión compensatoria de la política social, muy distinto por ejemplo a la concepción de la protección social de los modelos de estados de bienestar y de aquella acepción moderna que entiende la protección social como un piso básico y universal de oportunidad en tanto derecho ciudadano¹⁶⁰. En otras palabras, en un contexto de innegable e importante fortalecimiento gradual de la institucionalidad social en el Perú, cabe ahora la reflexión de los retos que el país tiene pendientes en el futuro próximo. Entre ellos, lograr la universalidad y la integralidad del sistema de protección social, compatibilizando la protección social contributiva con las políticas sociales orientadas a la población vulnerable y coordinando de modo real la política social dando lugar a una nueva generación de políticas. Sin embargo, esto no se logrará sin un cambio radical del discurso, que no es otra cosa que una señal de un nuevo contrato social.

Esta reflexión sobre institucionalidad social que se desarrolla de la mano con nuevos conceptos de la protección social en la región y que, además, se construye sobre la base de las lecciones de América Latina, es crucial. ¿Por qué? En primer lugar, porque para desarrollar una visión estratégica que permita ligar el objetivo final con esfuerzos de cambio tendientes a esta visión es importante entender no solo la propia evolución de las instituciones en el Perú, sino también sus retos futuros. Segundo, porque en el desarrollo de esa visión estratégica haríamos mal en pensar que nuestros retos son únicos. No lo son, y muchos países vienen reflexionando sobre cómo dar respuesta a ellos y haríamos bien mirando alrededor. Un claro ejemplo de esto es la propia creación del MIDIS, que sigue a una tendencia regional de creación de ministerios sociales y que, de hecho, es un desarrollo tardío en esta tendencia.

¹⁵⁸ Incluyendo la alimentación adecuada a los niños y sus madres; el acceso a servicios básicos de buena calidad; el apoyo al empleo y los ingresos de las familias y cuidadores; la prevención de la discriminación y el abuso de los niños dentro y fuera del hogar; la reducción del trabajo infantil; la capacitación laboral de los adolescentes, teniendo en cuenta el papel que desempeñan como trabajadores y progenitores presentes y futuros. En un sistema de protección social adecuado a la infancia, la protección social tradicional no camina sola, sino que requiere una óptica de integración y eficacia, con los servicios de salud, educación, agua y saneamiento, así como protección como parte de un conjunto esencial de servicios para la población.

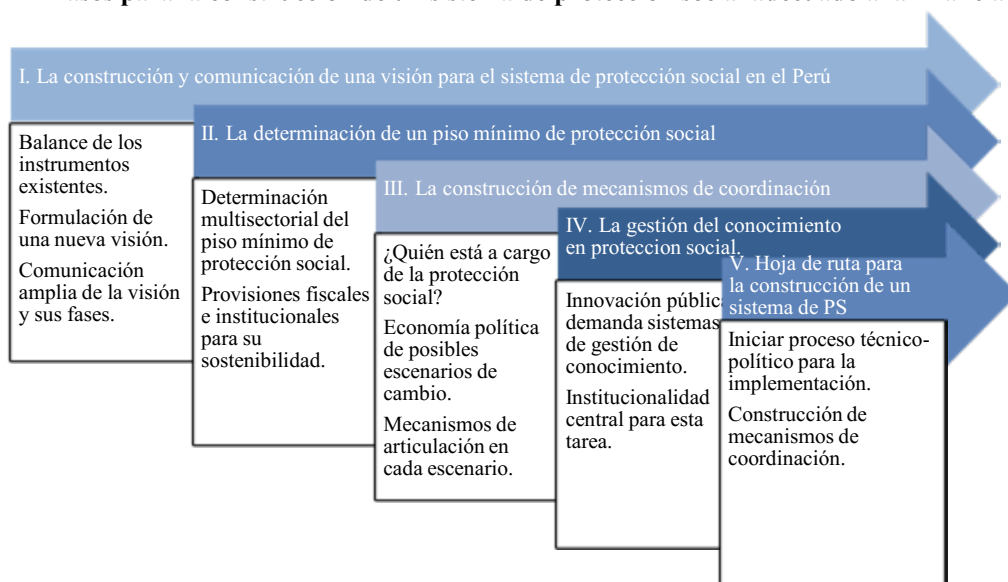
¹⁵⁹ Se ha mostrado que existen vacíos de cobertura o déficits de calidad, pero además existen vacíos de ofertas necesarias y aún pendientes. Un claro ejemplo de esto son los programas de educación parental para la crianza, suplementación con micronutrientes a adolescentes escolares; tamizaje, detección y tratamiento de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes y madres con niños y niñas menores de 5 años; y consejería a los padres sobre métodos de disciplina.

¹⁶⁰ La compatibilidad de incentivos con el diseño de un sistema de protección social es un tema a atender. En efecto, la ampliación de la red de programas de protección social puede generar incentivos importantes para no ingresar al mercado formal de trabajo. El riesgo eventual es la existencia de incentivos a no ingresar en el mercado formal de trabajo en donde el acceso a beneficios requiere de financiamiento contributivo (Ribe, Robalino y Walker, 2012).

A. ¿Qué se necesita para avanzar en la construcción de un sistema de protección social adecuada a la infancia en el Perú?

La situación actual es favorable para dar un salto cualitativo en lo que se refiere a la construcción de un sistema de protección social adecuado a la niñez, basado no en programas específicos si no en la intensificación de los esfuerzos para articular acciones. ¿Qué se requiere para avanzar en la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia en el Perú? En lo que sigue, a manera de conclusiones entregamos elementos de reflexión para el tránsito a una siguiente fase de evolución de la institucionalidad social: el avance a un sistema universal de protección social con coordinación entre lo contributivo y lo no contributivo, y reconocido como pilar permanente de nuestra política de desarrollo.

Diagrama 1
Pasos para la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia



Fuente: Elaboración propia.

- i) La clara *especificación de la visión de sistema de protección social* que incorpore primordialmente la protección al conjunto de riesgos a los que están expuestos los niños del Perú, elaborando un “nuevo discurso público”, tal como fue elaborado en el primer capítulo de este documento. Lo que se precisa ahora es el liderazgo y visión para que, partiendo desde lo construido y sin perder el *momentum*, se avance en la construcción de un sistema de protección social universal e integrado; además, debe recuperarse en el discurso público que este sistema de protección social trascienda a los programas sociales del MIDIS o MIMP y que abarca el acceso a servicios, pero también las políticas y legislación que permitan lograr la equidad social y resultados de desarrollo para la infancia.
- ii) En la especificación de esta visión el país cuenta ya con insumos importantes, entre ellos, las políticas del Acuerdo Nacional, la Reforma de Salud de 2013 y el PNAIA, entre otros. En efecto, el PNAIA y los lineamientos “Primero la Infancia” son un sólido punto de partida para esta visión de integralidad con foco en la infancia. Si bien ambos instrumentos son perfectibles desde el punto de constituirse en guías de acción operativa, poseen importantes virtudes:

- Asumen la integralidad como orientadora en la forma de abordar al niño, niña y sus familias.
- Contemplan la definición de una política pública de infancia de largo plazo.
- Le da un valor prioritario a la familia y cubre a toda la población infantil.
- Suponen una acción de articulación.
- Buscan garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños y niñas incluyendo situaciones de vulneración de derechos.
- Son fruto de una acción intersectorial que, en el caso del PNAIA, incluye a una Comisión Intersectorial Permanente para su seguimiento.

Posicionar al PNAIA como la política pública de largo plazo que oriente al país en los temas de infancia es un paso en la dirección correcta, pero solo el primero. Se precisa que esta contemple la preparación de los instrumentos que garanticen la sostenibilidad técnica, institucional y financiera de su implementación, así como el compromiso de los múltiples sectores involucrados en ella.

- iii) *La definición y entrega de un piso básico de protección a los ciudadanos* a lo largo de su ciclo de vida, con prioridad en la atención de las distintas dimensiones de la vulnerabilidad de los niños. Recientemente, el país ha avanzado mucho en esta definición de piso básico. De hecho, la protección social de la infancia es abordada de modo integral en los lineamientos “Primero la Infancia” que identifican las intervenciones (“paquetes”), basados en la evidencia, que el Estado debe garantizar con miras a la protección y promoción del desarrollo infantil temprano.

Para transitar hacia un enfoque de ciclo de vida en las políticas públicas, se requiere empezar en una etapa, y es imposible, no solo por aspectos presupuestales, sino por aspectos de desarrollo y sostenibilidad institucional, comenzar por todas las etapas a la vez. Además, ningún cambio ocurre en un vacío institucional ni político. En el caso peruano, aun si el contexto político fuese complejo, el empezar por la primera infancia debería permitir convocar a actores políticos de modo amplio. Y, si bien la labor de abogacía puede y debe acompañar este esfuerzo de modo continuo, hemos comprobado en las visitas a territorio el enorme compromiso de los actores territoriales con la primera infancia, así como el valioso e importante rol que han jugado las organizaciones de la sociedad civil en el país en esta labor de abogacía y sensibilización, y cuyos frutos son ya visibles. Es claro que en regiones existe además no solo una capa técnica sensibilizada sobre la importancia y prioridad de la atención a la primera infancia, sino un importante compromiso y conocimiento técnico.

Este piso básico de protección debe garantizarse en acceso y calidad. Además de los conocidos temas de subcobertura en los programas sociales, el piso básico de salud infantil y escolar debe garantizarse no solo buscando la afiliación de aquellos contingentes elegibles al SIS aún pendientes de afiliación, sino garantizando acceso real a los servicios a través de medidas de oferta. Este piso básico de protección es susceptible de costearse y es importante garantizar el espacio fiscal y la base institucional para su provisión.

Asimismo, debe garantizarse la pertinencia y calidad en la atención integral a la primera infancia, *por medio del desarrollo de estándares de atención en las diversas áreas de calidad que conforman un servicio ofrecido por un programa social*. Un ejemplo ilustrativo de un servicio en que esto es imprescindible es, por ejemplo el cuidado infantil. Hoy coexisten distintas modalidades institucionales, en el sector público (MIDIS y MINEDU), además de la oferta del sector privado. El aseguramiento de la calidad de esta oferta bajo requerimientos mínimos, reglamentación y supervisión establecida por el Estado, redundaría en una garantía de calidad mínima del servicio y, por tanto, de equidad.

B. La especificación de arreglos institucionales y/o mecanismos de coordinación de la política social horizontal (entre actores sectoriales) y vertical (entre niveles de gobierno); así como la asignación explícita de responsabilidades y roles

El tema de liderazgo técnico para la planificación e implementación coordinada de un sistema de protección social es crítico y debe abordarse sin dilación. En efecto, una política social que pone al ciudadano, y particularmente a niños y niñas, como foco de su accionar es y debe ser necesariamente multisectorial e intergubernamental. Pero la institucionalidad legal y administrativa que existe hoy no es funcional a este objetivo de poner al ciudadano al centro de la acción pública; por el contrario, lo que hay es un bajísimo incentivo a la coordinación intersectorial, la que ocurre a través de “Comisiones” de naturaleza ad-hoc y temporal principalmente, y cuya dinámica dista en muchos casos de ser sostenida, como se requeriría.

Una mirada a los instrumentos centrales de la acción estratégica coordinada nos llevó en el trabajo de campo a preguntar sobre el éxito de las estrategias multisectoriales actuales, tal como la ENDIS y el PNAIA en tanto marcos estratégicos para la acción intersectorial. En el primer caso, si bien esta fue preparada por el MIDIS y firmada por catorce ministerios, los resultados de nuestras visitas de campo sugieren que a nivel técnico central se precisa un esfuerzo mayor para que la ENDIS sea conocida o se reconozcan sus objetivos de coordinación en los diversos sectores¹⁶¹. Se encuentra un panorama mixto en tanto el éxito de las acciones de coordinación implementadas para la instrumentación de la ENDIS. Como ejemplos de retos pueden mencionarse: (i) la determinación de una “población de referencia”, que fue una decisión para el seguimiento de metas que no cuenta con reconocimiento a nivel público, o incluso a nivel del propio MIDIS¹⁶²; (ii) la operación del FONIE (un fondo para incentivar acceso a “paquetes” de infraestructura municipal en municipios carenciados), que no logró ser funcional a su propio objetivo y que requiere ser reformada; y (iii) lineamientos sobre nutrición percibidos como “teóricos” a nivel local y con limitado apoyo sectorial para implementarse. En cambio, en nuestro trabajo de campo, se destacan los programas Pensión 65¹⁶³ y Qali Warma como experiencias de coordinación exitosa y que demuestran que el uso de programas nacionales como plataformas de coordinación efectivamente funciona. El FED es destacado como un ejemplo notable de instrumento para la coordinación.

Por su parte, el PNAIA se superpone en lo que toca a infancia con la ENDIS y, en alguna medida, con el trabajo desarrollado en los “Lineamientos Primero la Infancia” y el FED. Una primera fortaleza destacada es que cuenta con una Comisión Permanente presidida por la Viceministra de la Mujer y está integrada por representantes de Presidencia del Consejo de Ministros y Ministerios de Educación, Salud, Economía y Finanzas, Trabajo y Promoción del Empleo, Comercio Exterior y Turismo, Interior, Justicia, Instituto Nacional de Estadística e Informática, así como por representantes del poder judicial y el Ministerio Público. Además, cuenta con el esfuerzo importante de operativizar a través de indicadores de resultado y con la generación de conocimiento de presupuestos públicos disponibles para la implementación del PNAIA.

¹⁶¹ Si bien a nivel del MIDIS es importante recalcar que a nivel territorial se destaca que esta tenga un enfoque de ciclo de vida como su logro principal.

¹⁶² Un segundo mensaje que ameritó y amerita una reflexión, es el de “población priorizada” en el MIDIS. En efecto, en la ENDIS, la población “de referencia” del ministerio es la “población en proceso de inclusión, PEPI” (construcción estadística con predominancia de población rural e indígena que concentra los mayores niveles de exclusión). Sin embargo, este concepto de la PEPI tuvo y tiene una utilidad limitada, entre otros porque, en primer lugar no tiene un correlato operativo para el Ministerio (y menos mas allá), pues no es un criterio de priorización de ningún programa, incluyendo a los programas emblemáticos de esta gestión de gobierno (Qali Warma, que es un programa universal y Pensión 65 en tanto programa dirigido a pobreza extrema rural y urbana), o Cuna Más (urbano y rural). En segundo, lugar, si bien existe un porcentaje pequeño de pobreza urbana extrema, los números absolutos de pobres urbanos y sus propias condiciones de marginación les vuelven una prioridad de política y acción.

¹⁶³ No se incluye en este documento a Pensión 65, pese a su importancia, aun cuando el programa ha logrado articular la provisión de otros servicios a la población en tercera edad, tal como identificación, salud y, en general, actividades de revaloración de saberes. Es un caso exitoso de un programa utilizado como base o plataforma de articulación con otros sectores y niveles de gobierno.

En realidad, y no obstante los éxitos, para ser marcos reales de coordinación, ambos instrumentos (ENDIS y PNAIA) deberían contemplarse en normativa y traducirse a planes, en la línea de la experiencia de Primera Infancia. Idealmente, la tarea de una coordinación tan comprehensiva como la involucrada en estas estrategias no debería corresponder a un “sector”, sino que debería ubicarse en un ente central de coordinación, planificación y seguimiento. Un Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) fortalecido, por ejemplo, podría asumir esta tarea. En su defecto, los sectores la han asumido pero enfrentan una gran dificultad para llevar la coordinación más allá del diseño de las Estrategias.

Un instrumento clave de articulación es el sistema de focalización. El estudio destacó la importancia de la agenda de trabajo referida a la focalización, la que debe desarrollarse con la visión de articulación de programas sociales. Esta agenda, que incluye la propuesta con criterios de elegibilidad y de egreso de las intervenciones públicas focalizadas; los procedimientos para la implementación del proceso de focalización y la metodología, los instrumentos y los mecanismos para la recolección, verificación, sistematización, actualización y registro de información entre otros, es coordinada por el MIDIS pero no puede ni debe ocurrir sin el activo concurso y validación de todos aquellos sectores que ejecuten programas focalizados. Además, debe tener una lógica integradora al respecto de estos programas y la mira debe ser precisamente la de construcción de un sistema de protección.

Otro elemento para la coordinación horizontal, como es el propio uso de los programas sociales como plataformas de articulación, ha sido también explorado. Se mencionó en el capítulo 3 que existe un margen para el uso de los programas sociales como plataformas de articulación. En efecto, un programa de transferencias condicionadas como JUNTOS es, en otros países, una fuente integradora y dinamizadora de otras ofertas sociales, siendo quizás los casos de México, Colombia, Chile o la Republica Dominicana emblemáticos de cómo un programa de transferencias puede convertirse en la columna vertebral de la oferta de protección social, originando tanto sinergias administrativas y operativas como resultados de desarrollo. Esto, en el Perú, no ha sucedido en la escala esperable. De hecho, pese a que este es un programa de larga data, la articulación del programa con educación y salud ha sido limitada y solo recientemente, por ejemplo, se inician procesos de carga masiva de información para la verificación de corresponsabilidades. Más aun, salvo pilotos de articulación con Haku Wiñay¹⁶⁴, trabajo infantil, o iniciativas de educación financiera, pilotos cuyos resultados aun precisan difundirse e incorporarse de modo amplio en cambios al diseño del programa, JUNTOS aun representa una promesa a aprovechar. Es notable que programas de restitución de derechos como Yachay, u orientados a la violencia doméstica, no consideren algún tipo de vinculación a JUNTOS como parte de su diseño.

En cambio, la experiencia de Qali Warma es notable en cuanto a ejemplo de un programa que es utilizado como una plataforma de coordinación; es decir, que comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre diversos sectores. Una iniciativa que evidencia la facultad articuladora de Qali Warma es la iniciativa intersectorial “Aprende Saludable”. Esta convoca a los sectores de salud, educación y desarrollo e inclusión social a llevar a cabo una intervención articulada en las escuelas públicas a fin de contribuir con el adecuado desarrollo de competencias y capacidades de los estudiantes de nivel inicial y primaria que sean beneficiarios de Qali Warma. Desde el lado educativo, la iniciativa ha dado soporte pedagógico a los docentes. Desde el lado de la salud se entregaron servicios de control nutricional, evaluación de salud bucal y agudeza visual, y se promocionaron prácticas y ambientes saludables. El componente alimentario es responsabilidad de Qali Warma, que no solo se enfoca en la entrega de alimentos, sino también en la necesidad de mejorar los sistemas de agua y saneamiento escolar, así como la infraestructura para la alimentación escolar de comedores, almacenes y espacios de cocina. Por su parte, Cuna Más ha iniciado la atención con micronutrientes a sus niños, pero queda pendiente una integración real con el sector salud y el garantizar el tránsito de todos los niños de Cuna Más a la educación preescolar.

¹⁶⁴ La articulación del programa de transferencias JUNTOS con un programa como Haku Wiñay es promisorio, tal como lo demuestra el Ultra Poor Graduation Experiment (Banerjee y otros, 2015) que muestra retornos de 146% para el Perú, de un programa integrado orientado a la pobreza extrema. Sin embargo, no es esto un argumento para la “reestructuración” de un FONCODES a Haku Wiñay, ni menos aun a su ubicación en el MIDIS (existen similares versiones de este programa en el sector agricultura, donde de hecho pertenecen).

En síntesis, los programas sociales de amplio alcance son, por sus características, espacios poderosos para la articulación. Compartir sistemas de identificación, registro, pagos y, en última instancia, de seguimiento y evaluación es clave para la construcción de una política social articulada. ¿Qué se requiere? Visión, trabajo mano a mano de programas con planificación de políticas y generación de conocimientos permanente.

En lo que se refiere a la coordinación vertical, este trabajo ha destacado que la política social solo existe en el territorio y que, siendo así, y en ausencia de claros mecanismos de articulación intergubernamental, la presencia territorial de un sistema de protección social es fundamental. En el caso del MIDIS, un reto principal en lo operativo es consolidar la construcción de un sistema de protección social a nivel territorial, más allá de la presencia de los programas sociales que incluso preceden a la creación del ministerio. Estos, al ser unidades ejecutoras con presupuestos propios suelen tener presencia y recursos mayores y de más larga data que el propio ministerio. La sola presencia territorial programática se identificó como insuficiente, cuando el ministerio, además de operar los programas empezó a tener un dialogo de políticas e instrumentos de política articulada, puesto que los equipos de programas en territorio tienen, primero, una identidad programática antes que una corporativa. Este reto se suplió en alguna medida, y con variado nivel de éxito, con la creación de la figura del coordinador territorial, figura que necesita una revisión cuando el rol de coordinación del MIDIS de rector del sector de “desarrollo e inclusión social” fuera revisado.

En efecto, las visitas en territorio muestran un perfil de coordinador que varía desde un coordinador de programas MIDIS a un real dinamizador de mesas locales de política social y que tiene más que ver con dinámicas territoriales virtuosas, antes que con un diseño o transmisión de una visión central sobre su rol. La pregunta de fondo subsiste: ¿Es el MIDIS un coordinador de la política social a nivel territorial? ¿Es esto reconocido más allá del propio MIDIS? ¿Es más bien un ministerio ejecutor de sus programas? Esta reflexión es fundamental si el MIDIS u otro sector va a lograr llevar el mensaje de la articulación y la coordinación, de modo orgánico, allí donde la política social se plasma: en el nivel local. Dada la apuesta del MIDIS de tener una interlocución de políticas con los territorios (no solo basada en la ejecución de programas que le preceden), una tarea crucial a futuro es precisamente el diseño de la institucionalidad del MIDIS a nivel territorial y la interacción de este nivel con el central. De hecho, uno de los roles más críticos que podría jugar el MIDIS o el MIMP es el de apoyar gradualmente la construcción y el fortalecimiento de la capacidad de los territorios para elaborar sus propios diagnósticos, diseños, implementación y seguimiento de sus propias políticas sociales, siempre bajo una rectoría central.

Las visitas a terreno mostraron además un elemento dinamizador de la articulación territorial: la presencia de funcionarios territoriales a cargo del seguimiento del FED y que se encargan de trabajar con los gobiernos regionales el logro de las metas en desarrollo infantil temprano (y que, en algunos casos, incluso tienen sede en el propio gobierno regional y no en el local del MIDIS). Es claro entonces que hay mucho avanzado, que existen experiencias exitosas y que se está a tiempo de clarificar una visión para darles organicidad.

En el caso del MIMP, es uno de los ministerios con menor presupuesto y tiene una distribución de servicios dispar en el territorio nacional, concentrada en ciudades, y que todavía representa un reto para sus labores, particularmente las de prevención. En tanto la labor del MIMP es una de restitución de derechos de población en altísima vulnerabilidad, es imprescindible fortalecerle de modo que las condiciones presupuestales y de recursos humanos e institucionales que necesita para cumplir su rol sean las adecuadas.

En general, el análisis de opciones institucionales que resuelvan los retos levantados en este documento escapa a su alcance. De la gama de soluciones institucionales posibles, una no parece serlo: el trabajo de campo ha confirmado que existe resistencia a un ministerio “par” en el rol de coordinación. Por ello, la reciente creación de un “delivery unit” (“Unidad” en adelante, y no una Comisión), ubicada en la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), podría, bajo ciertas condiciones, ser un lugar idóneo para la coordinación en el tema de protección social adecuada a la infancia. Para ello, esta Unidad debería contar con técnicos de planta altamente calificados en lo social y tener como rol lograr

resultados concretos de implementación en la prioridad de construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia. Puede tener vida limitada pero durante su existencia cuenta con la autoridad para atender barreras a la implementación y conectar recursos humanos y financieros a través de la interacción continua con aquellos responsables de la implementación del día a día, así como mantener a los gestores alineados con una visión. Esta Unidad no debería ubicarse en principio ni en el MIDIS ni el MIMP, ni debería componerse de consultores.

Esta Unidad tendría una misión clara de iniciar las bases de la construcción de un sistema de protección social (a reflejarse en el perfil del equipo, en sus herramientas y organización), un número limitado de prioridades de implementación, independencia de acción y reporte al CIAS. Debería organizarse de modo matricial en consonancia con una gestión estratégica que reconoce que, para alcanzar metas y cerrar brechas es imprescindible la mirada territorial. Esta Unidad coordinaría de modo estrecho con la recientemente creada área de Innovación de PCM y podría lograr sinergias en un tema central: la participación del sector privado para el aumento de cobertura de protección social. Un mecanismo exitoso como el FED podría ser uno de los instrumentos de esta Unidad, y quizás un FED “nivel 4” que, antes que medir el porcentaje de la población recibiendo “paquetes completos”, permita asegurar el seguimiento “niño a niño” a lo largo de una Ruta de Atención Integral¹⁶⁵. Otro, sin lugar a dudas, es el Plan de Incentivos Municipales (PIM) que debería acompañar a un “Sello Municipal”. A diferencia del FED, que incentiva a las regiones al logro de resultados en el tema de desarrollo infantil temprano, el PIM podría incluir incentivos a avances en la construcción del sistema de protección social de la infancia a nivel municipal, tales como, por ejemplo, exitosa implementación o verificaciones de la calidad de la información para el SISFOH. El “Sello Municipal” es reconocido en los territorios como una experiencia movilizadora, aun cuando no haya implicado ningún incentivo en recursos. Ligar de manera estable el PIM con el reconocimiento público que implicó el “Sello Municipal” podría dar a lugar a un instrumento importante de articulación a ese nivel territorial.

La evidencia indicativa existente a la fecha, así como las entrevistas realizadas en campo, muestran que el MIDIS ha logrado una ejecución exitosa del FED, instrumento que demanda de coordinación más allá de la ejecución de los otros programas del MIDIS. Sin embargo, las mismas entrevistas tanto a nivel central como territorial, muestran un espacio de coordinación intersectorial que aún no es fluido, sino que es más bien puntual, y mecanismos de coordinación territorial que son una función de la propia iniciativa de algunos de los actores territoriales. Tanto el MIDIS como el MIMP son pilares de la protección social de la infancia¹⁶⁶ y de la política social en general¹⁶⁷ pero, en tanto ministerios ejecutores, tienen dificultad en ejercer una coordinación de política social que debería volver a la PCM con real liderazgo¹⁶⁸.

¹⁶⁵ Como ya se destacó, pese a los significativos avances, la agenda de primera infancia aún está en etapas iniciales y es bastante menos ambiciosa que la de muchos países de la región. A futuro es prioridad una estrategia de la mano del establecimiento de un sistema de protección social adecuada a la infancia, la construcción de una Ruta de Atención Integral que articula acciones desde antes de la concepción hasta la transición hacia la educación formal, estableciendo no “paquetes” (útiles solo desde un punto de vista de medición), sino una ruta de atención a lo largo de la vida del niño.

¹⁶⁶ Ambos ministerios tienen pendientes temas de gestión administrativa importantes, como: (i) continuar las acciones conducentes al tránsito al Régimen del Servicio Civil; (ii) revisar sus reglamentos de funcionamiento para eliminar duplicaciones de funciones y reflejar una organización territorial coherente con una visión de presencia territorial sólida y que permita un trabajo organizado en el territorio, y que retroalimente al diseño de políticas y programas; (iii) mejora de las políticas de recursos humanos de forma tal que pueda retener al personal comprometido y valioso; y (iv) revisión de los Manuales Operativos de los Programas y publicación de todos, sin excepción, en portal público, entre otros.

¹⁶⁷ En la construcción de una institucionalidad es preciso remontar la (auto) limitación que impone entender la política de inclusión social como “focalizada y temporal” a la luz de que la inclusión social es una tarea permanente no solo en un país como el Perú, sino también en sociedades del primer mundo, donde la protección social de una parte (menor) de la población es una responsabilidad pública. Más aun, programas como Qali Warma, de naturaleza universal, o Cuna Más, que atiende hoy en zonas no pobres y que debería ser un programa que tienda a la universalidad, deben poder ubicarse claramente en el ámbito formal, misional, y estratégico de actuación del Ministerio y, claramente, no se encuentran en esta visión de una política temporal o focalizada.

¹⁶⁸ En este reto resulta esencial el tema de la rectoría de la protección social de la infancia. Este estudio ha argumentado que no es viable que en su forma actual el MIDIS cumpla en forma cabal los desafíos de su gestión. La institucionalidad peruana ya establece formalmente un articulador de políticas en cabeza de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). La dificultad de coordinar, planificar y evaluar la acción de otros ministerios pares en el tema de infancia, en ausencia de un mandato legal, ha sido suplida por una capacidad de convocatoria que deviene de la prioridad política del sector antes que de un arreglo institucional claro.

En un marco de economía política como el actual, complejo y quizás no enteramente propicio a reformas comprensivas, aún hay mucho donde avanzar. En este caso, lo que ha demostrado funcionar, aunque parezca evidente, es la prioridad del más alto nivel político que, sumada a la fortaleza técnica de equipos para desarrollar acciones virtuosas y sinérgicas, y con un plan claro de implementación que incluye los esfuerzos sostenidos de fortalecimiento de capacidades locales, logra avanzar de modo significativo en metas multisectoriales.

Con relación a la identificación de sinergias, queremos destacar una que surge una y otra vez, de modo urgente, en nuestras visitas a territorio: la debilidad de los sistemas de protección para la población infantil en las regiones del Perú. La evidencia muestra que las vulnerabilidades relacionadas con la protección infantil (trabajo infantil, explotación sexual o trata y violencia) son algunos de los retos más acuciantes y urgentes, tanto en contextos urbanos como rurales, y fue un tema que se destacó por diversos actores en el trabajo de campo. Esa realidad apremiante contrasta con el hecho de que a la fecha el Perú virtualmente carece de un sistema de protección a los niños y niñas de cobertura nacional, lo que es a todas luces inaceptable. Tal sistema requiere de normativa, de recursos y de instituciones fortalecidas con mandatos claros. Hoy existen casi nulos vínculos o articulaciones entre los servicios de protección especial y de protección social, y se verifica por ejemplo que la protección especial no refiere o accede a la oferta de asistencia de modo prioritario. Así por ejemplo, el resultado de la articulación de JUNTOS en un piloto de trabajo infantil aún no tiene resultados públicos, ni se vincula JUNTOS con los programas de prevención de riesgo y violencia familiar. Esto requiere avanzar en una integración de los servicios para la población en riesgo social más allá del MIDIS, con el objetivo de lograr las sinergias que deben existir entre los servicios de protección infantil (o restitución de derechos) y los programas de protección social.

Los temas de protección frente a la violencia y restitución de derechos requieren de modo urgente una aproximación multisectorial, articulada y sobre todo fortalecida a nivel de presupuestos y recursos humanos. El MIMP es hoy un ministerio débil y con limitada presencia territorial, lo cual no es aceptable a la luz de que representa a los ciudadanos más vulnerables. Las opciones institucionales para atender esta situación son muchas y requieren una reflexión que va más allá de lo “sectorial”, y que deberían tener el liderazgo del CIAS. En efecto, la responsabilidad del actual estado de situación no es únicamente del MIMP: es el resultado de la ausencia de una acción nacional en los temas de protección y restitución de derechos en la infancia, y de la ausencia de voz de la población a la que representa. Aunado a mayores recursos, es necesario también mayor rendición de cuentas por parte del MIMP, a ser evidenciada mediante la publicación abierta de claros marcos lógicos de programas, resultados esperados, reglamentos operativos y metas de gestión. Deben establecerse sin dilación protocolos de atención intersectoriales e intergubernamentales y un sistema de seguimiento uno a uno de las víctimas, pero también un sistema de gestión de conocimientos, pues este es un sector en el que existe compromiso y conocimiento, pero limitadísima –sino inexistente– sistematización de resultados y avances. Finalmente, es importante una política de fortalecimiento de capacidades a todos los niveles y de un trabajo amplio de sensibilización dirigido a la sociedad en torno a la importancia de valorar y proteger a nuestros niños.

En conclusión, en el Perú existen los elementos para definir, más allá de los cambios de gestión, acuerdos por la protección social de la niñez y la adolescencia. Para contar con una institucionalidad pública y con herramientas de gestión en materia de protección social, el próximo paso podría ser acordar aquellos mínimos crecientes de transferencias y servicios que se compromete a garantizar en cada tramo etario que comprende esta población. Así, la evolución de la garantía de las principales transferencias y servicios acordados podría medirse en términos de cobertura, pertinencia, calidad y equidad y ser el referente para el apoyo de los distintos actores públicos y privados, nacionales e internacionales, involucrados.

Un claro ejemplo de esto es el trabajo en Primera Infancia realizado en el MIDIS, en donde confluyó una poderosa secuencia de acciones. Entre ellas podemos mencionar: (i) posicionamiento público a través de campañas y actividades, con apoyo al más alto nivel y de otros ministerios del tema de desarrollo infantil temprano como prioridad política multisectorial; (ii) la firma –al arranque– de un

acuerdo interministerial e intergubernamental para trabajar el tema de primera infancia con un compromiso de metas nacionales en Lamay, Cuzco¹⁶⁹; (iii) la creación de una Comisión Multisectorial de carácter temporal para la creación de un plan de acciones integradas 2014-2015¹⁷⁰; (iv) la construcción plenamente intersectorial, con la participación de más de 40 técnicos de diversos sectores, de los lineamientos para la gestión intersectorial e intergubernamental orientado a promover el desarrollo infantil temprano, denominado “Primero la Infancia”¹⁷¹; (v) el diseño, y la implementación del FED como mecanismo de coordinación con las regiones, para el logro de resultados críticos en desarrollo infantil temprano, y con el antecedente de la evidencia del Europan como instrumento de coordinación sectorial¹⁷²; (vi) la implementación de cursos de capacitación a nivel territorial en primera infancia, a distancia (en línea), con participación de asociaciones municipales; (vii) la implementación del “Sello Municipal”, como incentivo a la acción municipal en primera infancia; y (viii) sobre todo, el impulso a la utilización del padrón nominado, instrumento que ya existía y que debe convertirse en la base del seguimiento niño a niño.

En síntesis: prioridad política y desarrollo continuo de instrumentos acompañados por un permanente fortalecimiento de las capacidades locales del territorio. Como se ha constatado en las visitas a regiones, es notable la interiorización de la agenda de desarrollo de la primera infancia en los actores territoriales.

Medidas concretas para la gestión del conocimiento en protección social en el Perú, así como para la transparencia y real rendición de cuentas. La gestión del conocimiento en lo social es esencial, no solo para garantizar la mayor eficiencia y eficacia de los ingentes recursos gastados en consultorías públicas, sino además por una razón central: existe limitada evidencia sobre las intervenciones que funcionan a nivel internacional en protección social y, en algunos temas, esta es prácticamente inexistente en América Latina y el Perú. Precisamos, para no andar a ciegas, crear y aportar conocimiento sobre lo que funciona.

Hoy es rara (si no inexistente) la institución pública que cuenta con los sistemas de gestión de información y de conocimiento como para acceder, incluso internamente, y menos de modo público y externo, a la lista de estudios o consultorías contratadas y/o a los estudios finales, y ni se hable del acceso a bases de datos administrativas necesarias para la realización de estudios; aún más, estos recursos no están disponibles al público.

De hecho, un sector público que busca innovación y eficiencia debería tener la gestión de conocimiento como primera iniciativa. Medidas concretas como: (i) protocolos claros y públicos para la gestión de conocimiento público o (ii) la publicación semestral de las agendas de estudios, evaluaciones operativas o de impacto, de las consultorías a ser contratadas, de las contrataciones adjudicadas y los links a versiones finales completas de estos estudios sería nada menos que revolucionario.

En términos de incentivos esto promueve que el demandante y el proveedor sean responsables de la utilidad y calidad de lo contratado, evita que el mismo estudio sea contratado una y otra vez, y sobre todo permitirá un mejor y más relevante conocimiento para la gestión. Esto sería un importante paso hacia la responsabilidad (*accountability*) y transparencia en el manejo de los ingentes recursos públicos orientados a creación de conocimiento.

Asimismo, y en relación a la evaluación como una función clave de la gestión pública, es importante vincular la agenda de evaluaciones con las prioridades de la gestión de políticas y de programas, con miras de mejorar el servicio al ciudadano y la eficiencia del gasto. Desde un punto de gerencia pública se precisa un ente que asuma la tarea de gestión de conocimiento y coordine un plan

¹⁶⁹ Firmaron este acuerdo, en ceremonia con asistencia del Presidente de la República, los ministros de Salud, Vivienda y de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, con la ANGR y REMURPE.

¹⁷⁰ Aprobada mediante R.S. N°413-2013-PCM.

¹⁷¹ Aprobado mediante D.S. N° 010-2016-MIDIS.

¹⁷² Véase: Reporte Final Project N° 2014/351160/1 Reporte de la Sistematización del Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional-EUROPAN, ACE, International Consultants, 2015. Véase [en línea] https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/europan/sistematizacion_EUROPAN_062016.pdf.

de estudios y evaluaciones operativas y de impacto periódicas clave a nivel nacional: México y Colombia son ejemplos de países en la región con interesantes experiencias a este respecto. Ejemplos como las evaluaciones del MEF o Contraloría son un paso en la dirección correcta: agenda de conocimiento que responde a prioridades de gestión y evaluaciones independientes no contratados por la agencia evaluada, con el compromiso de hacer los resultados públicos.

El trabajo en una Hoja de Ruta, incluyendo un plan a corto plazo que permita el avance en lo anterior. Si al año 2021 el Perú va a sentar las bases de un sistema de protección social inclusivo que ofrezca protección a sus ciudadanos más vulnerables frente a posibles shocks y riesgos, que promueva el desarrollo humano y la oportunidad económica y sea un real complemento de las políticas de desarrollo socioeconómico del país, es importante no perder el momentum que el país ha logrado en la consolidación de la protección social y menos aún el lugar que este tema tiene en la agenda de políticas públicas. En la medida en que no existe una visión clara ni una ruta hacia adelante en el tema esto es un riesgo real, pues una visión de una economía moderna y en crecimiento no es suficiente sin transmitir el por qué, en última instancia, el crecimiento es importante para el Perú. A nivel de discurso es importante recordar a los ciudadanos que, a diferencia del desarrollo humano, el crecimiento no es un fin en sí mismo. Una visión de país solidario y que avanza hacia el desarrollo humano requiere un sistema de protección universal y con base solidaria.

En el país tenemos experiencias de procesos de construcción de políticas o reformas complejos y que, sin embargo, han logrado instalarse como políticas de Estado e ir construyendo los instrumentos necesarios para su implementación. Dado que la construcción de una política de Estado no es tarea simple, es importante aprender de estas. Un ejemplo reciente es, sin duda, la Reforma de Salud de 2013. Por encargo del Presidente de la República, el Consejo Nacional de Salud elaboró y aprobó los “Lineamiento y medidas de reforma del sector salud”, la cual sirvió como base para promulgar 23 decretos legislativos orientados a alcanzar la universalización de la cobertura de salud.

Dichos decretos legislativos estuvieron dirigidos a atender temas de servicios de extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; las políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud y la organización del MINSA, entre las más importantes (De Habich, 2016 y Velásquez, Suarez y Nepo-Linares, 2016). Aprobados los lineamientos de la Reforma de Salud, durante el primer semestre de 2015 se llevó a cabo un proceso de discusión y debate dirigido y aprobado en el Acuerdo Nacional con la participación de distintos actores desde el MINSA, representantes de los GR y GL, partidos políticos, organizaciones de la sociedad civil y gremios de trabajadores del sector salud¹⁷³. Este acuerdo¹⁷⁴ constituye un paso fundamental en el fortalecimiento institucional de la reforma de salud como una política de Estado. Posteriormente, a finales del primer semestre de 2016, con el objetivo de consolidar lo avanzado y proponerla a una siguiente gestión de gobierno como proceso de transmisión de una visión de mediano y largo plazo, el MINSA elaboró y validó una “Hoja de ruta para la implementación de la reforma de salud para el periodo 2016-2021”.

Así, la hoja de ruta ordena las acciones futuras del sector en cuatro pilares: (i) ampliación de la cobertura de aseguramiento en salud, teniendo en cuenta que todavía la cuarta parte de la población no cuenta con ninguna clase de seguro; (ii) mejora en la atención de salud, la idea de este pilar es

¹⁷³ Acción Popular, Alianza para el Progreso, APRA, Fuerza Popular, Partido Humanista Peruano, Partido Nacionalista Peruano, Partido Popular Cristiano, Patria Segura, Perú Posible, Restauración Nacional, Siempre Unidos, Solidaridad Nacional, Somos Perú, Todos por el Perú, Unión por el Perú, Organizaciones de la sociedad civil (Concilio Nacional Evangélico del Perú, CGTP, CONFIEP, Conferencia Episcopal Peruana, Consejo Nacional de Decanos de los Colegios Profesionales (representada por los Colegios de Médicos, de Enfermeras y de Químicos Farmacéuticos), Coordinadora Nacional de Frentes Regionales, Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, Plataforma Agraria de Consenso (representada por la Junta Nacional de Usuarios de los Distritos de Riego del Perú y por la Convención Nacional del Agro Peruano), Sociedad Nacional de Industrias, Foro Salud and Federaciones de gremios de trabajadores de salud (Federación Médica Peruana, Federación Nacional de Enfermeras Federación Nacional de Obstetras, Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud (FENUTSSA).

¹⁷⁴ Véase [en línea] <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>.

cerrar progresivamente la brecha de oferta de servicios para la universalización sea viable; (iii) promoción y protección de los derechos de salud con el objetivo de prevenir fallas de cobertura y prestación de servicios; y (iv) fortalecimiento y gobernanza del sistema de salud (fortalecimiento institucional del MINSA como entidad rectora de salud).

Este ejemplo es uno que el tema de protección social precisa seguir. No se trata simplemente de la preparación de marcos estratégicos como la ENDIS y el PNAIA, sino que se requiere de marcos normativos que acompañen el desarrollo de una visión, de un trabajo de generación de consensos, incluso políticos, y de la traducción de una visión en una hoja de ruta, de modo similar a la delineada por el MINSA, que delimite acciones en el corto, mediano, y largo plazo de modo de transmitir esta visión, avanzar en la implementación y, en la medida de lo posible, construir sobre lo avanzando.

Bibliografía

- Adrogué, C. y M. Orlicki (2013), *Do In-School Feeding Programs Have an Impact in Academic Performance? The Case of Public Schools in Argentina*. Universidad de San Andres- CONICET, Argentina.
- Alarcón, G. (2009), *Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
- Alcázar, L. y A. Sánchez (2016), *El gasto público en infancia y niñez en América Latina y el Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo y GRADE, Lima, Perú.
- Alcázar, L. (2007), *¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú?: Riesgo y oportunidades para su reforma*. GRADE, Lima, Perú.
- Alcázar, L., J. Lopez-Calix y E. Wachtenheim (2003), *Las pérdidas en el camino, fugas en el gasto público: transferencias municipales, vaso de leche y sector educación*. GRADE, Lima, Perú.
- Alfageme, A. y M. del Valle (2009), *Análisis de focalización de la política social*, Banco Central de Reserva del Perú, Lima, Perú.
- Alderman, H. y D. Stifel (2006), *The Glass of Milk Subsidy Program and Malnutrition in Peru*, The World Bank, Washington DC.
- Alosilla, W. y otros (2010), *Proyecto de fortalecimiento de las capacidades de gestión por resultados en: Arequipa, Cusco, Lambayeque y Piura*, Cusco, Perú.
- Aparco, J., L. Huamán-Espino y E. Segura (2012), “Variación del estado nutricional durante el tratamiento antituberculoso en beneficiarios del Programa PANTBC”, *Revista Perú Med Exp Salud Pública*, Lima, 29(3).
- Arámbulo Quiroz, C. (2013), *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado-sociedad civil en el Perú durante el periodo 2000-2012*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Arróspide, M. (2009), *Presupuesto público evaluado: programa nacional de apoyo directo a los más pobres Juntos*, Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), Lima, Perú.
- Ash, D. y otros (2003), “Randomized Efficacy Trial of a Micronutrient-fortified Beverage in Primary School Children in Tanzania”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 77(4).
- Baker-Henningham, H. y F. López Bóo (2013), *Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, por qué y para quién*, Inter-American Development Bank.
- BM (Banco Mundial) (2012a), *Resilience, Equity and Opportunity*, Social Protection and labor strategy, Washington D.C.
- _____ (2012b), “Do School Feeding Programs Help Children?”, *Evidence to Policy*, Washington.
- Banerjee, A y otros (2015), “A Multi-faceted Program Causes Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from Six Countries”, *Science*, 348.

- Battiston, D. y otros (2013), "Income and Beyond: Multidimensional Poverty in Six Latin American Countries," *Social Indicators Research*, vol. 112(2).
- Behrman, J. R., Y. Cheng y P. Todd (2004), "Evaluating Preschool Programs when Length of Exposure to the Programme Varies: A Nonparametric Approach", *The Review of Economics and Statistics*, 86.
- Benites, S. y J. Escobal (2012), *Impacts of the Conditional Cash Transfer programme JUNTOS for children in Peru*, GRADE y Niños del Milenio, Perú.
- Blondet, C. y C. Trivelli (2004), *Cucharas en alto. Del asistencialismo al desarrollo local: fortaleciendo la participación de las mujeres*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Bonilla, A. y J. Gruat (2003), *Social Protection: A Life Cycle Continuum Investment For Social Justice, Poverty Reduction And Sustainable Development*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Brooks-Gunn, J., y G. Duncan (1997), "The effects of poverty on children. The future of children", *PubMed* 7 (2).
- Cecchini, S. y R. Martínez (2011), *Protección Social Inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos* (LC/G.2488-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.
- Cecchini, S. y otros (2015), "Derechos y ciclo de vida: reordenando los instrumentos de protección social", *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (LC/G.2644-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.
- Cecchini, S. (2016), "Protección Social con enfoque de derechos en América Latina del siglo XXI", *Revista Opera*, Numero 16, Colombia.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1997), *Programa de Alimentación Escolar de Uruguay, su Impacto Nutricional y Educacional*, CEPAL-OEA/FAS, Uruguay.
- Contraloría General de la República (2015a), *Auditoría de desempeño al servicio de cuidado diurno del Programa Nacional*. Ver [en: http://doc.contraloria.gob.pe/tallerdesempeno/documentos/LIBRO_3.pdf línea] http://doc.contraloria.gob.pe/tallerdesempeno/documentos/LIBRO_3.pdf
- Contraloría General de la República (2015b), "Auditorías de desempeño". Boletín Especial. Disponible [en línea] http://doc.contraloria.gob.pe/tallerdesempeno/documentos/boletin_desempeno.pdf.
- ____ (2012), "Informe macro sobre la gestión del Programa de Vaso de Leche", Departamento de Programas Sociales, Lima, Perú.
- ____ (2008), "Programas sociales en el Perú, elementos para una propuesta desde el control gubernamental", Lima, Perú.
- Cunha, F., y J. Heckman (2007), "The Technology of Skill Formation", *American Economic Review*, 97(2).
- Currie, J. (2001), "Early Childhood Education Programs", *Journal of Economic Perspectives*, 15(2).
- Dasso, R. y F. Fernández (2013), "Temptation Goods and Conditional Cash Transfers in Peru", presentación en Seventh Annual Meeting of the Impact Evaluation Network (IEN), Lima.
- De Habich, M. (2016), "Hoja de Ruta para alcanzar los objetivos de la reforma de salud al 2021", Mimeo.
- Devereux, S. y R. Sabates-Wheeler (2008), "Transformative social protection: the currency of social justice", en A. Barrientos y D. Hulme, *Social protection for the poor and poorest: Concepts, policies and politics*, Palgrave Studies in Development.
- ____ (2004), "Transformative social protection", *Working paper series*, 232. Brighton: IDS.
- Díaz, R. y otros (2009), *Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES; Observatorio de la Salud. CARE - Programa de Derechos en Salud.
- ENAH0 (Encuesta Nacional de Hogares), [en línea] <http://www.ipe.org.pe/enaho>
- ENARES (Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales), [en línea] <http://www.regionlalibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro44/libro.pdf>.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) [en línea] https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
- ENEDI (Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad), [en línea] <http://idehpucp.pucp.edu.pe/comunicaciones/notas-informativas/quienes-son-donde-estan-y-que-necesitan-las-cifras-del-censo-del-inei-sobre-discapacidad/>.
- El Comercio (2016), "En el Perú más de 1,5 millones de niños y adolescentes trabaja". Disponible [en línea] <http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/peru-mas-15-millones-ninos-y-adolescentes-trabaja-noticia-1908690>.

- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) (2013), “Alimentación escolar y las posibilidades de compra directa de la agricultura familiar: estudio nacional del Perú”, Perú.
- Ferreira, F.G. y D. Robalino (2010), “Social Protection in Latin America”, *Policy Research Working Paper* 5305, Banco Mundial, Washington DC.
- Fleury, S. (1999), “Protección social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa”, Centro de Documentación en Políticas Sociales, documento 15, Secretaría de Promoción Social, Buenos Aires.
- Franco, R. (2010), “Institucionalidad de las políticas sociales; ¿es posible mejorar su efectividad” (LC/W.312), Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.
- Gahlaut, A. (2011), “An Analysis of the Juntos Cash Transfer Programme in Peru, With Special Emphasis on Child Outcomes”, Niños del Milenio.
- Gajate, G. y M. Inurritegui (2002), “El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del Propensity Score Matching”, Consorcio de Investigación Económica y Social, GRADE, Lima, Perú.
- García, L. (2014), “Incluir socialmente a los adultos mayores: ¿Es suficiente pensión 65?”, *Documento de trabajo* N°374-PUCP, Lima, Perú.
- Grantham-McGregor, S. y otros e International Child Development Steering Group (2007), “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries”, *The Lancet*, 369(9555).
- Haveman, R., y B. Wolfe (1995), “The Determinants of Children's Attainments: A Review of Methods and Findings”, *Journal of Economic Literature*, 33(4).
- Heckman, J. y otros (2009), “The Rate of Return to the High/Scope Perry Preschool Program”, Department of Economics, University of Chicago.
- Huber, L. y otros (2009), “Programa Juntos: certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas. Estudio de caso de seis distritos rurales del Perú”. Fondo de Protección de las Naciones Unidas-Perú, Instituto de Desarrollo Peruano, UNICEF.
- Huicho, L. y otros y Peru Countdown Country Case Study Working Group (2016), “Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study”, *The Lancet Global Health* 4(6).
- Holzmann, R. y S. Jørgensen (2003), “Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá”, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, enero-junio, vol.21, número 1, Universidad de Antioquia, Colombia.
- _____. (1999), “Social Protection as Social Risk Management: Conceptual Underpinnings for the Social Protection Sector Strategy Paper”, *Social Protection Discussion Paper Series*, N° 9904, Banco Mundial, Washington DC.
- Inchauste, G. y otros (2014), *Understanding Changes in Poverty*, World Bank, Washington D.C.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (2015), “Perú: Perfil del Trabajo Infantil al 2013”. Lima, Perú.
- _____. (2009), “PERÚ: Programa del Vaso de Leche, 2008”, Lima, Perú.
- Inversión en la Infancia (2013), “Salud materna neonatal: todos los niños y niñas y todas las madres cuentan”, Lima, Perú. Disponible [en línea] http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_ENCUESTRO/encuentro_documento_file/27_RESUMENSNMMarzo2013.pdf.
- Janssens, W. (2006a), St. Lucia Child Development Study—Baseline Report 2006: An Impact Evaluation of the Roving Caregivers Programme in St Lucia, *Amsterdam Institute for International Development*.
- _____. (2006b), “An Impact Evaluation of the Roving Caregivers Programme in St Lucia”, St. Lucia Child Development Study, Baseline Report.
- Jaramillo, M. y S. Parodi (2004), “El seguro escolar gratuito y el seguro materno infantil: análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso”, *Documento de Trabajo* N° 46, Grupo de Análisis para el Desarrollo, GRADE, Lima, Perú.
- Jones, N.A. y A. Sumner (2011), *Child poverty, evidence and policy: Mainstreaming children in international development*, Bristol: The Policy Press.
- Jones, N., R. Vargas y E. Villar (2007), “El programa Juntos y el bienestar de la infancia”, en *Relaciones con condiciones: el Estado peruano frente a su infancia*, Lima, Niños del Milenio.
- Kazianga, D., D. de Walque y H. Alderman (2009), “Educational and Health Impact of Two School Feeding Schemes: Evidence from a Randomized Trial in Rural Burkina Faso”, *Policy Research Working Paper* N°4976, The World Bank.

- Kulke, U. y E. Guilbault (2012), “The Social Protection Floors Recommendation, 2012 (N° 202): Completing the standards to close the coverage gap”, *International Social Security Review*, 66 (3-49).
- Lavado, P. (2007), “Desigualdades en los programas sociales en el Perú”, Consorcio de Investigación Económica y Social y Banco Mundial, Lima, Perú.
- Lavigne, M. (2013), “Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú” (LC/W.522), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.
- Lien, D. y otros (2009), “Impact of Milk Consumption on Performance and Health of Primary School Children in Rural Vietnam”, *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 18(3).
- Lustig, N. y otros (2013), “Commitment to Equity: The Impact of Taxes and Social Spending in Inequality and Poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Perú, and Uruguay: An Overview”, *CEQ working paper* N° 13.
- Maldonado, S. (2013), “Nota metodológica para la evaluación de impacto del programa nacional de alimentación escolar Qali Warma”, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección General de Seguimiento y Evaluación-DGSE, Lima, Perú.
- Machinea, J.L. (2005), “Institucionalización de la política social para la reducción de la pobreza”, *Cuadernos de Desarrollo Humano*, N° 23, Secretaría de Desarrollo Social, México D.F.
- McEwan, P. (2013), “The impact of Chile’s school feeding program on education outcomes”, Department of Economics, Wellesley College, United States.
- Merino, M. y otros (2013), *Programa de gestión de resultados para la inclusión social I*, Banco Interamericano de Desarrollo.
- MCPLP (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza) (2014), “Reporte de Balance del Año 2013 y Perspectivas en el marco de los acuerdos de Gobernabilidad 2015-2018”, Lima, Perú. Disponible [en: http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf línea] http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/09/balance_smn_2013-2014_cen_10_07_14_vfinal.pdf.
- _____. (2012), “Programa Presupuestal Articulado Nutricional: Balance de Ejecución 2011”. Lima, Perú
- M.D. Thompson, A. Reynolds y J. Temple (2001), “Early Childhood Educational Intervention and long-term Developmental Outcomes”, *Journal of the American Medical Association*, 286(15).
- MEF (Ministerio de Economía y Finanzas), “Nota técnica: evaluación de impacto del programa nacional Wawa Wasi”, Lima, Perú.
- _____. (2008), “Programa estratégico salud materno neonatal”, Lima, Perú. Disponible [en https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategico_s_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf línea] https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/programa_estart/Programas_Estrategicos_Salud_Materno_Neonatal_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf.
- MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social) (2016), “Nota metodológica para la evaluación de impacto del programa Cuna Más, modalidad acompañamiento a familias”, Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE), Lima, Perú.
- MIDIS (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social) (2016a) Programa Nacional Cuna Más (PNCM), disponible [en línea] <http://www.cunamas.gob.pe/?p=3375>
- _____. (2016b) Info Qali Warma [en línea] <http://app.qaliwarma.gob.pe/InfoQaliwarma/#/indicadores/prestacion-alimentaria>.
- _____. (2016c) Info MIDIS [en línea] <http://sdv.midis.gob.pe/Infomidis/#/>.
- _____. (2016d), “Resumen Ejecutivo 2016”, disponible [en línea] http://www.cunamas.gob.pe/Transparencia/Planeamiento_y_Organizacion/POI_2015_CUNA_MAS_REFORMULADO.pdf.
- _____. (2015), “Manual de Operaciones Programa Nacional Cuna Más”.
- _____. (2013a), “Resolución de Dirección Ejecutiva”, disponible [en línea] www.cunamas.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/RDE_885_2013-MIDIS-PNCM.pdf y www.cunamas.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/RDE_885_2013-MIDIS-PNCM.pdf.
- _____. (2013b), “Programa de Complementación Alimentaria (PCA)”, Dirección General de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales.
- _____. (2012a), “Manual Operativo: Programa Nacional de Asistencia Solidaria- Pensión 65”, Lima, Perú.
- _____. (2012b), “Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú”, Lima, Perú. [en línea] http://www.midis.gob.pe/files/doc/midis_politicas_desarrollo_es.pdf.

- _____ (2010), “Marco Normativo y Comité de Gestión del PCA”, Dirección General de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales, Lima, Perú. Disponible [en línea] http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/pca/as/pca_2marco_normativo_comite_gestion.pdf.
- MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables) (2015), “¿Qué motiva a las niñas, niños y adolescentes a trabajar en la calle?”, YACHAY, Lima, Perú.
- _____ (2014a), “Experiencia Cuna Más”, disponible [en línea] <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/Experiencia-CUNAMAS>.
- _____ (2014b), “Tercer Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Año 2014”, Comisión Multisectorial Permanente, Lima, Perú.
- _____ (2012), “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, PNAIA 2021”, Lima, Perú.
- MINSA (Ministerio de Salud) (2013), “La mortalidad materna en el Perú”, Dirección General de Epidemiología, Lima, Perú. Disponible [en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf> línea] www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf.
- _____ (2010), “Guía: formulación de la ración del programa del Vaso de Leche”, Dirección Ejecutiva de Ciencia y Tecnología de Alimentos (DECYTA), Lima, Perú. Disponible [en línea] <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/IMPRESION%20%20vaso%20ok.pdf> y <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/IMPRESION%20%20vaso%20ok.pdf>.
- Olivera, J. y J. Clausen (2013), “Las características del adulto mayor peruano y las políticas de protección social”, *Documento de trabajo* N° 360-PUCP, Lima, Perú.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2013), “Medir los progresos en la lucha contra el trabajo infantil: estimaciones y tendencias mundiales entre 2000 y 2012”. Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil, Departamento de Gobernanza y Tripartismo, Ginebra.
- Parodi, S. (2007), “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), Lima, Perú.
- Pérez, P. y G. Yamada (2005), “Evaluación de impacto de proyectos de desarrollo en el Perú”, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú.
- Perova, E. y Vakis, R. (2012), “5 Years in Juntos: New Evidence on the Program’s Short and Long-Term Impacts”, Pontificia Universidad Católica del Perú, *Revista de Economía* vol. 35, Num. 69, Lima, Perú.
- Pizarro, M., Alcázar, L. y Sandro Parodi (2011), “Intervención Pública Evaluada: Programa Nacional de Bienestar Familiar INABIF”, *Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social*. Lima, Perú. Abril 2011.
- PLANAGERD (Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres) [en línea] (2014-2021), <https://www.perusinriesgodedesastres.com/noticias-2014/setiembre/libro-planagerd-2014-2021>.
- Portilla, E. (2014), “Comedores Populares de Lima Como Espacios de Negociación”, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- _____ (2010), El impacto y potencial del programa Juntos en Perú: evidencia de una evaluación no-experimental. Banco Mundial.
- _____ (2009), “Welfare impacts of the Juntos Program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation”, mimeo, Washington D.C: The World Bank.
- Programa Nacional Cuna Más (2013), “Programa Nacional Cuna Más: Memoria Anual 2013”, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Perú. Disponible [en línea] http://www.cunamas.gob.pe/Transparencia/Planeamiento_y_Organizacion/Memoria_Anuual_2013-PNCM.pdf.
- Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres, JUNTOS (2016), “JUNTOS una década”. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Lima, Perú. Disponible [en línea] <http://www.juntos.gob.pe/images/publicaciones/Entregable%20final%20Juntos%20una%20decada%20version%20web.pdf>.
- _____ (2016), “Avanzando JUNTOS”, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Boletín Técnico N° 010, Lima, Perú.
- _____ (2014), “JUNTOS en cifras 2005-2014”, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Lima, Perú.
- Repetto, F. (2010), “Protección social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos”, *Revista de CLAD Reforma y Democracia*, N° 47, Caracas.

- Restrepo, J. (2016), “La salud y el sector salud en el Perú: una perspectiva comparada”, Banco Interamericano de Desarrollo, BID.
- Rey Sánchez, R. (2015), “De Wawa Wasi a Cuna Más: Los desafíos de ser más que una guardería; Estudio de caso de locales de Cuna Más en Jicamarca, Huarochiri”, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ribe, H., D. Robalino e I. Walker (2012), “From Right to Reality: Incentives, labor markets, and the challenge of universal social protection in Latin America and the Caribbean”, Banco Mundial, Washington DC.
- Roelen, K. y R. Sabates-Wheeler (2011), “A child sensitive approach to social protection: Serving practical and strategic needs”, presentado en conferencia internacional “Social Protection for Social Justice” IDS, UK.
- Salinas, C. y J. Torres (2016), “Impacto laboral potencial del acceso a Pensión 65: un primer análisis”, Consorcio de Investigación Económica y Social y Universidad del Pacífico, Lima, Perú.
- Sanabria, C., M. de los Á. Cárdenas y B. Quiroga (2015), “Evaluación de diseño y ejecución de presupuesto de programa nacional de asistencia solidaria Pensión 65”, Ministerio de Economía y Finanzas y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Perú.
- Sánchez, A. y M. Jaramillo (2011), “Evaluación del impacto nutricional del programa JUNTOS”, Mimeo.
- Sánchez, A. y M. Rodríguez (2016), “A 10 años del lanzamiento de Juntos: un balance del impacto del programa sobre capital humano”, Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), Lima, Perú.
- Sarasa, S., y G. Esping-Andersen (2002), “The generational conflict reconsidered”, *Journal of European Social Policy*, 12(1).
- Shonkoff, J. P., y D. Philips (2000), *From Neurons to Neighborhoods. The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- SIS (Seguro Integral de Salud) (2015), “Boletín Estadístico del Seguro Integral de Salud, Diciembre 2015”. Lima, Perú. Disponible [en línea] http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/archivos/boletines/ResumenEjecutivo_2015_01_AL_12.pdf.
- _____ (2011), “Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud en los indicadores de salud pública y gasto de bolsillo Periodo 2002-2009”. Gerencia de Operaciones, Lima, Perú.
- _____ (2009), “Fortaleciendo el Seguro Integral de Salud en zonas de pobreza”. Lima, Perú.
- Seinfeld, J. (2010), “Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: sector salud”, Universidad del Pacífico, Lima, Perú.
- Sepúlveda, M. (2014), “De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina” (LC/L.3788), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago, Publicación de las Naciones Unidas.
- Stifel, D. y H. Alderman (2003), “The Glass of Milk Subsidy Program and Malnutrition in Peru”, The World Bank, Washington DC.
- Stampini, M. y otros (2015), *Pobreza, vulnerabilidad y la clase media en América Latina* (No. IDB-WP-591), IDB Working Paper Series.
- Streuli, N. (2010), “Children’s Experiences of a conditional cash transfer in Peru and its implications on their Social Worlds”, Young Lives, Mimeo.
- Suarez, M. (2003), “Caracterización del programa Vaso de Leche”, Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de General de Asuntos Económicos y Sociales, Lima, Perú.
- Székely, M. (2011) “Towards Results-Based Social Policy Design and Implementation”, Center for Global Development Working Paper, 249, Washington DC.
- Szekely, M. y R. Franco (2010), “Institucionalidad Social en América Latina” (LC/W.312), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago. Publicación de las Naciones Unidas.
- Tornarolli, L. (2016), “El Programa JUNTOS a la luz de otros programas de transferencia condicionada”, mimeo, Lima, Perú
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2014), “Gasto público en las niñas, niños y adolescentes en el Perú”, MEF-MIMP-MIDIS, Lima, Perú.
- _____ (2013), “Mejorar la Nutrición Infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr”, New York, United States.
- _____ (2012), “Integrated Social Protection Systems: Enhancing Equity for Children”, New York, United States.

- Vásquez, E. (2013), “Las políticas y programas sociales del gobierno de Ollanta Humala desde la perspectiva de la pobreza multidimensional”, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú.
- Vásquez, E. (2012), “El Perú de los pobres no visibles para el Estado: la inclusión social pendiente a julio del 2012”, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico, Lima, Perú.
- Velásquez, A., D. Suarez y E. Nepo-Linares (2016), “Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3).
- Walker, S. y otros (2007), “Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries”, *The Lancet*, Vol. 369.
- Winer, A., y R. Thompson (2015), How poverty and depression impact a child’s social and emotional competence, *Policy Brief*, 1(10).
- Yates, R., Chandan, U., y P. Lim Ah Ken (2010), “Child-sensitive social protection. A new approach to programming for children affected by HIV and AIDS”, *Vulnerable Children and Youth Studies*, 5(3).
- Zavaleta, N. y L. Irizarry (2016), *Nutrición en el Perú: situación nutricional y sus implicancias de política*. Banco Interamericana de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, Washington.

Anexos

Anexo 1: Abreviaciones

AF	Acompañamiento Familiar
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAE	Comité de Alimentación Escolar
CAD	Convenio de Asignación por Desempeño
CAR	Centros de Atención Residencial
CAI	Centros de Atención Institucional frente a la Violencia Familiar
CEDIF	Centros de Desarrollo Integral para la Familia
CEM	Centro de Emergencia Mujer
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPLAN	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CCF	Centros Comunales Familiares
CIAI	Centro Infantil de Atención Integral
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
CRF	Centros de Recreación Familiar
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente
DNI	Documento Nacional de Identidad
DTI	Desarrollo Temprano Infantil
EDEP	Evaluación De Diseño y Ejecución Presupuestal
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar
ENDIS	Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
FSU	Ficha Socioeconómica Única
GR	Gobiernos Regionales
INABIF	Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar
INAPROMEF	Instituto Nacional de Promoción Familiar
ALC	América Latina y el Caribe
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MCLCP	Mesa De Concertación Para Lucha Contra La Pobreza
MINAM	Ministerio del Ambiente
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINEDU	Ministerio de Educación
MINDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
NNASC	Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle
IA	INABIF en Acción
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ISO	International Organization for Standardization
LPIS	Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAM	Programa de los Adultos Mayores en riesgo
PAN	Programa Articulado Nutricional
PANTBC	Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia
PAT	
PEAS	Programa de Alimentos por Trabajo
PCA	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PCM	Programa de Complementación Alimentaria
PCP	Presidencia del Consejo de Ministros
PHA	Programa de Comedores Populares
PGH	Programas de Hogares y Albergues
PNCM	Padrón General de Hogares
PNCVFS	Programa Nacional Cuna Más
PNAIA	Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual
PNY	Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia
PSMN	Programa Nacional Yachay
PVL	Programa De Salud Materna-Neonatal
PROMUDEH	Programa Vaso de Leche Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Humano
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
PNAE Qali Warma	Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma
RENAMU	Registro Nacional de Municipalidades
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RMN	Razón Mortalidad Materna
SAANE	Servicio de Apoyo y Asesoramiento para la Atención de Necesidades Educativas Especiales
SAF	Servicio de Acompañamiento Familiar
SAU	Servicio de Atención Urgente
SCD	Servicio Cuidado Diurno
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera del Estado
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SIS	Seguro Integral de Salud
SIU	Sistema de Identificación de Usuarios
SMI	Seguro Materno Infantil
TBC	Tuberculosis
TMN	Tasa Materno Neonatal
UCF	Unidad Central de Focalización
ULF	Unidades Locales de Focalización
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USPNNA	Unidad de Servicios de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes
USPPD	Unidad de Servicios de Protección con Personas con discapacidad
USPPAM	Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas

Anexo 2

Perú: principales indicadores para una política social por ciclo de vida

Cuadro A.1
Perú: principales indicadores para una política social por ciclo de vida

Indicador	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur
Primera infancia (desde la concepción hasta 5 años)																		
Atención prenatal por profesionales de salud	94.7	98.1	87.9	95.4	98.9	88.1	96	98.9	90	95.9	98.9	88.9	96.9	98.8	91.9	97	99	91.3
Parto atendido por profesionales de salud	83.8	95	63.7	85	96	64.4	86.7	95.7	69.6	89.1	97.3	71.3	89.9	97	73.1	91.6	97.7	75
Mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	17.1	14.1	22.4	16.1	10.9	26	17	14	22	19	16	24	19	16	25	17	15	23
Mortalidad de niños menores de 5 años (por 1,000 nacidos vivos)	22.8	17.1	32.8	21.2	13.8	34.7	21	17	29	24	20	32	23	18	32	21	17	31
Tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	23.2	14.1	38.8	19.5	10.1	37	18.1	10.5	31.9	17.5	10.3	32.3	14.6	8.3	28.8	14.4	9.2	27.7
Proporción de niños menores de 5 años con anemia	37.7	33	45.7	30.7	26.5	38.6	32.9	28.6	40.7	34	31.1	39.8	35.6	31.7	44.4	32.6	29.8	39.7
Tasa de asistencia a educación inicial en niños de 3 a 5 años	70.3	74.3	61	72.6	77	61.2	74.6	78	66.4	78.8	80.8	73.8	81.3	82.7	77.5			
Proporción de niños de un mes de nacidos a 5 años sin DNI	-	-	-	-	-	-	89.2	91.4	83.7	92.1	93.7	87.9	93.3	94.4	90.3	94.7	95.9	91.2
Presentó IRA	17.1	17.2	17	16.4	15.9	17.6	13.9	12.9	15.7	13.3	13.6	12.7	16.8	16.2	18.3	15.1	14.6	16.5
Presentó ERA	14.9	15.2	14.3	13.9	13.3	15	12.3	12	12.8	10.9	10.6	11.5	12.1	11.7	12.9	12	11.4	13.6
Niños de 36 meses que tienen todas las vacunas	61	62.6	58.2	71.5	73.2	68.3	72.8	73.8	70.8	66.1	66.7	64.7	61.1	61.3	60.4	69.4	70	67.8
Hierro	14.8	12.8	18.6	13.6	11.6	17.5	14.9	13.3	18	17.6	15.2	22.7	16.4	15	19.9	19.8	18.1	24.3
Cobertura CRED	37.7	44.2	40	43.3	55.2	47.3	46.9	58.5	50.8	47	58.1	50.5	48.6	61.7	52.4	50.9	65	54.6

Cuadro A.1 (conclusión)

Año	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur	Nac	Urb	Rur
Niñez (de 6 a 11 años)																		
Cobertura neta de educación primaria en niños de 6 a 11 años	94	93.7	94.5	94	93.4	95	92.9	92.7	93.4	93.2	92.8	94.3	92.9	92.7	93.2			
Tasa de niños de 6 a 11 años matriculados en algún grado inferior	12.3	7.8	24	10.8	6.9	21.8	9.9	6.1	20.3	8.8	5.4	18.9	8	5.4	18	6.5	4.4	14.8
Proporción de niños de 6to grado con rendimiento en lógico matemática por debajo del nivel básico para el grado	13.8	16.4	5.8	13.2	15.8	3.7	12.8	15.2	4.1	16.8	19.4	6.5	25.9	28.9	13.1	26.6	29.1	12.3
Proporción de niños de 6to grado con rendimiento en comunicación integral por debajo del nivel básico para el grado	28.7	35.5	7.6	29.8	36.3	5.9	30.9	37.5	7	33	38.5	10.4	43.5	49.7	16.7	49.7	55.1	18.5
Tasa de niños de 6 a 13 años que trabaja y estudia	18.7	7	41.6	17.4	6.6	38.7	11.1	3.8	26.5	12.6	5	29.6	13.3	4.7	33.6	12.4	4	33
Adolescencia (de 12 a 19 años)																		
Tasa de adolescentes de 15 a 19 años que no conoce ninguna forma de evitar la infección del VIH/SIDA	10.6	5.2	21	8.6	5	20.1	10.3	6	23.1	12.2	5.6	25	12.5	6.3	26.7			
Cobertura neta de secundaria en adolescentes de 12 a 16 años	79.2	84.5	68.4	80	84.8	70.5	80.7	85.1	71.2	81.5	86	72.1	82.9	86.7	74.5			
Tasa de adolescentes de 12 a 16 años matriculados en algún grado inferior	15.5	12.7	34.1	14.8	12.2	32.6	14.2	11.8	29	13.7	11	30.4	12.9	10.7	29.8	11.2	9.3	26.1
Proporción de adolescentes entre 15 y 20 años que ha experimentado la maternidad (embarazo y parto)	14.6	12.2	22	13.9	11.9	20.3	13.2	10.2	21.5	12.5	10	19.7	13.5	11.3	19.3	13.6	10.8	22.5
Adultez (18 a 64 años)																		
Desempleo	6.3	7.8	2.4	5.8	7	2.3	5.1	6.1	2.3	4.9	5.9	2.3	4.7	5.6	2	4.4	5.4	1.6
PEA rural no agrícola			26.2			25			26.1			26.4			26.1			24.4
Transversal																		
Agua	76.8	89.2	40.5	77.3	90.5	38.3	82.5	91.7	54.8	83.2	91.8	56.6	85.8	92.7	64.2	85.7	92.3	64.8
Desagüe	64.8	83.2	10.6	65.9	84.2	12.1	67.3	85.5	12.8	67.5	84.6	14.6	67.7	84.7	15.1	68.4	84.6	16.7
Electricidad	88.1	98.1	58.6	89.7	98.4	64.2	91.1	98.6	68.6	92.1	98.8	71.6	92.9	98.9	74.5	93.9	98.9	77.9
Teléfono	77.7	88.3	46.7	80.1	90.2	50.6	83.1	91.2	58.9	85.5	92.5	63.7	87.3	93	69.6	89.1	94	73.6
Paquete completo (agua, desagüe, electricidad y teléfono)	55.2	72.3	4.9	57.2	74.7	5.6	59.8	76.9	8.5	61.1	77.4	10.7	61.6	77.7	11.9	63	78.6	13.5

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2014.

Anexo 3: Resumen de los programas sociales en el Perú

Cuadro A.2
Perú: resumen de los programas sociales dirigidos a infancia tratados en el documento

Programa	Objetivo explícito	Población elegible	Método de focalización	Beneficio	Periodicidad	Cantidad de beneficiarios	Porcentaje beneficiarios/ Población elegible Total	Año de inicio	Presupuesto ejecutado (millones de soles)	Porcentaje gasto administrativo	Agencia responsable
Juntos	El Programa JUNTOS tiene dos objetivos principales (i) Contribuir con la reducción de la pobreza en el corto plazo y (ii) Romper con la pobreza intergeneracional en el largo Plazo	Hogares que tengan al menos un niño o adolescentes menor de 19 años o madres gestantes en situación de pobreza	El método de focalización comprende 3 etapas: (i) focalización geográfica de los distritos a intervenir, (ii) focalización de hogares elegibles y (iii) validación de los hogares elegibles .	200 nuevos soles	Bimensual	814 533 (al año 2015)	60,2%	2005	1066	3,91%	MIDIS
Qali Warma	El objetivo es asegurar la ingesta de alimentos en términos de calidad y cantidad para todos los niños mayores de 3 años de las instituciones escolares públicas	Todos los niños de inicial y de primaria mayores de 3 años, y de secundaria en las comunidades nativas de la Amazonía que asisten a las escuelas públicas.	Universal	Desayunos y almuerzos	Día (Lunes a Viernes), todos los días del calendario escolar	3 011 825 niños (al primer bimestre de 2016)	79,3%	2012	1216	4,10%	MIDIS
Vaso de Leche	Mejorar el nivel nutricional de los sectores más pobres, y así contribuir con mejora su calidad de vida	La población objetivo del PVL está dividida en dos grupos. El primero está constituida por niños menores de 6 años, madres gestantes y madres en periodo de lactancia. El segundo grupo de importancia dentro de la población objetivo son los niños entre 7 y 13 años, los adultos mayores y las personas con tuberculosis	MEF transfiere fondos a las Municipalidades de acuerdo con criterios demográficos y de pobreza proporcionados por el INEI	Alimentos en especies	Variable	1 469 307 (al año 2015)	60%	1985	363	N/A	Municipalidades

Cuadro A.2 (continuación)

Programa	Objetivo explícito	Población elegible	Método de focalización	Beneficio	Periodicidad	Cantidad de beneficiarios	Porcentaje beneficiarios/ Población elegible Total	Año de inicio	Presupuesto ejecutado (millones de soles)	Porcentaje gasto administrativo	Agencia responsable
Programa de Complementación Alimentaria	El objetivo es otorgar un complemento alimentario a la población en extrema pobreza, en riesgo o vulnerabilidad	PCP: Las personas en situación de pobreza y extrema pobreza. PHA: todos los niños y adolescentes que se encuentran en un albergue o casa hogar. PAT: comunidades ubicadas en la zona peri urbana y rural. PAM: adultos en albergues o casas de reposo, mujeres que han sufrido algún tipo de violencia familiar y personas con discapacidad. PANTBC: las personas con TBC y sus familias	PHA y PAM: Albergues o casas de Reposo. PCP: Población pobre o pobre extremo (SISFOH). PANTBC: Inscripción en los Hospitales del MINSA.	Servicio alimentario	Diario	No hay información. Solo se cuenta con información del PCP (273 mil beneficiarios)	N/A	Variable	138	9,3%	Municipalidades
Sistema Integral de Salud (SIS)	El SIS tiene 3 objetivos estratégicos (i) construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de salud de calidad; (ii) promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza y (iii) implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.	Población en condición de pobreza y extrema pobreza en primera Prioridad	SINAFO, además de criterios categoricos por riesgo o prioridad sanitaria.	Seguro de salud	Cada vez que se requiera	17 millones	85%	2002	1243	3,41%	MINSA
INABIF	Promover, facilitar y establecer una red de protección social que asegure la atención a los grupos sociales más vulnerables, por condición de pobreza, exclusión, desastres naturales, siniestros, víctimas de violencia familiar, social y política	Niñas, niños y adolescentes en situación de presunto estado de abandono; personas con discapacidad y adultos mayores	---	Atención psicológica y pedagógica	Diario (Lunes a Viernes)	20, 810	N/A	1982	120.1	11,54%	MINP

Cuadro A.2 (continuación)

Programa	Objetivo explícito	Población elegible	Método de focalización	Beneficio	Periodicidad	Cantidad de beneficiarios	Porcentaje beneficiarios/ Población elegible Total	Año de inicio	Presupuesto ejecutado (millones de soles)	Porcentaje gasto administrativo	Agencia responsable
Cuna Más	Contribuir con la mejora del desarrollo cognitivo, social, físico y emocional de las niñas y niños menores de 3 años en zonas de pobreza y pobreza extrema.	N y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema.	El acompañamiento familiar se dará preferentemente en hogares del ámbito rural. Los distritos elegibles son: (i) incidencia de pobreza total mayor o igual a 50% y (ii) desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.	Cuidado diurno y acompañamiento familiar	Diaria (lunes a viernes)	SCD: 52,704 niños y niñas SAF: 81,435 familias (información a mayo de 2016)	SCD: 2.8% SAF: 3.7%	2012	291.8	7.36%	MIDIS
Programa de salud-materna neonatal (PSMN)	Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna- neonatal en el Perú	Mujeres en edad fértil (10 a 49 años de edad) y niños hasta los 28 días de vida	Universal, con priorización a las zonas más pobres	Servicio de atención prenatal, de parto y posparto de calidad. Atención de calidad a los neonatos	Cada vez que se requiera	N/A	6.2 millones de personas (población objetivo)	2008	1,942	3.21%	MINSA, SIS Y GR
Programa Articulado Nutricional	Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años.	Niños hasta los 36 meses	Universal, con priorización a las zonas más pobres	Suplementación de ácido fólico, complementación alimentaria a la madre y al niño menor de 3 años, inscripción al programa JUNTOS y SIS, instalación de servicios de agua potable y saneamiento y vacunación contra rotavirus y neumococo	Cada vez que se requiera	N/A	2 millones (población objetivo)	2008	2,076	4.81%	MINSA, MIDIS, JUNTOS, MEF, INS SIS Y GR

Cuadro A.2 (conclusión)

Programa	Objetivo explícito	Población elegible	Método de focalización	Beneficio	Periodicidad	Cantidad de beneficiarios	Porcentaje beneficiarios/ Población elegible Total	Año de inicio	Presupuesto ejecutado (millones de soles)	Porcentaje gasto administrativo	Agencia responsable
Yachay	Yachay tiene 3 objetivos (i) reducir la tolerancia en la comunidad frente a la realidad de niñas, niños y adolescentes en situación de calle; (ii) desarrollar una intervención que se caracteriza por NO ser punitiva y (iii) contribuir a fortalecer el rol protector del Estado, las familias y de la sociedad con los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.	Niñas, niños y adolescentes en situación de calle (trabajo infantil, vida en calle, mendicidad y/o explotación sexual)	--	Acceso a educación y salud de calidad. Además brinda redes de protección social a niños, niñas y adolescentes.	Cada vez que se requiera	6,518	2%	2012	31.2	4.8%	MIMP
Fondo de Estímulo al Desempeño (FED)	Mejorar la gestión de la prestación de servicios priorizados de los programas presupuestales vinculados al logro de los resultados establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social en materia de desarrollo infantil temprano, a través de los mecanismos de incentivos de desempeño	Programas presupuestales destinados a la promoción del desarrollo de la primera infancia	--	Estímulo monetario	Anual	25 regiones del Perú	100%	2014	101,938,000 (hasta la fecha)	N/A	MEF
Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual	Formular, diseñar, promover y ejecutar diversos proyectos y programas de prevención y atención, además de promover acciones de protección y recuperación frente a la violencia familiar y sexual; así como la generación del conocimiento de la problemática y la promoción de relaciones democráticas entre varones y mujeres.	Mujeres y niños expuestas a la violencia familiar	---	Asesoría integral a las mujeres afectadas (temas legales y psicológicos)	Cada vez que se requiera	58,429	1.1% ^a	2001	83	7.1%	MIMP

Fuente: Elaboración propia.

^a La población objetivo ha sido estimado con base en las encuestas ENDES (2015) y ENARES (2015). En el caso de las mujeres expuestas a la violencia, se ha considerado a aquellas que en los últimos 12 meses han sufrido algún tipo de violencia sexual/física por parte de su pareja, según ENDES (2015). Para el caso de los niños y adolescentes se ha considerado aquella población vulnerable a aquellos casos que han sufrido algún tipo de violencia en los últimos 12 meses.

Anexo 4: Entrevistas de campo

- i) **Objetivo:** El trabajo de campo tuvo como objetivo recopilar información de actores, que sirva de insumo para: (i) validar los hallazgos preliminares del estudio; (ii) identificar las estrategias de gestión existentes de carácter intersectorial, para desarrollar un marco de política pública de protección social con énfasis en la primera infancia.; y (iii) responder preguntas sobre performance de programas e institucionalidad de la protección social.
- ii) **Metodología:** Se diseñó un cuestionario guía para el recojo de la información a través de entrevistas semi-estructuradas. Una vez se haya recopilada la información, se dio paso al procesamiento e interpretación. El trabajo de campo se realizó en octubre de 2016.

Cuadro A.3
Actores Vinculados por tema de evaluación

Temas de evaluación	Autoridades a nivel central	Autoridades a nivel descentralizado	Directores de Programas	Directores de oficinas de Seguimiento y Evaluación	Enlaces o directores locales de programas
Institucionalidad de la protección social	2		3	1	5
Coordinación de la política Social	2	1	3		6
Rol de la descentralización en el sistema de protección social	1	1	2		5
Rol de actores en la protección social y la primera infancia (MIDIS, MIMP)	2		3	1	6
Funcionamiento de principales programas sociales	1	1	5	1	4
Focalización	1		2		1
Sistema de Seguimiento y Monitoreo	1		2	1	3
Sociedad civil	1			1	4

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas se realizaron a funcionarios del gobierno central y de las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Cajamarca; así como a actores de la sociedad civil. Entre los entrevistados figuran: ex viceministros de políticas del MIDIS, Mujer y Poblaciones Vulnerables del MIMP; subdirectora del programa JUNTOS; Ex director de Cuna Más; Director General de Niñas, Niños y Adolescentes (e) del MIMP; responsable del PSMN; funcionarios del MINEDU (PRONOED); Jefe de las Oficinas de Defensoría de Cajamarca; Gerentes de Desarrollo Social de regiones; representantes territoriales de la MCLP de regiones; Coordinadores MIDIS; Jefes territoriales del programa JUNTOS y Qali Warma; Coordinadora de YACHAY, entre otros.



En este documento se presentan elementos de análisis para el fortalecimiento de un sistema de protección social dirigido a la infancia y adolescencia en el Perú. Se analizan la pobreza y los riesgos relacionados con la población infantil y adolescente, así como los programas y la institucionalidad de la protección social en el Perú. Se concluye que el país tiene como tarea pendiente la construcción de un sistema de protección social adecuado a la infancia que sea integral y universal y esté basado en un enfoque de derechos. Para ello, se requiere desarrollar una visión orientadora que guíe la construcción de este sistema, fortalecer las instancias rectoras y coordinadoras y sistematizar los mecanismos de coordinación horizontal y vertical.

El Perú se encuentra bien posicionado para hacer frente a este reto, dado que cuenta con recursos, una institucionalidad fortalecida y una base sólida de políticas, programas y servicios de protección social. Para avanzar en este sentido, se propone:

- i) la definición de un sistema peruano de protección social acorde con los principios rectores del enfoque de derechos, el enfoque de ciclo de vida, la integralidad y la intersectorialidad;
- ii) la elaboración de un plan estratégico para construir un sistema de protección social adecuado a la infancia, y
- iii) la revisión del marco legal y normativo de la protección social existente a fin de elaborar una propuesta marco para la arquitectura de un sistema de protección social.