

Rostro joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio



PERÚ

Ministerio
de Educación

Secretaría Nacional
de la Juventud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú

Porque cada persona es importante



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Rostro joven de los **Objetivos** de **Desarrollo del Milenio**



PERÚ

Ministerio
de Educación

Secretaría Nacional
de la Juventud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas - Perú
Porque cada persona es importante



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



Rostro Joven de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

© Fondo de Población de las Naciones Unidas
© Secretaría Nacional de la Juventud

Alan García Pérez
Presidente de la República

José Antonio Chang Escobedo
Ministro de Educación

Álvaro Juanito Quispe Pérez
Secretario Nacional de la Juventud

Consultores UNFPA

Deborah Laporta Velásquez
Javier Rodríguez Cuba

Asistencia técnica UNFPA

Walter Mendoza De Souza
Claudia Saravia López de Castilla

Carmen Murguía Pardo
María Lafuente Funes

Equipo técnico SENAJU

Vanessa Espinar Carrasco
Elizabeth Maldonado Peceros
Luis Guillen Ramos
Yuli Ravelo Farfán

Fernando Montenegro Marcelo
Johan Chávez Sifuentes
Raquel Flores Villanueva
Blinder Fidel Ñahuim

Corrección de estilo y cuidado de edición

José Reátegui Mejía

Diseño y diagramación

LuzAzul Gráfica S.A.C.

Impresión

Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña

El contenido de esta publicación se desarrolló en el marco del *Fondo de Cooperación para América Latina y Caribe 2008-2011: Igualdad de Género, Derechos Reproductivos y Diversidad Cultural*, de la **Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo** – AECID, y contó con el apoyo del **Arab Gulf Program for United Nations Development Organizations** – AGFUND.

Los contenidos de esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de UNFPA, AECID o AGFUND.

Primera edición: Agosto de 2010

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-11526

Tiraje: 1 000 ejemplares



Contenido

PRESENTACIÓN	5
I. JUVENTUD, DESARROLLO Y COHESIÓN SOCIAL	9
1.1 El Bono Demográfico	15
II. NORMATIVA.....	17
2.1 Normativa internacional	19
2.2 Normativa nacional	23
III. POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES	31
3.1 Políticas Nacionales	33
3.2 Planes Nacionales	40
3.3 Programas y Proyectos Públicos Nacionales	52
IV. SITUACIÓN DE LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES CON RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	61
ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	63
ODM 2: Lograr la educación primaria universal	79
ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer	85
ODM 5: Mejorar la salud materna	96
ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	113
Indicadores de los ODM con rostro joven	127
CONCLUSIONES	131
ANEXO: METODOLOGÍA	137
BIBLIOGRAFÍA	141

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un compromiso que el Estado peruano asumió en el año 2000. Desde el inicio de nuestro gobierno, en el año 2006, se ha considerado como una de las principales prioridades impulsar el crecimiento económico y redistribuir sus beneficios a todos los peruanos, promoviendo la inclusión social de los más pobres, teniendo como principales metas reducir la pobreza en 20 puntos y la desnutrición crónica infantil en 9 puntos, a 2011.

[...]

Exhortamos al trabajo arduo en beneficio de los más pobres, pues estoy seguro de que los peruanos unidos podemos avanzar mucho más rápidamente y cumplir antes los Objetivos planteados a 2015. Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento al Sistema de las Naciones Unidas en el Perú por su invaluable apoyo para el logro de los resultados expuestos en este documento que muestran que el Perú está avanzando.”

Dr. Alan García Pérez
Presidente del Perú

Extractos del Prólogo del Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio / Perú - 2008.



Presentación

Cuando la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se plantearon la idea de llevar a cabo un estudio sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la población joven, se estaba reconociendo no sólo la necesidad de contar con un diagnóstico de la situación de las y los jóvenes a la luz de los logros y avances que se han obtenido en los últimos años a nivel nacional, sino también de obtener un documento que contribuya a saber cuáles son las condiciones de vida de los y las jóvenes peruanos, y facilitar su actuar en el escenario social, político y económico nacional.

Este estudio nos permite visualizar los avances logrados a través de la implementación de las políticas públicas en materia de juventud, así como identificar lo que queda aún por hacer, lo que asumimos como un reto y una responsabilidad.

Los ODM marcan el inicio de un proceso de desarrollo sostenido en un marco político de democracia con sentido social, dirigida al pleno desarrollo humano. Dentro de este marco, la publicación recoge la normativa nacional respecto a la legislación juvenil; asimismo, da cuenta de los avances en los ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre, ODM 2: Lograr la educación primaria universal, ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, ODM 5: Mejorar la salud materna; y, ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Con relación a los logros en la disminución de la pobreza juvenil, se muestra una disminución del 43,8% al 30,1% en el período comprendido entre los años 2004 y 2009, reduciéndose en 13,7 puntos porcentuales; es decir, miles de jóvenes, mujeres y varones entre 15 a 29 años de edad han superado la condición de pobreza. Sin embargo, uno de los factores impulsores de esta disminución –la situación del empleo entre los jóvenes– nos muestra que el desafío principal en la

actualidad no es sólo lograr el pleno empleo, sino mejorar la calidad del empleo al que acceden. El trabajo decente se constituye en el aspecto prioritario de la meta establecida por los ODM dado que el empleo es una de las principales vías mediante las que las y los jóvenes acceden a oportunidades para su desarrollo; es una forma de reafirmar sus aprendizajes básicos y ganar experiencias que trascienden el ámbito laboral. El trabajo debe convertirse entonces en un espacio que forme para la vida.

En lo que concierne al ODM 2, los niveles de cobertura educativa en el nivel primario se han incrementado de manera sostenida en los últimos años, y la cantidad de jóvenes de zonas rurales que han alcanzado el nivel primario completo ha aumentado, es por ello que se debe seguir poniendo énfasis en lograr que la población joven rural pueda culminar la educación básica regular.

El estudio brinda la oportunidad de precisar que la construcción y consolidación de las políticas de juventud exigen un tejido interinstitucional sólido que potencie los impactos y permanencia en el tiempo de las acciones a favor de los jóvenes. La participación política se ha convertido en un proceso de apertura hacia la consolidación de la ciudadanía desde la promulgación de la Ley del Concejal Joven N° 28869, incrementando la elección de autoridades jóvenes, en la que la cuota de género ha contribuido a avanzar de modo significativo en la inclusión de la mujer en los ámbitos de la política nacional.

En lo que respecta a la violencia contra la mujer, en los últimos años se han producido avances importantes en materia normativa para prevenirla y tratarla públicamente, dejando de considerarla propia del ámbito privado así como concertando entre las diferentes instituciones que vienen trabajando el tema para lograr penas más severas contra los violentadores y proteger a las mujeres violentadas. Estas estrategias benefician en gran parte a la población femenina joven que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Respecto al ODM 5 podemos observar que la salud materna de las mujeres jóvenes va en mejora en los últimos años. El lugar donde ocurre la mayor cantidad de partos son los establecimientos de salud y, consecuentemente, se ha incrementado la asistencia al parto con personal de la salud. Estos avances llevan a una disminución de la vulnerabilidad de la mujer joven ante la muerte materna.

Con relación al ODM 6 vemos que el grupo de edad de 20 a 29 años concentra la mayor cantidad de casos de VIH/SIDA, tanto para los varones como para las mujeres, siendo la principal vía de transmisión la sexual. Pero, por otro lado, se refleja que existe un mayor incremento en el conocimiento de los asuntos relacionados al VIH/SIDA en los jóvenes debido a la información brindada por el personal de salud y al rol de la escuela como espacio de conocimiento de este fenómeno.

La Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) colocan en debate esta investigación para propiciar espacios de discusión y aporte al conocimiento de la dinámica poblacional particular de los y las jóvenes frente al logro de los ODM.

Estamos ante un escenario en el cual la democracia inclusiva supone una oportunidad para nuestros jóvenes, ya que se reconoce su potencial como actores sociales, ubicándolos como protagonistas de la agenda política y del desarrollo de su propio entorno.

Finalmente, en mi calidad de Secretario Nacional de la Juventud, agradezco al UNFPA, organización con la cual hemos logrado una relación sólida a favor de las y los jóvenes peruanos.

Álvaro Juanito Quispe Pérez
Secretario Nacional de la Juventud



1 Juventud,
desarrollo y cohesión social







1 Juventud, desarrollo y cohesión social

La juventud es un período de la vida de las personas en el que confluyen posibilidades y riesgos, casi siempre entre tensiones y contradicciones, muchas de las cuales se encuentran asociadas al proceso de construcción de identidad y desarrollo psicológico.

Para el Año Internacional de la Juventud, celebrado alrededor del mundo en 1985, la Asamblea General de las Naciones Unidas definió a los jóvenes como las personas entre los 15 y 24 años de edad.

De igual forma, la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes considera bajo las expresiones "joven", "jóvenes" y "juventud" a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años.

Los jóvenes atraviesan por importantes procesos bio-psico-sociales: cambios corporales, psicosexuales, el descubrimiento del yo, la autoafirmación de la personalidad y el desarrollo intelectual. La socialización, a su vez, condiciona su comportamiento y la capacidad de generar proyectos de vida, evaluando los límites y posibilidades en su actuar.

Asimismo, la juventud representa la etapa en la que el ser humano se adapta mejor a los cambios en el mundo del trabajo y del entretenimiento y se tiene una enorme fuerza para participar en la producción simbólica y cultural, así como para construir nuevas formas de relaciones y de actuación social y política, especialmente a partir de redes virtuales.

Los jóvenes cuentan con una serie de ventajas, promesas, oportunidades y potencialidades: salud, vitalidad, entusiasmo, capacidad de adaptación y sensibilidad



frente a la cuestión ambiental. Tienen, en general, mayores niveles educativos y una "natural" facilidad para entenderse y manejar con fluidez las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Son varios los aspectos que forman parte de su realidad. Como dice Marcos A. Urcola: "A la luz de estos aspectos delimitados por la memoria social generacional (tiempo), el lugar que se ocupa en la estructura social (espacio), las diferencias de jerarquías y responsabilidades sociales determinadas por el sexo (género), la distancia del joven frente a la muerte y la prolongación del período que les permite el ingreso a la vida adulta (crédito vital), la producción y consumo de bienes culturales (cultura juvenil) y el intercambio conflictivo con las instituciones (estructura normativa) que intentan contenerlos en un movimiento que va de lo instituido a lo instituyente, es que debe interpretarse la realidad de los jóvenes"¹.

Pero más allá de los estigmas, los jóvenes enfrentan muchos riesgos reales. La pobreza como impedimento para el desarrollo de sus capacidades básicas; las dificultades para acceder al empleo, especialmente a empleos de calidad, tienen relación con el nivel de calidad de la educación, para cerrar un círculo vicioso que muchas veces marca la vida de los jóvenes y los condiciona a trayectorias signadas por la pobreza.

Como bien explica la Organización de Naciones Unidas: "En el mundo hoy, hay demasiadas personas que no tienen la educación necesaria y el entrenamiento pertinente para acceder a los buenos trabajos productivos y hay demasiados trabajos improductivos con pobres remuneraciones. La educación empieza con la alfabetización, y a pesar de las inmensas mejoras, hay todavía una brecha de alfabetización. (...) A las personas jóvenes les falta a menudo el acceso a los servicios de información sobre el mercado de trabajo y necesitan apoyo para afianzar el trabajo decente y productivo. Es tiempo de romper el círculo vicioso de educación y capacitación de mala calidad, trabajos pobres y pobreza"².

De igual forma, a través del Programa de Acción Mundial para los Jóvenes, las Naciones Unidas ha identificado esferas de preocupación para asuntos juveniles que deben ser consideradas por los gobiernos: Educación, Empleo, Hambre y Pobreza, Salud, Medio Ambiente, Uso indebido de drogas, Delincuencia juvenil, Actividades

1 Urcola, Marcos A. *Algunas apreciaciones sobre el concepto sociológico de juventud*. Invenio [en línea] 2003, vol. 6 [citado 2010-07-12]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=87761105>. I SSN 0329-3475.

2 ONU: *A Global Alliance for Youth Employment: Recommendations of the High-Level Panel on Youth Employment*. New York, 2001.

recreativas, Las niñas y las jóvenes, Plena y efectiva participación de los jóvenes en la vida de la sociedad y en la adopción de decisiones, Globalización, Tecnologías de la información y la comunicación, Virus de la inmunodeficiencia humana y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, Los jóvenes y la prevención de conflictos y Relaciones intergeneracionales.

La pobreza constituye una fuente de gestación de brechas y contrastes, no sólo entre jóvenes y adultos sino también entre los mismos jóvenes. Como sostiene la CEPAL:“(...) la elevada magnitud de la pobreza juvenil se correlaciona con la persistencia de grandes desigualdades de ingresos y de acceso a otros activos. Esta correlación tiende a adquirir mayor significación cuando se compara a jóvenes rurales y urbanos, hombres y mujeres, indígenas y afro descendientes con relación al resto y entre jóvenes de distintos segmentos etarios. Esto erosiona la cohesión social pues muchos jóvenes se sienten discriminados y segregados del progreso social (...)”³.

La heterogeneidad de los jóvenes en el Perú y los contrastes que muestran los diversos subgrupos mencionados han marcado una pauta de trabajo en el presente informe, que ha procurado registrar, en la medida de lo posible en todos los indicadores de los ODM, información diferenciada según se trate de jóvenes rurales, urbanos, hombres y mujeres; estableciendo tres grupos de edad con situaciones distintas: adolescentes (15 a 19 años), jóvenes de 20 a 24 años y jóvenes entre 25 y 29 años.⁴

El tema central es el de las brechas que afectan las posibilidades de inclusión social de los jóvenes y la cohesión de la sociedad en general. Estas brechas adquieren forma de paradojas, según se señalaba en un informe de la CEPAL el año 2004⁵: “más educación y menos empleo; más información pero menos poder; más consumo simbólico, pero menos consumo material; más expectativas de autonomía, pero más dificultades para formar hogares propios y transitar fluidamente por el ciclo de la vida”⁶.

Las amenazas a la cohesión social también pueden observarse en las altas tasas de embarazo y maternidad adolescente, vinculadas al inicio cada vez más temprano de la actividad sexual: “La maternidad adolescente, sobre todo la no deseada, constituye en América Latina un asunto de salud pública estrechamente ligado a la

3 CEPAL, AECID, OIJ: *Juventud y Cohesión Social en Iberoamérica: un modelo para armar*. Santiago, 2008; p. 16
 4 INEI: *Perfil sociodemográfico del Perú. Censos 2007 XI de Población – Vivienda*. Lima, 2008.
 5 CEPAL / OIJ: *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias*. Santiago, 2004.
 6 CEPAL, AECID, OIJ: *Juventud y Cohesión Social en Iberoamérica: un modelo para armar*. Santiago, 2008; p. 12



falta de derechos reproductivos de las jóvenes, la exclusión social y la reproducción intergeneracional de la pobreza”⁷.

La CEPAL precisa cómo estos problemas de salud de los jóvenes son reflejo de otros problemas sociales y, a la vez, contribuyen a perpetuarlos: “Muchas veces la conducta de riesgo para la salud se relaciona estrechamente con otros problemas en la vida de los adolescentes y jóvenes, incluidos la violencia y descomposición del hogar, la socialización temprana en la violencia, la pobreza y la falta de oportunidades, la segregación territorial, el machismo y la falta de información o confianza en materias de sexualidad y auto cuidado con referencia al abuso de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Por todo ello, los factores vinculados a la cohesión social son determinantes en la salud juvenil”⁸.

La cohesión social está definida por un lado, por las estructuras, instituciones y prácticas que propician la inclusión social y buscan reducir las brechas sociales. Por otro lado, la cohesión social supone un sentido de pertenencia de las personas a una comunidad o colectivo.

Desde esta perspectiva, las brechas que afectan a los jóvenes resultan siendo no solo un gran impedimento para su desarrollo como personas, sino también para la cohesión de la sociedad en su conjunto.

Además de la perspectiva que articula juventud y cohesión social, en este informe hemos querido sostener, el enfoque del desarrollo humano. Entendemos el desarrollo humano como “un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de las personas, aumentando sus funciones y capacidades, pues las oportunidades y capacidades son, en cierta medida, los ejes en los que se asienta el desarrollo humano”⁹.

Además, para lograr el desarrollo humano es indispensable el ejercicio de los derechos humanos de manera integral, es decir, considerando los derechos civiles, sociales y económicos. Muchas de las disparidades que vemos en los jóvenes peruanos son producto del desigual ejercicio de estos derechos.

El desarrollo tiene múltiples dimensiones. Generalmente se destaca la dimensión del desarrollo económico y hoy queda claro que se debe involucrar las diversas dimensiones de la vida social y, especialmente, un punto de partida ético y moral para alcanzar real-

7 Ob. cit.; p.17

8 Ibid.

9 Vargas Aybar, Luis. “El concepto de desarrollo humano”. En: *El rol de la prensa en el desarrollo humano*, Cuadernos PNUD, No.2, mayo 2002.

mente el desarrollo humano: "El desarrollo humano es integral cuando los esfuerzos por mejorar la producción, las condiciones de vida de la población, la protección ambiental y el desarrollo organizativo e institucional confluyen, cooperan y están inspirados en valores éticos y morales que los confrontan e interpelan permanentemente"¹⁰.

Desde la perspectiva de las oportunidades, el Perú vive un momento especialmente importante debido a los cambios demográficos que están ocurriendo en su población. Nuestro país, al igual que muchos países latinoamericanos, experimenta una creciente concentración de la población en edades productivas. El llamado "bono demográfico", producido por las tasas de fecundidad en descenso, representa un gran potencial para que se cosechen los beneficios de tener un segmento creciente de jóvenes en edad de trabajar con relación a la población dependiente.

1.1 El bono demográfico¹¹

En las últimas décadas, estos cambios demográficos y su relación con el crecimiento económico han cobrado importancia en los países en desarrollo dado que en ellos se está experimentando un proceso de transición demográfica. La estructura de la población ha cambiado debido a la caída de la fecundidad y los niveles más bajos de mortalidad infantil.

Estos cambios generan modificaciones en la llamada "razón de dependencia", que expresa la relación entre los grupos de edad dependientes (menores de 15 años y mayores de 64) respecto de aquellos en edad de trabajar (15 a 64 años).

Así, muchos de estos países tienen la oportunidad de convertir esta transición demográfica en beneficio económico. En Taiwán y Corea se produjo una apropiada combinación de políticas económicas y una favorable distribución de edades producida por una caída rápida de la fecundidad. El llamado "milagro económico" ocurrido en dichos países podría explicarse por cambios en la razón de dependencia.

La experiencia de estos países nos deja el aprendizaje que los cambios poblacionales por sí solos no son suficientes para generar un proceso de desarrollo, éstos deben ir acompañados de políticas económicas, sociales y culturales.

¹⁰ Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. *Futuro sin pobreza: Balance de la lucha contra la pobreza y propuesta*. Lima, 2007; p.34

¹¹ La mayor parte de la información desarrollada en este punto ha sido obtenida del artículo escrito por Walter Mendoza en *Perú económico*. Volumen XXXI No. 7, Julio 2008.



En países de la región, en los que la proporción de personas en edades productivas se incrementa, se eleva la proporción de trabajadores y, con ello, también las posibilidades de acumulación de capital y la reducción del gasto en personas dependientes.

El Perú no escapa a esta tendencia y ha iniciado un proceso de transición demográfica. La creciente urbanización y el aumento de la cobertura educativa y de salud han traído como consecuencia una caída en la fecundidad y mortalidad infantil, lo cual ha generado una mayor supervivencia en todas las edades. En el año 1965, el Perú tenía una tasa promedio de fecundidad de 6,8 hijos por mujer al final de su ciclo reproductivo. Actualmente, la tasa promedio de fecundidad en el Perú es de 2,6 hijos por mujer.

A consecuencia de estos cambios, la estructura de edades se ha modificado; es decir, la proporción relativa de los grupos de edad ha venido cambiando: la población joven de 15 a 29 años está creciendo. Además, se ha observado que el grupo poblacional de adultos de más de 64 años ha ido en aumento. Esto se traduce en que el grupo poblacional en edad de trabajar (15 a 64 años) es más numeroso y alcanza volúmenes nunca antes vistos en la historia del Perú.

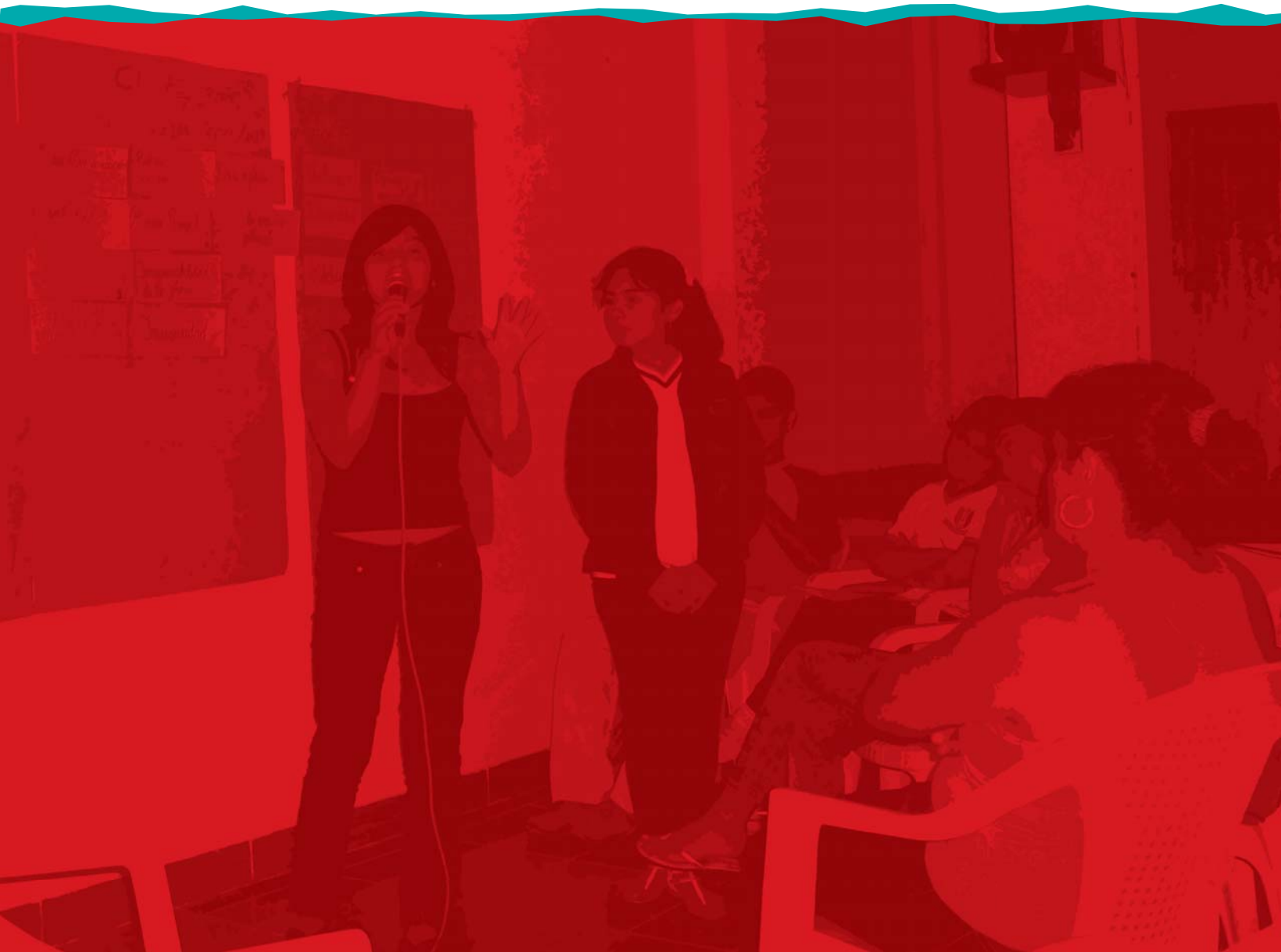
El cambio observado en la estructura de edades ha incidido en la disminución paulatina de la tasa de dependencia demográfica¹², que ha pasado de 90 inactivos por cada 100 activos en 1970, a 60 inactivos por cada 100 activos en 2005.

Actualmente, nos encontramos próximos a un periodo en el que se alcanzarán las tasas de dependencia más bajas de la historia del país. De acuerdo a las proyecciones de población, la tasa de dependencia demográfica llegará a 55 personas inactivas por cada 100 activas este año 2010 y esta carga seguirá reduciéndose hasta llegar a 48 inactivos en el año 2030, para posteriormente volver a crecer. Este periodo de baja dependencia demográfica o bono demográfico durará aproximadamente 40 años, entre el 2010 y el 2050.

Se estima que este año, la población joven de 15 a 29 años llegará a 8,7 millones y seguirá creciendo aproximadamente hasta el año 2020. Este hecho podría significar una gran oportunidad para el país, ya que permite la disposición de una masa poblacional en edad de formación y productiva mucho más alta que en cualquier otro periodo anterior, contando a su vez con menos personas dependientes.

¹² Esta tasa se calcula realizando el cociente entre la población en edad pasiva, -personas dependientes- (de 0 a 14 y de 60 a más años de edad), con respecto a la población en edad activa (de 15 a 59 años de edad).

2 Normativa







2 Normativa



2.1 Normativa internacional

A nivel internacional, los países han establecido normas, acuerdos y convenciones que son el marco de referencia para la formulación de legislaciones, políticas y programas nacionales. A continuación se presentan los documentos que el Estado peruano ha firmado ante la comunidad internacional, algunos de los cuales tienen carácter vinculante; es decir, que obligan de manera imperativa al Estado a tomar medidas específicas.

2.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración contiene los derechos y libertades fundamentales para todas las personas en condiciones de igualdad. Este documento constituye la referencia obligatoria básica para que todo país adopte medidas legislativas destinadas a garantizar y respetar los derechos y libertades de las personas.

Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se otorgó un reconocimiento jurídico internacional a los derechos de los individuos. Por primera vez, - fuera cual fuese su raza, religión, género, edad o cualquier otra característica - se garantizó derechos que se podían oponer a las leyes estatales injustas o a las costumbres opresivas.

2.1.2 Convención sobre los Derechos del Niño

La suscripción de la Convención de los Derechos del Niño por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1989 constituyó un hecho histórico porque reconoce a *toda persona menor de 18 años como sujeto de derecho*. Los Estados firmantes de la Convención tienen la responsabilidad de tomar todas las medidas necesarias para garantizar estos derechos.



Los siguientes derechos están directamente relacionados con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

- Derecho a gozar del disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios de tratamiento de enfermedades y rehabilitación de salud. Adoptar medidas para reducir la mortalidad materna y asegurar la atención pre y postnatal de la madre. Art. 24º
- Derecho a la educación, en sus distintos niveles ya sea educación primaria, secundaria, técnica o profesional. Fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción. Eliminar el analfabetismo y facilitar el acceso a conocimientos técnicos. Art. 28º
- Derecho a ser protegido del abuso físico, mental, trato negligente, explotación y abuso sexual. Art. 19º
- Derecho a estar protegido contra todo tipo de explotación económica y el desempeño de cualquier trabajo peligroso o que pueda entorpecer su educación. Art. 32º

2.1.3 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes

Aprobada en octubre de 2005, es el primer texto de carácter internacional que ha dado soporte jurídico al conjunto de los gobiernos iberoamericanos para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la promoción y fortalecimiento de las potencialidades de la juventud.

La Convención reconoce a los jóvenes como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo y personas capaces de ejercer responsablemente los derechos y libertades que configuran este documento. Según la Convención, *se considera joven a toda persona desde los 15 hasta los 24 años de edad.*

El siguiente cuadro elaborado para la publicación "Jóvenes de Iberoamérica y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Desafíos a mitad del camino", de la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), muestra la correlación existente entre la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Correlación entre la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

CIDJ	ODM	Desafíos
Capítulo III Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Objetivo 1, meta 1 (pobreza)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A menor pobreza mayor desarrollo económico, social y político. Por tanto aplica aquí la correlación entre los Derechos contenidos en el capítulo III y la meta 1 (reducir pobreza) para los jóvenes. También se correlaciona con las metas 10-11 (condiciones de vivienda) y 16 (empleo juvenil).
Art. 9º Derecho a la vida	Objetivo 1, meta 2 (hambre)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Los jóvenes de hoy acumulan problemas de desnutrición de ayer: ¿Qué se hace al respecto?, ¿se considera el derecho a la buena alimentación?
Art. 9º Derecho a la vida Art. 23º Derecho a la educación sexual Art. 25º Derecho a la salud	Objetivo 6, meta 7 (VIH/SIDA)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ El aumento de incidencia juvenil en seropositivos en la región llama a atención especial. ▶ Falta de atención a la prevención de enfermedades de contagio sexual. ▶ Falta de atención y apoyo a los jóvenes enfermos de VIH/SIDA.
Art. 6º Derecho a la igualdad de género	Objetivo 3, meta 4 (desigualdad entre géneros)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si bien en ALC se ha logrado la igualdad de género en la escolaridad primaria y secundaria, esto no debe soslayar problemas de discriminación por género en la escuela, en el currículo explícito y oculto.
Art. 22º Derecho a la educación Art. 29º Derecho a la formación profesional	Objetivo 2, meta 3 (enseñanza primaria)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ En ALC se requiere adaptar este indicador a la realidad de países que ya tienen casi 100% de cobertura en educación primaria, avanzando en cobertura en educación secundaria y técnico - profesional. En ese sentido, involucra sin duda a los jóvenes.
Art. 25º Derecho a la salud	Objetivo 5, meta 6 (mortalidad materna)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contemplar que muchas jóvenes tienen embarazos no deseados y situaciones irregulares de parto que las convierte en población de riesgo en cuanto a mortalidad materna.
Art. 26º Derecho al trabajo Art. 29º Derecho a la formación profesional	Objetivo 8, meta 16 (desempleo juvenil y meta 18 (tecnologías de la información y las comunicaciones)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Esta es la meta que apunta más explícitamente hacia la juventud: demanda esfuerzos de la cooperación al desarrollo encaminados al empleo juvenil pleno y digno.





CIDJ	ODM	Desafíos
Art. 28° Derecho a la protección social	Objetivo 5, meta 6 (mortalidad materna), Objetivo 6, meta 7 (VIH/SIDA), meta 8 (otras enfermedades graves)	▶ La protección social se relaciona con redes de atención a la salud, vale decir, es importante en relación a mortalidad materna, y la atención primaria para prevenir enfermedades crónicas.
Art. 30° Derecho a la vivienda	Objetivo 7, meta 10 (agua potable y servicios básicos), meta 11 (tugurios)	▶ Reducir el porcentaje de personas que habitan en tugurios y de hogares sin acceso a agua potable es parte de contar con una vivienda digna. Para los jóvenes es especialmente relevante porque entran, sobre todo en las ciudades, a un mercado inmobiliario saturado y donde la falta de capital inicial les dificulta el acceso a viviendas dignas.
Art. 31° Derecho a un medio ambiente saludable	Objetivo 7, meta 9 (principios del desarrollo sostenible), meta 10 (agua potable y servicios básicos), meta 11 (tugurios)	▶ La idea es que los jóvenes de hoy son los habitantes del futuro y, por tanto, es fundamental para ellos que el desarrollo sostenible rijas las políticas y programas nacionales.

2.1.4 Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW

La Convención establece, entre otros, que los Estados Partes tomen medidas legislativas y administrativas necesarias para prevenir, investigar y castigar la discriminación hacia todas las mujeres; que deben adoptar medidas a fin de asegurarles la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación.

Al respecto, en lo que se refiere a la población juvenil, el literal f del artículo 10° se refiere a asegurar: "La reducción de la tasa de abandono femenino de los estudios y la organización de programas *para aquellas jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente*".

2.1.5 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD

Fue celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994. Delegaciones de 179 Estados participaron en las negociaciones para acordar y aprobar un Programa de Acción

sobre población y desarrollo para los próximos 20 años vinculado a aspectos relacionados con la población, incluyendo la inmigración, la mortalidad infantil y mortalidad materna, el control de la natalidad, la planificación familiar, la educación sexual y la educación de las mujeres. El Programa de Acción, a pesar de que recibió el apoyo de una amplia mayoría de Estados miembros de la ONU, no goza de la condición de instrumento jurídico internacional por lo que no es jurídicamente vinculante.

Según el comunicado oficial de la CIPD, los delegados en la Conferencia lograron un consenso respecto a los siguientes fines cualitativos y cuantitativos:

1. Educación universal: Asegurar la educación primaria para todos antes de 2015 e intentar suprimir la diferencia entre las tasas de escolarización de los niños y niñas en la enseñanza primaria y secundaria.
2. Reducción de la tasa de mortalidad infantil y de los niños de menos de 5 años: Reducir la tasa de mortalidad infantil de nacidos vivos a menos del 35 por 1000 y la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años a menos del 45 por 1000, antes del 2015.
3. Reducción de la tasa de mortalidad materna: Disminuir las tasas de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes de 2000, y otra vez a la mitad antes del 2015.
4. Acceso a servicios reproductores y de la salud sexual, incluyendo la planificación familiar.

Respecto a los derechos de los jóvenes, en el párrafo 6.15 la CIPD señala: “Los jóvenes deberían participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria. Ello es particularmente importante en lo que respecta a las actividades y los servicios de información, educación y comunicación sobre la salud reproductiva y sexual, incluida la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y de otras enfermedades que se transmiten sexualmente”.

2.2 Normativa nacional

Nuestro país ha avanzado significativamente en la aprobación de normas que legalizan el cumplimiento de los acuerdos internacionales antes mencionados y son el sustento para la protección de los derechos de niños, adolescentes y jóvenes. Entre las leyes que tienen vinculación y que favorecen el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenemos:



2.2.1 Ley N° 27337, Código de los Niños/as y Adolescentes (08/08/2000)

Esta norma considera como adolescentes *a las personas desde los 12 hasta los 18 años de edad*. Asimismo, que niños y adolescentes son sujetos de derechos, libertades y protección específica.

Entre los artículos que se relacionan a los ODM tenemos los siguientes:

Contenido	
Artículo 14°	El niño y el adolescente tienen derecho a la educación. El Estado asegura la gratuidad pública de la enseñanza para quienes tienen limitaciones económicas. Ningún niño o adolescente debe ser discriminado en un centro educativo, por su condición de discapacidad ni por causa del estado civil de sus padres. La niña o la adolescente, embarazada o madre, no debe ser impedida de iniciar o proseguir sus estudios. La autoridad educativa adoptará las medidas del caso para evitar cualquier forma de discriminación.
Artículo 21°	El niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas. Cuando se encuentren enfermos, con limitaciones físicas o mentales, impedidos, o cuando se trate de dependientes de sustancias tóxicas, recibirán tratamiento y rehabilitación que permita su participación en la comunidad de acuerdo a sus capacidades. Corresponde al Estado, con la colaboración y el concurso de la sociedad civil, desarrollar los programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir las enfermedades; educar a la familia en las prácticas de higiene y saneamiento; y combatir la malnutrición, otorgando prioridad en estos programas al niño y al adolescente en circunstancias especialmente difíciles y a la adolescente-madre durante los períodos de gestación y lactancia.
Artículo 22°	El adolescente que trabaja será protegido en forma especial por el Estado. El Estado reconoce el derecho de los adolescentes a trabajar con las restricciones que impone este Código, siempre y cuando no exista explotación económica y su actividad laboral no importe riesgo o peligro, afecte su proceso educativo o sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social (desde los 14 años).

2.2.2 Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres (12/03/2007)

Esta Ley tiene por objeto establecer el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación¹³ en todas las esferas de su vida pública y privada, propendiendo a la plena igualdad.

¹³ La discriminación por género se refiere a cualquier tipo de distinción, exclusión o restricción, basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de las personas.

En su artículo 6° establece los lineamientos del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales, los mismos que se relacionan a los ODM:

- Promover y garantizar la participación plena y efectiva de mujeres y hombres en la consolidación del sistema democrático.
- Garantizar la participación y el desarrollo de los mecanismos de vigilancia ciudadana para el cumplimiento de las políticas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Desarrollar políticas, planes y programas para la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres.
- Garantizar el acceso a la educación pública y la permanencia en todas las etapas del sistema educativo, en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, especialmente en las zonas rurales, promoviendo el respeto y valoración de las identidades culturales.
- Garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y, en particular, el derecho a la maternidad segura.
- Promover el desarrollo pleno y equitativo de todos los niños, niñas y adolescentes, asegurándoles una educación sexual integral con calidad científica y ética.

2.2.3 Ley N° 28044, Ley General de Educación (28/07/2003)

La Ley General de Educación tiene por objeto establecer los lineamientos generales de la educación y del Sistema Educativo Peruano, las atribuciones y obligaciones del Estado y los derechos y responsabilidades de las personas y la sociedad en su función educadora.

La norma menciona que la educación es un derecho fundamental de la persona y de la sociedad. El Estado garantiza el ejercicio del derecho a una educación integral y de calidad para todos y la universalización de la Educación Básica.

La sociedad tiene la responsabilidad de contribuir a la educación y el derecho a participar en su desarrollo.

Asimismo, en su artículo 4° señala que la Educación Inicial y Primaria se complementan obligatoriamente con programas de alimentación, salud y entrega de materiales educativos.



Para lograr la universalización, calidad y equidad en la educación, se adopta un enfoque intercultural y se realiza una acción descentralizada, intersectorial, preventiva, compensatoria y de recuperación que contribuya a igualar las oportunidades de desarrollo integral de los estudiantes y a lograr satisfactorios resultados en su aprendizaje, indica el artículo 10° de la citada norma.

En el artículo 38° menciona que los programas de alfabetización tienen como fin el autodesarrollo y el despliegue de capacidades de lecto-escritura y de cálculo matemático en las personas que no accedieron oportunamente a la Educación Básica. Asimismo, señala que la alfabetización se desarrolla, según los requerimientos de cada lugar, en todas las lenguas originarias del país. En los casos en que estas lenguas originarias sean predominantes, deberá enseñarse el castellano como segunda lengua.

Finalmente, establece que el Estado tiene como objetivo erradicar el analfabetismo; con este propósito convoca a instituciones especializadas para desarrollar conjuntamente programas de alfabetización.

2.2.4 Ley N° 27558, Ley de Fomento de la educación de las niñas y adolescentes rurales (22/11/2001)

Esta norma establece que el Estado promueve condiciones de equidad entre niños, niñas y adolescentes en áreas rurales, para lo cual debe formular políticas educativas que respondan a las necesidades de ese sector en el marco de una formación integral y de calidad para todos.

Es preciso señalar que el artículo 3° declaró al período 2002-2006 como "Quinquenio de la Educación Rural" y, en consecuencia, daba prioridad a la orientación de recursos públicos hacia ese sector de la población.

Con relación a los ODM, en el artículo 7° se establecieron los siguientes objetivos para lograr la igualdad de oportunidades en la cobertura de matrícula de niñas y adolescentes rurales al culminar el quinquenio 2002 - 2006:

- a. Matrícula universal en los niveles educativos de Inicial, Primaria y Secundaria.
- b. Ingreso oportuno a la escuela y permanencia hasta la culminación de la educación secundaria.
- c. Acceso a programas que articulan programas escolarizados y no escolarizados para quienes residen en zonas remotas o que tienen limitaciones de tiempo que les impiden asistir regularmente a la escuela.

Finalmente, la norma considera, en el segundo capítulo de su Título II, las estrategias de la educación Inicial, Primaria y Secundaria para niñas y adolescentes en áreas rurales, como las referidas a la promoción estatal de la matrícula, servicios higiénicos diferenciados, prevención y sanciones por abuso sexual, capacitación con énfasis en temas de sexualidad a los profesores.

2.2.5 Ley 26842, Ley General de Salud (09/07/1997)

La Ley General de Salud contiene los principios preliminares de la salud. En el Título I sobre los deberes, derechos y responsabilidades concernientes a la salud individual se norma respecto al control nacional e internacional de las enfermedades transmisibles, a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Con relación a los ODM, tenemos que en la norma se contempla lo siguiente: El artículo 76° señala que "La Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes. Así mismo tiene la potestad de promover y coordinar con personas e instituciones públicas o privadas la realización de actividades en el campo epidemiológico y sanitario".

En el artículo 82° se indica que "En la lucha contra las epidemias, la Autoridad de Salud queda facultada para disponer la utilización de todos los recursos médico-asistenciales de los sectores público y privado existentes en las zonas afectadas y en las colindantes".

2.2.6 Ley 28704, Ley que modifica delitos contra la libertad e indemnidad sexual

Mediante esta ley se modifican diversos artículos del Código Penal relativos a la libertad e indemnidad sexual¹⁴ de los menores de 18 años. La modificación de este artículo ha incrementado la edad, de catorce a dieciocho años, en que una persona puede disponer libremente de su libertad sexual. De esta manera, se ha criminalizado todo tipo de relaciones sexuales de los menores de edad, sin considerar si hubo o no con-

¹⁴ Se entiende por indemnidad sexual, la preservación de la sexualidad de una persona cuando no está en condiciones de decidir sobre su actividad sexual.



sentimiento de su parte. Esta formulación desconoce la capacidad de discernimiento de los y las adolescentes para consentir en materia del ejercicio de su sexualidad.

La referida Ley ha generado resultados adversos para la salud de los y las adolescentes, como la negativa de estos a acudir a los establecimientos de salud.

2.2.7 Ley 28950, contra la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes

El Perú, cumpliendo con su compromiso internacional en la lucha contra la Delincuencia Organizada Transnacional, establece un nuevo marco legal que permitirá atender integral y judicialmente este delito, que no solo se relaciona con la explotación sexual sino también con el tráfico de órganos o tejidos humanos, la explotación laboral, la mendicidad y la venta de niños y adolescentes.

Esta ley señala que el hecho de promover, favorecer, financiar o facilitar la captación, transporte, traslado, acogida, recepción o retención de otro recurriendo a la amenaza, violencia u otras formas de coacción, con fines de explotación sexual se considerará trata de persona. El responsable será reprimido con una pena privativa de libertad no menor de ocho ni mayor de 15 años.

2.2.8 Ley N° 26626, Ley CONTRASIDA (15/06/1996)

La norma asigna al Ministerio de Salud, la responsabilidad de coordinar las acciones de prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS con las instituciones públicas y privadas a través del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Plan que se denomina CONTRASIDA. Se señalan como objetivos de este Plan: coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control de VIH/SIDA y las ETS; promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia del VIH/SIDA y las ETS; y proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra el VIH/SIDA y las ETS en el país.

Esta Ley establece que las pruebas para diagnosticar el VIH/SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería. Los resultados de las pruebas son de carácter confidencial y solo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial siempre que las circunstancias lo justifiquen y únicamente para fines de investigación delictiva.

2.2.9 Legislación Juvenil

a) **Ley N° 27802, Ley del Consejo Nacional de la Juventud (28/07/2002)**

Tiene por objeto establecer el marco normativo e institucional que oriente las acciones del Estado y de la sociedad en materia de política juvenil, que permita impulsar las condiciones de participación y representación democrática de los jóvenes, orientados a la promoción y desarrollo integral de la juventud.

En su artículo 2º señala: "Son beneficiarios de la presente ley los adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 15 y 29 años de edad, sin discriminación alguna que afecte sus derechos, obligaciones y responsabilidades. El rango de edad establecido no sustituye los límites de edad regulados en materia de garantías, sistemas de protección y derechos laborales respecto a los adolescentes".

b) **Ley N° 28869, Ley que promueve la participación de la juventud en las listas de regidores provinciales y municipales - Ley del Concejal Joven (12/08/2006)**

Esta norma modifica el numeral 3 del artículo 10º de la Ley N° 26864, Ley de Elecciones Municipales, estableciendo que la lista de candidatos a las elecciones municipales debe contar con no menos del 20% de jóvenes menores de 29 años.

c) **Ley N° 29470, Ley que modifica diversos artículos de la Ley de Elecciones Regionales – Ley del Consejero Joven (11/12/2009)**

La ley modifica el artículo 12º, inciso 2º de la Ley de Elecciones Regionales, señalando que como requisito para la inscripción de la lista de candidatos, se debe considerar que el 20% de los candidatos sean ciudadanos jóvenes menores de 29 años.

d) **Decreto Supremo N° 001-2008-ED, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Educación (07/01/2008)**

En la mencionada norma se incorpora a la Secretaría Nacional de la Juventud - SENAJU - como órgano asesor del Ministerio de Educación, encargado de formular y proponer políticas de Estado en materia de Juventud que contribuyan al desarrollo integral de los jóvenes en temas de empleabilidad, mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social, participación y acceso a espacios en todos los ámbitos del desarrollo humano; así como promover y supervisar programas y proyectos en beneficio de los jóvenes. Asimismo, establece las funciones de



las Direcciones que conforman la SENAJU: Dirección de Investigación y Desarrollo; Dirección de Gestión, Promoción y Organización; y Dirección de Asistencia Integral y Monitoreo.

e) Decreto de Urgencia N° 085 -2009, Autorizan a entidades públicas a ejecutar proyectos de inversión pública y mantenimiento de infraestructura bajo la modalidad de Núcleos Ejecutores (08/08/2009)

El objeto de la norma es dictar medidas extraordinarias y urgentes para que los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales destinen recursos durante los años fiscales 2009 y 2010, para financiar la ejecución de proyectos de inversión pública y mantenimiento de infraestructura a través de Núcleos Ejecutores, en el marco de las acciones comprendidas en el Plan de Estímulo Económico para aminorar los efectos de la crisis externa en el país. Las entidades del Gobierno Nacional podrán aplicar tales medidas, según su ámbito de competencia.

En el artículo 4° señala que los jóvenes de 18 a 29 años de edad podrán constituir Núcleos Ejecutores Juveniles para la ejecución de un proyecto de inversión pública o mantenimiento de infraestructura, cuya constitución, reconocimiento y funcionamiento se sujetará a lo establecido en el indicado Decreto de Urgencia.

f) Decreto Supremo N° 011-2009-ED, crea el Programa Juventud Profesional (21/08/2009)

El Programa se crea con el objeto de permitir al joven bachiller de una universidad pública, financiar por única vez, total o parcialmente, el costo para obtener su título profesional en las carreras de Ingeniería civil, Ingeniería agrícola y Medicina humana, con el requisito previo de una participación tutelada del beneficiario durante un plazo no menor de seis (06) meses en Núcleos Ejecutores.

Los objetivos están dirigidos a promover la titulación de jóvenes bachilleres con la finalidad de generar un cuerpo de profesionales titulados, con acreditada preparación en diferentes ámbitos de desarrollo de las obras públicas originadas a partir de la creación o participación en Núcleos Ejecutores, así como fortalecer los Núcleos Ejecutores con la presencia de jóvenes profesionales para el desarrollo de obras públicas de interés de la comunidad.

3 Políticas
y Planes Nacionales







3 Políticas y Planes Nacionales

3.1 Políticas Nacionales

En los últimos años, el Estado peruano ha venido cambiando el enfoque de las políticas dirigidas a la juventud en un proceso de fortalecimiento institucional de paso sostenido y con objetivos cuantificables, desterrando además la visión adultocéntrica de gestiones anteriores.

Este nuevo enfoque, si bien plantea situar el centro de atención en el desarrollo personal-social de los jóvenes peruanos, no descarta en absoluto esta nueva naturaleza inclusiva, participativa y de generación de espacios juveniles para que sean los mismos jóvenes los que esbozen y lleguen a las soluciones específicas de sus problemas particulares, según localidades de procedencia, actores políticos y poderes fácticos existentes.

En definitiva, las políticas con un enfoque de desarrollo buscan promover todos aquellos aspectos que potencien a la persona, generando oportunidades y fortaleciendo capacidades; por ejemplo, promoviendo el desarrollo de competencias laborales, el desarrollo sexual saludable y responsable, favoreciendo la cohesión social y generando vías pertinentes para los grupos menos favorecidos del país. Así, buscan actuar no solo sobre el individuo, sino también sobre el contexto en el cual se desarrolla la persona, involucrando a la familia, a la misma sociedad y a sus organizaciones, a los medios de comunicación y, sobre todo, a los mismos jóvenes como actores protagónicos.



En este punto, cabe destacar el estudio del tema de Juventud Peruana y Pobreza que ha realizado la **SENAJU**¹⁵, en el que se subraya que los jóvenes peruanos ahora vienen liderando la transformación del país a partir de la consideración de que la pobreza no es solo una cuestión de carencia sino que, en muchos casos, es una cuestión de actitud hacia la vida, hacia el logro de objetivos y metas. La experiencia de este estudio revela que las condiciones de pobreza de la juventud peruana son superables ya que existe un aprendizaje generacional. Ahora la mirada del joven peruano hacia su propio desarrollo es una mirada realista, proactiva y de optimismo, que se sustenta en sus propios planes y en el logro de metas en su día a día.

Retomando el asunto en cuestión, otro aspecto particular de este nuevo enfoque de desarrollo es considerar a los jóvenes como un grupo poblacional diverso, dinámico y consciente de su rol protagónico. Por lo tanto, las políticas y programas para jóvenes, para ser efectivas, requieren tener en cuenta esta riqueza que radica en las particularidades de cada subgrupo de jóvenes (mujeres, grupos étnicos, adolescentes, jóvenes urbanos/rurales); y que, además de las políticas generales, se requiere también políticas y programas específicos para jóvenes con determinadas características y necesidades.

En este enfoque de desarrollo es fundamental la participación juvenil en los procesos de formulación, no sólo porque se ha demostrado que los programas que la incluyen son más efectivos, sino porque además los empodera, se potencian sus capacidades de liderazgo y se logra un involucramiento y compromiso, fortaleciendo su conciencia ciudadana. En ese sentido, hay que resaltar la utilidad de la 'Guía para la Implementación de Espacios de Participación Juvenil en los Ámbitos Regional y Local', de la **SENAJU** que, con el apoyo del **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**, busca ser una herramienta válida para que los gobiernos regionales y locales institucionalicen un espacio que canalice las iniciativas y haga viables las propuestas de los jóvenes, sobre la base de las políticas y planes regionales y locales que concuerden con las políticas nacionales de Juventud.

El Perú va cambiando para bien, y su juventud también. Los jóvenes peruanos tienen un potencial enorme para la definición de políticas, el monitoreo y vigilancia, la formulación de programas, de tal forma que, con su participación se va superando el antiguo diseño vertical y distante de las políticas y programas que justamente iban dirigidos a ellos.¹⁶

¹⁵ Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU), organismo del Estado peruano responsable de las políticas públicas de Juventud, estudios e iniciativas juveniles

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*; pp. 19 y 41.

3.1.1 Lineamientos de Política Nacional de Juventudes en el Perú

Los Lineamientos de Política Nacional de Juventudes¹⁷ en nuestro país se sustentan en los principios de descentralización; transversalidad e integralidad; equidad, participación y pluriculturalidad, los que a su vez responden al espíritu de la Constitución Política del Perú, los convenios y compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano y los marcos normativos de la legislación nacional.

De esta forma, estos Lineamientos cuentan con un enfoque de derechos, están articulados a las políticas de población y buscan fortalecer la incorporación de los jóvenes peruanos como actores estratégicos del desarrollo.

Estas políticas se elaboraron de forma participativa, recogiendo las expectativas de desarrollo de los propios jóvenes.

Los 11 Lineamientos de Política Nacional de Juventudes en el Perú se agrupan en tres ejes articuladores, guardando relación con los ODM, tal y como se presentan en el cuadro a continuación:

Ejes articuladores de los Lineamientos de Política Nacional de Juventudes

Ejes articuladores	Lineamientos de Política Nacional de Juventudes	ODM
Gobernabilidad	1. Promover la participación de los jóvenes en el fortalecimiento del sistema democrático.	3
	2. Organizar y consolidar un sistema de políticas públicas de juventud.	8
	3. Promover una cultura de paz y seguridad ciudadana.	3
Acceso y calidad	4. Asegurar una educación de calidad para la ciudadanía y la inclusión.	2
	5. Reconocer y promover las culturas e identidades.	3
	6. Promover estilos de vida y entornos saludables.	7
	7. Promover el empleo digno y las capacidades productivas de los jóvenes.	1
	8. Generar y fortalecer capacidades, prácticas y relaciones ambientales sostenibles.	7

¹⁷ Lineamientos de Política Nacional de Juventudes: una apuesta para transformar el futuro. Aprobados mediante Decreto Supremo N° 061-2005-PCM (publicado el 07 de agosto de 2005).



Ejes articuladores	Lineamientos de Política Nacional de Juventudes	ODM
Generación de Oportunidades	9. Organizar un sistema de prevención y rehabilitación de jóvenes en conflicto con la ley.	8
	10. Promover la igualdad de oportunidades de los jóvenes con discapacidad.	8
	11. Fortalecer las capacidades de los jóvenes que viven en áreas rurales y comunidades nativas.	8

Como se puede observar, los 11 Lineamientos de Política Nacional de Juventudes que presenta el Perú sí guardan relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, teniendo varios de ellos mayor vinculación con el **ODM 8, 'Fomentar una asociación mundial para el desarrollo'**, el mismo que se convierte en una oportunidad y también en un reto.

Los Lineamientos peruanos, que definen tendencias o direcciones, se erigen para establecer y velar por las mejores condiciones para el fortalecimiento de la gobernabilidad democrática, así como en los campos económico, social, cultural y ambiental a favor de una vida saludable y productiva, acorde para la superación de situaciones de exclusión.

3.1.2 Lineamientos y Políticas de Salud de los y las Adolescentes

El derecho a la salud es parte sustantiva de los derechos humanos. El Ministerio de Salud (MINSA) tiene la misión de proteger la dignidad personal y social de los/las adolescentes, promoviendo espacios y estilos de vida saludables, garantizando la atención integral de salud así como proponiendo y conduciendo políticas, programas y procesos¹⁸.

Estos Lineamientos fueron formulados en el año 2005. Los principios básicos que orientan las políticas son: Derechos Humanos y ciudadanía, Equidad social, Equidad de género, Equidad generacional, Reconocimiento y respeto a la diversidad cultural. Los cuatro lineamientos formulados tienen vinculación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



¹⁸ MINSA, *Lineamientos de Política de Salud de los y las adolescentes 2005*. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; p. 33

Lineamientos de Políticas de Salud de los y las Adolescentes

Lineamientos	ODM
Acceso universal de los adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud; con especial énfasis en salud mental, salud sexual y reproductiva; prevención y atención de la violencia basada en género, familiar, sexual, social y la relacionada con las secuelas de la violencia política.	3 y 5
Promoción de entornos saludables para adolescentes con énfasis en redes de oportunidades y de protección social de la vida y la salud.	1,2,3,5 y 6
Alianza con los diferentes sectores para la promoción de estilos de vida saludables, prevención y cuidado de la salud de los adolescentes.	3 y 5
Desarrollo de capacidades para el empoderamiento de los adolescentes que garanticen el ejercicio de sus derechos ciudadanos.	1,3 y 5

Se destaca que estos Lineamientos también recogen un enfoque de desarrollo; es decir, no están centrados en responder a problemas, sino a promover el desarrollo del capital humano. Se trata de pasar de un modelo de atención a uno de promoción. Promueven una visión positiva e integral de la sexualidad, abandonando el enfoque de riesgo y promoviendo su desarrollo sano, la satisfacción de necesidades y el desarrollo de competencias.

Por otro lado, se promueve la articulación intersectorial, sobre todo proponiendo acciones con los sectores Educación, Trabajo y Salud.

Pero si bien los lineamientos señalados contienen enfoques que buscan la equidad y el reconocimiento de derechos, consideramos oportuno que se propongan responder a las inequidades de manera más explícita, que contribuyan a cerrar las brechas en los indicadores de salud de los adolescentes, especialmente en la vulnerabilidad de los grupos étnicos, de los adolescentes de zonas rurales y de los de menor educación, quienes requieren de intervenciones específicas e integrales.



3.1.3 Lineamientos para la Educación Sexual Integral¹⁹

El Ministerio de Educación (MINEDU) ha asumido la responsabilidad de elaborar estos lineamientos. Esta respuesta es consistente con el marco de política educativa vigente, así como con los compromisos establecidos en el Proyecto Educativo Nacional. Los enfoques de la propuesta pedagógica de Educación Sexual Integral son: Derechos Humanos, Interculturalidad y Equidad de género.

Se plantea como objetivo general de la educación sexual:

W *Lograr, durante el proceso formativo que corresponde a la Educación Básica, que las y los estudiantes se desarrollen como personas autónomas y responsables, con conocimientos, capacidades, actitudes y valores que les permitan ejercer su derecho a la sexualidad integral, plena, saludable y responsable, que considera las dimensiones biológica-reproductiva, socio-afectiva y ético-moral, en el contexto de interrelaciones personales democráticas, equitativas y respetuosas”.*

Son objetivos específicos de la educación sexual:

Desarrollar capacidades, actitudes y valores en las y los estudiantes, que les permitan:

- Conocer e identificar los aspectos biológicos, fisiológicos y reproductivos relacionados con la sexualidad humana.
- Reconocer, analizar y expresar afectos y emociones como parte de su desarrollo sexual saludable.
- Tomar decisiones autónomas, con responsabilidad y asertividad, respecto de su sexualidad.
- Respetar y valorar su sexualidad como parte del ejercicio de sus derechos, y de los demás, que incluye el respeto a los valores personales.

Estos lineamientos son un gran avance para nuestro país ya que, desde la década de los ochenta, se han dado intervenciones puntuales que no lograron sostenibilidad. Entre

¹⁹ Dirección de Tutoría y Orientación educativa. *Lineamientos para una Educación Sexual Integral*. Documento de trabajo. Ministerio de Educación. 2008

1996 y 2001, el Ministerio de Educación desarrolló un Programa Nacional de Educación Sexual de amplia cobertura y alcance nacional, pero que no logró institucionalizarse.²⁰

Es a partir de 2006 que un conjunto de acciones contribuyen al desarrollo de un contexto favorable. Entre ellas tenemos el proceso de elaboración de los Lineamientos de Educación Sexual Integral, que contó con la asistencia técnica y financiera de UNFPA. También está el inicio del proyecto regional "Armonización de las Políticas Públicas en Educación Sexual y Prevención del VIH-Sida y Drogas en el Ámbito Escolar". Finalmente, cabe mencionar la implementación del proyecto del Fondo Global que impulsó el involucramiento del sector en la prevención del VIH/Sida y que implicó la capacitación de docentes, la elaboración de materiales, así como la organización de núcleos de maestros y educadores de pares.

Se ha dado un paso importante con la formulación de estos lineamientos. Sin embargo, es preciso proponer lineamientos de política que definan cómo se va a articular una propuesta de Educación Sexual Integral incorporando a todos los actores de la comunidad educativa, considerando especialmente el protagonismo de los estudiantes. Los objetivos propuestos en este documento se refieren principalmente a la definición de la Educación Sexual Integral y al trabajo pedagógico del docente, así como a los aprendizajes que se esperan lograr en los estudiantes. La educación sexual integral va más allá del aula ya que todo el sistema educativo está permanentemente educando y dando mensajes. Se requiere del involucramiento de todos los actores en un mismo enfoque pues el currículo oculto muchas veces tiene un impacto más fuerte que el oficial.

Como podemos ver, en general, en el Perú ha habido un gran avance en términos de políticas, pero aún es un desafío plasmarlas en planes y programas que recojan los enfoques planteados y puedan operativizarlos efectivamente.

Por otro lado, es necesario avanzar hacia la formulación de políticas multisectoriales que respondan de manera integral al desarrollo de los y las jóvenes. Como bien lo señala el documento de la CEPAL 2008: "...falta avanzar en enfoques integrales que puedan trascender las lógicas sectoriales en virtud de la naturaleza misma del joven, en quien se combinan riesgos, capacidades, oportunidades, sistemas de pertenencia y formas de participación".

²⁰ Fortaleciendo la educación Sexual a través de la cooperación horizontal entre países sudamericanos. Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH-Sida (CICT), la Cooperación Alemana al Desarrollo (GTZ) y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONUSIDA)



Otro aspecto que se debe considerar es la articulación entre la escuela y los establecimientos de salud para responder de manera integral a las necesidades de los y las estudiantes en términos educativos, de consejería, atención y acceso a medios de protección.

Igualmente, se requiere definir lineamientos de políticas que respondan de manera específica a las necesidades educativas de las poblaciones rurales, las comunidades indígenas amazónicas y de las zonas alto andinas.

3.2 Planes Nacionales

A continuación se presenta una breve reseña de los principales Planes nacionales, vinculados al desarrollo de los jóvenes y que aportan al cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

3.2.1 Plan Nacional de la Juventud 2006-2011

Este Plan propone desarrollar las capacidades del Estado y de la Sociedad Civil para crear mayores y mejores oportunidades para las y los jóvenes. Asimismo, busca institucionalizar las políticas intersectoriales y sectoriales de juventudes en los tres niveles de gobierno: el central como normativo y articulador, el regional como coordinador y promotor, y el municipal como ejecutor. Por otro lado, se busca fortalecer y garantizar la participación de las y los jóvenes en el sistema democrático y convertirlos en actores estratégicos del desarrollo nacional.²¹

Contempla tres enfoques: Derechos Humanos, Intergeneracional y Equidad de género. Este último promueve la igualdad entre mujeres y hombres, y entre las personas con orientación sexual diversa; asume como objetivo la eliminación de toda forma de discriminación, maltrato o violencia basada en el género y la orientación sexual. De esta manera se contribuye a equilibrar las relaciones de poder y generar igualdad de oportunidades para todos y todas las jóvenes.

²¹ Plan Nacional de la Juventud 2006-2011; p.14. Aprobado mediante Decreto Supremo Nº 038-2006-PCM (dado el 03 de julio de 2006).

El Plan fija un resultado estratégico para cada uno de los 11 Lineamientos de Política Nacional de Juventudes. Luego establece una serie de metas para cada resultado y enuncia las acciones estratégicas a seguir para lograr cada meta, así como los responsables y los indicadores que pudieran dar cuenta del cumplimiento de dichas acciones.

Para el primer lineamiento, que se refiere a la promoción de la participación de los jóvenes, el Plan señala como meta, lograr la participación de los jóvenes en las instancias de poder como autoridades elegidas a nivel regional y local. Las modificatorias de ley aprobadas sobre las leyes de elecciones municipales y regionales son un gran aporte para el cumplimiento de esta meta, ya que a través de éstas se ha establecido que el 20% de los candidatos que participan en las listas electorales deben ser menores de 29 años.

El desarrollo de capacidades de los candidatos y autoridades jóvenes es otra de las estrategias señaladas en el Plan para poder empoderar a los jóvenes y lograr que su participación sea efectiva. Sobre este punto el SENAJU viene impulsando un Diplomado en Gobierno y Gestión Pública Municipal dirigido a autoridades jóvenes.

Otra de las metas propuestas en el Plan es lograr que el 5% de los participantes en los procesos locales de deliberación sobre el presupuesto participativo sean jóvenes, con el fin de asegurar que los recursos beneficien a esta población.

El Lineamiento 2, *Organizar y consolidar un sistema de políticas de juventud*, busca constituir un mecanismo de coordinación y articulación de políticas de juventud (MCPJ). Este punto es sumamente importante ya que estas políticas se encuentran desagregadas en los diferentes sectores y se requiere un ente articulador que busque responder de manera integral a las necesidades de los y las jóvenes.

En el resultado estratégico del Lineamiento 4, que alude a la mejora de la calidad de la educación, la meta A apunta a aumentar la cobertura total de la educación secundaria del 77% al 82%, brindando atención prioritaria a mujeres en zonas rurales. Como meta B se señala: Aumentar el desempeño suficiente en Comunicación y Matemática del 18% al 38% en la educación secundaria pública. Esta meta responde a la forma más frecuente de medición de la calidad educativa que se hace en nuestro país, a través de la evaluación de los logros académicos obtenidos por los estudiantes. La meta C además plantea: El Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa está operativo a nivel nacional al 2008. Ello supone, según el Plan, que se han realizado acciones para definir estándares para la



evaluación de la calidad en instituciones educativas, introduciendo la perspectiva de la calidad educativa en función de sus insumos o de los factores que la determinan; lo cual es sumamente importante porque entonces ya se cuenta con una forma de aproximación a la calidad educativa que nos permite actuar sobre dichos factores.

Se señala como una acción que apunta a la mejora de la calidad educativa, la incorporación de contenidos de educación sexual en el currículo educativo de secundaria que promuevan la equidad de género, la paternidad y maternidad responsables, así como la toma de decisiones compartidas dentro de las familias.

Se pone énfasis en acciones que contribuyan a disminuir las brechas que existen entre los jóvenes urbanos y rurales así como entre los pobres y no pobres, a través de medidas que respondan a las necesidades educativas de los jóvenes más vulnerables, tales como: establecer programas regulares, en alternancia y alternativos de educación secundaria para atender a los y las jóvenes en zonas rurales; promover programas de carácter compensatorio que permitan que los y las jóvenes que han abandonado el sistema educativo culminen sus estudios secundarios, entre otras.

El Lineamiento 6, *Promover estilos de vida y entornos saludables*, se plantea como meta aumentar en un 30% los servicios de salud diferenciados para adolescentes. La meta D apunta a reducir el embarazo adolescente (antes de 19 años) del 13% al 7%. Para el logro de esta meta se propone establecer alianzas entre el MINSA y el sector privado, de manera de realizar campañas nacionales de información sobre salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes. Asimismo, coordinar con el MINEDU para desarrollar campañas informativas en las regiones con mayores índices de pobreza. La meta E está dirigida a reducir en 30% el número de casos de VIH/Sida e ITS en la población menor de 30 años.

El Lineamiento 7, *Promover el empleo digno y las capacidades productivas de los jóvenes*, plantea como primera meta reducir el desempleo joven del 13% al 8% y el empleo informal del 54% al 40%. Asimismo, la meta B busca ampliar la cobertura de programas de capacitación laboral en un 30%.

El Lineamiento 11, *Fortalecer las capacidades de los jóvenes que viven en áreas rurales y comunidades nativas*, plantea ampliar el acceso de estos jóvenes a programas sociales e incrementar su inclusión en espacios de participación ciudadana. Ha establecido como meta incrementar en un 50% el acceso de los jóvenes indígenas

a programas educativos. Otra meta especificada es el establecimiento de programas de capacitación laboral, micro crédito y acceso a mercados.

3.2.2 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010

Elaborado en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño, es uno de los instrumentos más importantes de política pública que concierne a los niños y adolescentes y tiene carácter de Ley.

Este plan tiene alcance multisectorial e involucra un conjunto de acciones que deben asumir y ejecutar diferentes sectores: Ministerios de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), Salud, Educación, Trabajo, Agricultura, Justicia, Interior, el Ministerio Público, así como RENIEC, los Municipios, las Defensorías del Niño y el Adolescente.

El Plan Nacional de Acción se constituye en una herramienta estratégica del Estado al plantear objetivos a mediano plazo, con resultados mensurables y responsabilidades explícitas, cuyo cumplimiento debe ser monitoreado y evaluado de modo permanente por el MIMDES.

Considera a los niños, niñas y adolescentes como agentes claves del desarrollo. Ya no son más tratados como sujetos en vías a ser considerados personas y por ende, carentes de derechos y de voz; sino personas cuyos derechos deben ser reconocidos, obligándose el Estado a garantizar su vigencia.

El siguiente cuadro muestra la relación entre los objetivos del Plan, los resultados propuestos y los ODM.

Objetivos del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002–2010 y los ODM

Objetivos	Resultados al 2010	ODM
Objetivo estratégico 2: Ofrecer una educación básica de calidad para todos los niños y niñas de 6 a 11 años de edad.	8. Educación básica intercultural y de calidad para todos los niños y niñas. 9. Las peores formas de trabajo infantil son erradicadas y se promueven alternativas educativas al mismo.	1 y 2



Objetivos	Resultados al 2010	ODM
<p>Objetivo estratégico 3: Crear espacios de participación para los y las adolescentes de 12 a 17 años de edad y promover su desarrollo pleno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 11. Tasa de embarazo de adolescentes reducida. 12. Reducción de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. 13. Mecanismos de control que aseguran condiciones adecuadas de trabajo a los adolescentes por encima de la edad mínima requerida. 14. Prevención y disminución de la violencia adolescente. 16. Condiciones para fomentar y garantizar la participación de niñas, niños y adolescentes. 	5, 6 y 3
<p>Objetivo estratégico 4: Instituir un sistema de garantías para la protección de los derechos del niño, niña y adolescente (0-17 años de edad).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 17. Consolidación de un ordenamiento jurídico y sistema de administración de justicia especializada en niñez y adolescencia. 21. Reducción de la explotación sexual de niñas y niños. 22. Disminución del maltrato y erradicación del abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. 	3 y 5

3.2.3 Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil

Fue elaborado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo con el apoyo de la Oficina Subregional Andina de la OIT y el Proyecto para la Promoción del Empleo Juvenil en América Latina (PREJAL) el año 2009.

El Plan tiene como fin principal contribuir a mejorar la calidad de vida de los jóvenes y su objetivo general es desarrollar e implementar estrategias que les permitan construir trayectorias de trabajo digno y productivo.

Se basa en cuatro pilares: Empleo, Empleabilidad, Emprendimiento, y Equidad; que dan lugar a sus respectivos objetivos específicos y componentes, los mismos que se detallan en el siguiente cuadro.

Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil

Objetivos	Componentes	ODM
EMPLEO Promover, incrementar y mejorar la inserción laboral productiva de los jóvenes.	I. Asistencia e información II. Inserción directa III. Incentivos a la demanda de empleo juvenil IV. Condiciones de trabajo	1
EMPLEABILIDAD Promover e incrementar el acceso a capacitación técnica de calidad para el empleo productivo.	I. Acceso a la capacitación técnica II. Pertinencia de la capacitación III. Transparencia	2
EMPRENDIMIENTO Incrementar y mejorar capacidades emprendedoras de los jóvenes y el desarrollo de sus emprendimientos.	I. Decisión de emprender (Promover la formación de capacidades emprendedoras) II. Acciones para emprender (Promover capacidades emprendedoras) III. Inicio del emprendimiento IV. Crecimiento / desarrollo del emprendimiento	1 y 2
EQUIDAD Promover la igualdad de oportunidades de los jóvenes en el ámbito laboral.	I. Igualdad de oportunidades de género, de grupos étnicos, jóvenes en riesgo, y jóvenes con discapacidad	1 y 3

El Plan contiene dos puntos que vale la pena destacar por sus implicancias para la construcción de indicadores.

En primer lugar, en su diagnóstico se menciona que: "En el Perú, la carencia de empleo, la **inserción en actividades de baja productividad** y la precariedad en la relación laboral constituyen las principales amenazas para los jóvenes peruanos en el mercado de trabajo..."²². Esto significa que se reconoce la necesidad de mirar más allá del desempleo juvenil y de los indicadores tradicionales sobre la precariedad de su situación laboral (seguro de salud, sistema de pensiones, modalidades de contratación, etc.). Se reconoce que los jóvenes trabajan y lo hacen en empleos de mala calidad.

Y es éste precisamente el segundo punto a destacar. Siendo que el Plan se enmarca en la perspectiva de los acuerdos internacionales promovidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), recoge su concepto sobre trabajo decente:

²² Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil; p. 2



El concepto de trabajo decente tiene un contenido ético que resalta la importancia de los derechos del trabajador y la calidad de las condiciones laborales. El concepto propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) alude a un trabajo productivo con remuneración justa, seguridad en el lugar de trabajo y protección social (individual y familiar), mejores perspectivas para el desarrollo personal y social, libertad para que los trabajadores manifiesten sus preocupaciones, se organicen y participen en la toma de decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidades y de trato para mujeres y hombres²³.

Esta preocupación por el tema de la calidad de los empleos de los jóvenes se traduce también en los indicadores que utiliza para el diagnóstico:

Una manera de determinar la calidad de los empleos a los que acceden los jóvenes es a través del indicador de subempleo y de empleo adecuado. Si se descompone la PEA juvenil entre los desempleados y los ocupados, según el tipo de inserción, se encuentra que 49% de los jóvenes se encuentran subempleados (11% por horas y 38% por ingresos), mientras que 43% se insertan en empleos cuyos ingresos permiten cubrir el valor de una canasta básica de alimentos, el 8% restante se encuentra desempleado.

El subempleo afecta en mayor proporción a las mujeres jóvenes (52% frente a 47% en el caso de los hombres) y a los jóvenes de áreas rurales (58% frente a 45% en el caso de los jóvenes urbanos)²⁴.

3.2.4 Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones 2006-2010²⁵

Es obligación del Estado, fomentar y ejecutar políticas públicas tendientes a alcanzar la equidad y la igualdad de oportunidades entre varones y mujeres. Resulta importante señalar que las situaciones sociales que generan inequidad entre varones y mu-

23 Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil; p. 5

24 Plan Sectorial de Acción para la Promoción del Empleo Juvenil; p. 11

25 Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones 2006-2010. MIMDES.

jes también se reproducen entre la población joven. Por ejemplo, según el Censo 2007, hay más mujeres jóvenes analfabetas en las zonas rurales que varones; son las mujeres jóvenes quienes abandonan la por asumir quehaceres laborales; y son también ellas quienes mayormente sufren violencia por parte de sus parejas.

Con el fin de responder a este mandato de alcanzar la equidad e igualdad de oportunidades entre los géneros se ha elaborado el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Varones 2006 - 2010, el cual está bajo la conducción del MIMDES. El Plan se inserta en el proceso de modernización y reestructuración del Estado que está reconfigurando el escenario social, político y económico de nuestro país. En este contexto, los Gobiernos Locales, Regionales, las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza y la sociedad civil también deberán velar por la implementación del Plan en sus respectivas jurisdicciones.

Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres y ODM

Lineamientos	Objetivos	ODM
1. Institucionalizar y transversalizar la perspectiva de equidad de género, es decir, igualdad de oportunidades entre mujeres y varones en las políticas públicas, planes nacionales y prácticas del Estado.	1.1 El Estado incorpora la perspectiva de equidad de género, es decir, igualdad de oportunidades entre mujeres y varones, de manera sostenible en el diseño de sus políticas públicas y en la gestión de sus programas.	3
2. Promover en la sociedad la adopción de valores, prácticas, actitudes y comportamientos equitativos entre mujeres y varones, para garantizar el derecho a la no discriminación hacia las mujeres.	2.1 El Estado y la sociedad civil adoptan prácticas equitativas entre mujeres y varones en todos los ámbitos sociales. 2.2 El Estado y la sociedad civil contribuyen a mejorar las relaciones entre mujeres y varones en el marco de una cultura de paz y una vida libre de violencia.	3
3. Garantizar el ejercicio pleno de los derechos sociales y culturales para las mujeres.	3.1 Garantizar el acceso equitativo de mujeres y varones a servicios sociales y culturales de calidad.	3



Lineamientos	Objetivos	ODM
4. Garantizar el ejercicio pleno de los derechos económicos de las mujeres.	4.1 Mujeres y varones acceden, permanecen y se desarrollan en el mercado laboral con equidad de género e igualdad de oportunidades, y tienen una remuneración y prestaciones sociales iguales por un trabajo de igual valor. 4.2 Garantizar la igualdad de oportunidades económicas para la generación y mejora de ingresos de mujeres y varones de zonas urbanas y rurales.	1 y 3
5. Garantizar el ejercicio pleno de los derechos civiles y políticos de las mujeres y el acceso equitativo a instancias de poder y toma de decisiones.	5.1 Mujeres y varones ejercen plenamente sus derechos civiles, políticos y ciudadanos.	3

3.2.5 Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015²⁶

El Ministerio de Salud se propone generar el impulso y articular a los diferentes sectores, a la cooperación internacional y a la sociedad civil con el objetivo de reducir la mortalidad materna y perinatal, en tanto el Derecho de Salud Sexual y Reproductiva es reconocido de acuerdo a las Conferencias de Población y Desarrollo de El Cairo y Beijing, como compromiso internacional asumido en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas.

La mortalidad materna es un problema que afecta a las mujeres jóvenes, en especial a las adolescentes, quienes representan entre el 12 y 16% del total de muertes maternas que se registran en el país. Este Plan formula una propuesta para que los recursos del Estado, desde los diferentes niveles de gobierno, nacional, regional y local, se orienten a mejorar el desempeño del sistema de salud, en el marco de la descentralización, con la participación de los diferentes sectores y todos los actores sociales involucrados en el quehacer de la salud.

²⁶ Plan estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna 2009-2015. MINSa.

Objetivos

- Establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias del Ministerio de Salud, las DISA y DIRESA, las redes y micro redes, y sus Establecimientos de Salud a nivel nacional para disminuir la mortalidad materna y perinatal en el Perú.
- Servir de base para que se genere el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que involucre a todas las instancias públicas y privadas que integran el Sector Salud.

Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 y los ODM

Objetivos	Resultados al 2010	ODM
Garantizar la capacidad de respuesta del sector Salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Las Direcciones Regionales de Salud garantizan que las áreas geográficas y poblaciones de su competencia dispongan de establecimientos de salud estratégicamente distribuidos y adecuados. 5. El Sector Salud incrementa coberturas de atención en salud sexual y reproductiva con eficacia y efectividad en el marco de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos. 	3 y 5
Asegurar la participación de la familia, la comunidad y otros actores de la sociedad civil en el sistema de salud para la reducción de la mortalidad materna perinatal en el marco de la descentralización.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Las familias y la comunidad con el apoyo de las autoridades locales se organizan, participan y vigilan activamente el cuidado de la salud materna perinatal y la promoción de estilos de vida saludables. 	5
Asegurar un Sistema de Información de calidad para la toma de decisiones en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, en todos los sectores y niveles de gobierno.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Se establece un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Intersectorial, en el marco de la descentralización, que proporciona información permanente veraz y oportuna en todos los niveles. 	5



Algo a destacar en este documento es que establece el involucramiento de los diferentes sectores del Estado y de las instancias regionales y locales en la responsabilidad de reducir la muerte materna y perinatal, no sólo incorporando el tema en sus planes, sino asegurando financiamiento.

Propone coordinar con el sector Educación para el desarrollo de los programas de Educación en salud sexual y reproductiva y Habilidades para la vida. Asimismo, propone coordinar con las Universidades, Facultades y Escuelas formadoras de profesionales de la salud para incorporar en la docencia de pregrado y postgrado, las políticas y estrategias para la reducción de la muerte materna.

De igual manera, el Plan busca acortar las brechas de inequidad señalando la ampliación de la cobertura del aseguramiento en salud y el establecimiento de servicios de salud en las zonas más alejadas. Reconoce los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como las diferencias culturales que se deben considerar para adecuar las estrategias.

Entre las estrategias del objetivo 2 propone la atención diferenciada en Salud sexual y reproductiva a población adolescente y a gestantes adolescentes, pero no especifica cómo se viabiliza esta atención así como tampoco se señala la articulación con las estrategias y etapas de vida. Asimismo, se propone la adecuación cultural de los servicios con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos.

3.2.6 Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú²⁷

Este fue elaborado en un proceso amplio de planeamiento compartido y de involucramiento de diversos actores y sectores de la sociedad. Evidencia que la comprensión del tema de las ITS y el VIH/SIDA va mucho más allá de un problema de salud y, por tanto, puede y debe ser enfrentado de manera multisectorial por el conjunto de las fuerzas del país.

Este plan se constituye en un instrumento para operativizar la respuesta del país a la epidemia. Plantea cuatro objetivos estratégicos.

²⁷ Plan estratégico multisectorial 2007-2011 para la prevención y control de las ITS/VIH Sida en el Perú. MINSA, CONAMUSA ONUSIDA, Proyecto Vigía.

Objetivos del Plan Estratégico Multisectorial para la prevención y control de las ITS/VIH y SIDA y los ODM

Objetivos	ODM
1. Reducir en 50% el número de nuevos casos de VIH y en 50% la prevalencia de ITS en poblaciones HSH ²⁸ , TS ²⁹ , PPL ³⁰ al año 2011.	6
2. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general al 2011.	6
3. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.	6
4. Reducir la transmisión vertical a menos del 2% al 2011.	6

El objetivo Estratégico 3 es el que está dirigido específicamente a la población adolescente y joven. En este objetivo se ha previsto desarrollar las siguientes líneas estratégicas:

- Promoción de comportamientos sexuales saludables en adolescentes y jóvenes, incluyendo el uso adecuado y provisión de condones (mercadeo social, estrategias de comunicación e información).
- Incidencia política y promoción de leyes y normas que permitan el acceso a la atención integral e información para adolescentes y jóvenes, priorizando la población adolescente HSH y en explotación sexual comercial.
- Educación en Salud Sexual y Reproductiva en escolares y estudiantes en general, incluyendo Estrategia de Promotores educadores de pares y diversidad sexual, y la producción y difusión de material comunicacional.
- Adecuación de servicios de salud para prevención y atención de ITS y consejería para adolescentes y jóvenes, especialmente población HSH y niñas en explotación sexual comercial e implementación de programas de prevención para niños y niñas en situación de vulnerabilidad.
- Participación del adolescente dentro del marco de derechos y ciudadanía.

28 Hombres que tienen sexo con hombres
 29 Trabajadoras sexuales
 30 Personas privadas de libertad

3.3 Programas y Proyectos Públicos Nacionales

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>SECRETARÍA NACIONAL DE LA JUVENTUD (SENAJU)</p> <p>Organismo del Estado peruano, adscrito al Ministerio de Educación, que tiene como misión promover, articular, coordinar, monitorear y evaluar políticas, planes, programas, proyectos y acciones del sector público, así como las iniciativas de los sectores civiles y privados dirigidas a los jóvenes peruanos de 15 a 29 años de edad como actores estratégicos del desarrollo, en el marco del cumplimiento de las Políticas Nacionales en materia de Juventud contempladas en el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM.</p> <p>Núcleos Ejecutores Juveniles: Mediante el D.U. N° 085-2009 los jóvenes peruanos obtuvieron una poderosa herramienta para constituirse en los actores principales de la transformación del país. Un Núcleo Ejecutor Juvenil es la composición de 100 jóvenes a más que representan a su comunidad y quieren mejorarla trabajando directamente en la ejecución de proyectos de inversión pública o mantenimiento de infraestructura, como una losa deportiva, un local para reuniones, el mejoramiento de las instalaciones de una escuela o cualquier otra obra que contribuya al desarrollo de la comunidad, siempre en zonas de escasos recursos económicos.</p> <p>Asimismo, el Ministerio de Educación dispuso que la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) se encargue de la constitución de 64 Núcleos Ejecutores en igual número de instituciones educativas, para el mantenimiento de infraestructura conforme al expediente técnico proporcionado por la Oficina de Infraestructura Educativa (OINFE). La intervención se ha realizado en los distritos de Ate-Vitarte, Santa Anita, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Pachacámac y Punta Hermosa, con una inversión de 8 575 000,0 Nuevos Soles.</p> <p>Programa Juventud Profesional: Nace mediante el D.S. N° 011-2009-ED con el fin de financiar, por única vez, parcial o totalmente, el costo de la titulación profesional a Jóvenes bachilleres egresados de universidades públicas en las carreras de Ingeniería Civil, Ingeniería Agrícola y Medicina Humana, con una participación tutelada previa no menor de seis (6) meses en núcleos ejecutores y núcleos ejecutores juveniles, en el marco del D.U. N° 085-2009.</p> <p>Investigación 'Los Jóvenes Avanzando Contra la Pobreza': Analiza la situación de la juventud peruana con relación a su condición de pobreza, promedio de ingreso, gasto mensual per cápita y las necesidades básicas insatisfechas. La información tiene como fuente la Encuesta Nacional de Hogares 2008 y se encuentra desagregada a nivel regional. Es importante resaltar que el estudio revela que la pobreza juvenil en el Perú ha disminuido del 43,8% al 31,6% en el período comprendido entre los años 2004 a 2008, reduciéndose en 12,2 puntos porcentuales; es decir, miles de jóvenes, mujeres y varones entre 15 y 29 años de edad, han dejado de vivir en condición de pobreza.</p>	<p>Ministerio de Educación</p>	<p>1, 3 y 8</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>Observatorio Juvenil: Herramienta que tiene como misión generar, crear y sistematizar información para la producción de conocimientos en materia de Juventud a partir del análisis de datos cuantitativos y cualitativos y de la realización de estudios específicos, lo que permitirá optimizar la acción del Estado hacia los jóvenes peruanos.</p> <p>Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana: En coordinación con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se ha diseñado una muestra a nivel nacional, que es de 8 124 viviendas con jóvenes entre 15 y 29 años de edad, correspondiendo a las áreas urbana y rural de las regiones geográficas: Lima Metropolitana, Resto Costa, Sierra y Selva, considerando un nivel de confianza de 95,0%. Ello a fin de conocer y caracterizar la realidad de los jóvenes en diversos aspectos: demográfico, educativo, social, político, salud, laboral y tecnologías de la información, percepciones en los temas del uso del tiempo libre, violencia, discriminación, género, participación ciudadana y democracia. Este proyecto se encuentra en etapa de elaboración.</p> <p>Programa Nacional de Orientación e Información Profesional: A fin de orientar a los jóvenes peruanos en la elección de su carrera profesional y la formulación de un adecuado plan de vida, así como para mantener un seguimiento de los jóvenes evaluados para la realización de un posterior estudio de investigación acerca de los resultados de la intervención luego de brindar estas jornadas sobre la elección profesional y la situación en la que se encuentran. Uno de los productos de este Plan es:</p> <p><i>La Guía de Orientación de Estudios 2010:</i> Elaborada con el objetivo de orientar al joven peruano que desee iniciar sus estudios superiores universitarios y técnicos a través de la información y el análisis de la situación laboral actual y las perspectivas de desarrollo en las diferentes regiones del país.</p> <p>Programa de Fortalecimiento de Organizaciones Juveniles: Tiene como objetivo articular programas y servicios del Estado peruano a las organizaciones juveniles, generando espacios seguros de participación juvenil; así como fomentar la creación de programas y servicios que fortalezcan a las organizaciones juveniles, generando condiciones para el fortalecimiento de sus capacidades de forma que logren su posterior acreditación, formalización y accionamiento legal.</p> <p>Programa de Asistencia Técnica en Implementación de Políticas de Juventud: Tiene como objetivo lograr que las instituciones públicas, los gobiernos regionales y locales diseñen, formulen e implementen políticas en materia de Juventud, a través de la asistencia técnica de SENAJU. Para ello se ha diseñado:</p>	<p>Ministerio de Educación</p>	<p>1, 3 y 8</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>La <i>Guía para la implementación de espacios de participación juvenil en los ámbitos regional y local</i>: Aporta al proceso de constitución e institucionalización de espacios participativos que permitan afianzar el proceso de descentralización, la cogestión de las políticas, programas y proyectos en materia de Juventud entre las instituciones del Estado y la sociedad civil, buscando que los instrumentos elaborados en el ámbito regional y local se articulen a las políticas públicas nacionales e internacionales. Además, incluye una guía para diseñar planes regionales de Juventud.</p> <p>Programa Nacional de Voluntariado Juvenil: Busca dinamizar e incrementar la participación efectiva de los jóvenes de forma solidaria y comprometida en ejes estratégicos del desarrollo, presentando a los jóvenes voluntarios como los nuevos aliados para luchar proactivamente por la riqueza, la igualdad, la inclusión y la inserción en nuestro país. Con este Programa, la Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU) cuenta con más de 2 000 jóvenes peruanos voluntarios, inscritos desde 2009, y con 60 organizaciones de servicio voluntario juvenil.</p>		
<p>PROGRAMA DE RENOVACIÓN INTEGRAL DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS EMBLEMÁTICAS</p> <p>El Ministerio de Educación se ha propuesto la completa renovación, restauración y reconstrucción de las denominadas Instituciones Educativas Emblemáticas de Lima y de diversas regiones del país con equipamiento de avanzada tecnología: 21 de estas son recuperadas totalmente en Lima, con una inversión inicial de 250,0 millones de Nuevos Soles; además, se destinarán otros 200,0 millones de Nuevos Soles para la recuperación paulatina de 50 más en el interior del país. La inversión total estimada es de 700,0 millones de Nuevos Soles.</p> <p>La denominación 'Instituciones Educativas Emblemáticas' incluye a todas las Instituciones Educativas con más de medio siglo de vida que guardan, en sí, toda una historia del saber, como son las Grandes Unidades Escolares (GUE) construidas en la década del '50.</p>	Ministerio de Educación	1, 3 y 8
<p>CREACIÓN DEL COLEGIO MAYOR SECUNDARIO 'PRESIDENTE DEL PERÚ'</p> <p>Nace porque el Perú necesita contar con líderes representativos de cada región del país que sirvan como referente, en su proceso de formación escolar, a sus pares en su localidad. Desde su modelo de formación, su infraestructura y su cuerpo docente, hasta su horario de clases, las actividades y proyectos que deben realizar, está planteado para que los 900 estudiantes más capaces de las instituciones educativas públicas del Perú sean líderes en el camino profesional que elijan y en la región en la que vivan, así como personas intensamente comprometidas con sus ideales y con voluntad y capacidad probadas para influir en su contexto.</p>	Ministerio de Educación	1 y 3

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>Esta iniciativa responde al reto de la modernidad y la historia. Se trata de un espacio de formación selecta, donde las capacidades de los estudiantes son puestas al límite para que sus personalidades crezcan continuamente. Por principio de equidad, en el Colegio Mayor se accederá a los aprendizajes previstos para todos los escolares del país en el Diseño Curricular de Educación Básica Regular, pero se profundizará en ellos según los intereses, capacidades y habilidades de los estudiantes.</p>		
<p>ESTRATEGIA NACIONAL 'CRECER' (D.S. N° 055-2007-PCM)</p> <p>El Estado peruano, mediante la Estrategia Nacional 'CRECER' bajo la dirección de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), realiza una intervención articulada de las entidades públicas que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local, organismos de cooperación, sociedad civil y de entidades privadas que se encuentren directa o indirectamente vinculadas con el objetivo de superación de la pobreza.</p> <p>La estrategia está sustentada en tres ejes de intervención: (1) Desarrollo de Capacidades Humanas y Respeto de los Derechos Fundamentales, (2) Promoción de Oportunidades y Capacidades Económicas, y, (3) Establecimiento de una Red de Protección Social. Viene alcanzando importantes logros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 82 programas existentes en el 2007 han sido fusionados en 29 programas sociales al 2009, logrando así mayor eficiencia y menores costos. ▶ 755 044 beneficiarios fueron atendidos por CRECER en el 2008. 	<p>Presidencia del Consejo de Ministros</p>	<p>1, 2, 4, 5 y 7</p>
<p>PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MÁS POBRES – JUNTOS (D.S. N° 032-2005-PCM, MODIFICADO POR D.S. N° 062-2005-PCM)</p> <p>Programa social dirigido a la población de mayor vulnerabilidad, en situación de extrema pobreza, riesgo y exclusión. Tiene como objetivo promover el ejercicio de sus derechos fundamentales a través de la articulación de la oferta de servicios en nutrición, salud, educación e identidad.</p> <p>Para lograr este objetivo, JUNTOS entrega un incentivo monetario condicionado de 100,0 Nuevos Soles de libre uso para la/el representante (madre, padre) de cada hogar participante, que son los que tienen entre sus miembros a madres gestantes, padres viudos, personas de la Tercera Edad o apoderados que tengan bajo su tutela a niñas y niños hasta los 14 años de edad.</p>	<p>Presidencia del Consejo de Ministros</p>	<p>1, 2, 4 y 5</p>
<p>PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN – PRONAMA</p> <p>El Gobierno del Perú se propuso erradicar el analfabetismo al 2011 como uno de los objetivos prioritarios en la política educativa creando el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (PRONAMA). Este es responsable de desarrollar las acciones conducentes</p>	<p>Ministerio de Educación</p>	<p>2 y 4</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>al logro de dicho objetivo, constituyéndose como Unidad Ejecutora del Ministerio de Educación. Tiene como visión que, al 2011, el Perú tenga una tasa de analfabetismo inferior al 4,0%, lo que se logrará en la medida en que más del 70,0% de los iletrados atendidos hayan adquirido competencias y capacidades básicas de lecto-escritura y cálculo, y cuenten con posibilidades de continuar su educación, con lo que estarían en mejores condiciones para lograr su inserción en los campos social y laboral.</p> <p>En el 2007 se atendió a 660 529 personas iletradas, en el 2008 a 743 211 y hasta octubre de 2009 se atendió a 179 897. A nivel nacional se ha declarado a Arequipa, Callao, Ica, Lima, Lima Metropolitana, Madre de Dios, Moquegua, Tacna, Tumbes y Ucayali, regiones libres de analfabetismo.</p> <p>Según el Censo de 2007, la tasa de analfabetismo de jóvenes era de 1,9%. Entre los años 2007 y 2008, PRONAMA logró atender a 289 599 jóvenes iletrados, reduciendo la tasa de analfabetismo de manera significativa.</p>		
<p>PROJOVEN (CAPACITACIÓN LABORAL JUVENIL)</p> <p>El objetivo general del Programa es facilitar el acceso de jóvenes de 16 a 24 años de edad de escasos recursos económicos al mercado laboral formal a través de acciones específicas de capacitación técnica y experiencia laboral articuladas con servicios de información, habilitación e intermediación laboral, que respondan a los requerimientos del sector empresarial y del mercado de trabajo.</p> <p>A nivel nacional, del año 2000 al 2005 se beneficiaron a 30 927 jóvenes, y desde el 2007 hasta el 2009 se ha logrado beneficiar a 31 778.</p> <p>Cuenta con 14 sedes distribuidas en las principales ciudades del país: Arequipa, Huamanga, Cajamarca, Chiclayo, Cusco, Huancayo, Huánuco, Ica, Iquitos, Lima, Piura, Puno, Tarapoto y Trujillo.</p>	<p>Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo</p>	<p>1</p>
<p>PLAN SECTORIAL DE ACCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DEL EMPLEO JUVENIL</p> <p>Entre los principales desafíos de este Plan figuran: establecer una Visión de largo plazo, disponer de información sobre la situación del empleo juvenil y promover permanentemente procesos y espacios de diálogo social con los jóvenes. Tiene como objetivo general desarrollar e implementar estrategias que permitan a los jóvenes construir trayectorias de trabajo digno y productivo.</p> <p>Los principales temas u objetivos son: Empleo (Promover, incrementar y mejorar la inserción laboral productiva de los jóvenes), Empleabilidad (Promover e incrementar el acceso a capaci-</p>	<p>Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo</p>	<p>1</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>tación técnica de calidad para el empleo productivo), Emprendimiento (Incrementar y mejorar capacidades emprendedoras de los jóvenes y el desarrollo de sus emprendimientos), y Equidad (Promover la igualdad de oportunidades de los jóvenes en el ámbito laboral).</p>		
<p>ENCUESTA JUVENTUD, EMPLEO Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL 2009</p> <p>Los objetivos generales de la ENJUV son: 1) Conocer la situación y tendencias socio demográficas de la población juvenil, 2) Caracterizar a los jóvenes dentro de su mercado laboral y sus barreras de acceso, 3) Conocer las actitudes de los jóvenes sobre el empleo y emprendimiento, y 4) Evaluar el impacto de la migración internacional en los hogares y en esta población en particular.</p> <p>La encuesta ENJUV2009 fue realizada como parte del Programa Conjunto "Promoción del Empleo y Emprendimiento de Jóvenes y Gestión Pública de la Migración Laboral Internacional Juvenil" con el apoyo del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Este es implementado por la OIM, OIT, UNFPA y PNUD, y tiene como contrapartes gubernamentales al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, al MIMDES y la SENAJU; es financiado por el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (F-ODM). El objetivo del Programa Conjunto es mejorar el empleo juvenil e incrementar las oportunidades laborales para los jóvenes peruanos, así como gestionar la migración laboral juvenil.</p>	<p>Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo</p>	<p>1</p>
<p>PROGRAMA NACIONAL CONSTRUYENDO PERÚ</p> <p>Su misión es desarrollar capacidades y generar empleo temporal para la población en situación de pobreza y pobreza extrema, a fin de coadyuvar a su inserción laboral o autoempleo mediante el financiamiento y/o ejecución de proyectos que incidan en la mejora de su calidad de vida.</p> <p>El programa ha generado 74 450 empleos temporales en el 2008 y ha tenido a 151 560 personas participantes, beneficiando a 587 distritos considerados los más pobres. El 62,0% de los participantes de este programa son personas entre 20 a 40 años de edad. A nivel nacional ha beneficiado a 34 708 jóvenes de entre 14 a 29 años.</p>	<p>Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo</p>	<p>1</p>
<p>PROGRAMA REVALORA PERÚ</p> <p>El Programa Especial de Reconversión Laboral tiene como objetivos mantener el dinamismo de la economía mediante la promoción del empleo y protección de la empleabilidad de los trabajadores, así como fomentar la generación de oportunidades impulsando</p>	<p>Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo</p>	<p>1</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>los servicios de capacitación, certificación de competencias laborales, intermediación laboral y asistencia técnica.</p> <p>Los beneficiarios son, por un lado, los trabajadores dependientes e independientes afectados en su empleo o en sus ingresos por efecto de la crisis económica internacional y, por el otro, las empresas afectadas por el impacto de la crisis que adviertan la necesidad de proteger la empleabilidad de sus trabajadores a fin de mejorar la calidad y especialización del factor trabajo en su empresa.</p> <p>El alcance del Programa se da principalmente en ámbitos geográficos y sectores productivos en los que se concentran los mayores efectos de la crisis económica internacional como son: Lima y Callao, La Libertad, Arequipa, Piura, Ica, Lambayeque, Junín, Áncash, Cusco, Loreto, Cajamarca, Ucayali, Puno y Pasco.</p> <p>De un total de 2 699 beneficiarios, el 41.8% son jóvenes.</p>		
<p>PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER - CENTROS EMERGENCIA MUJER (CEM)</p> <p>Son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual.</p> <p>Se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica. Se procura la recuperación del daño sufrido y se presta asistencia social.</p> <p>También se realizan actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones e instituciones.</p>	<p>Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social</p>	<p>3</p>
<p>PLAN NACIONAL CONCERTADO EN SALUD</p> <p>Este Plan pretende que para el 2020 los habitantes del país gocen de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.</p>	<p>Ministerio de Salud</p>	<p>4</p>
<p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS</p> <p>Como Organismo Público Descentralizado (OPD), tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.</p>	<p>Ministerio de Salud</p>	<p>4, 5, 6 y 8</p>

NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>De esta forma, el SIS está orientado a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de su población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como de diferencias culturales y geográficas. Asimismo, busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementar instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno-infantil.</p>		
<p>ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS Y VIH/ SIDA (ESNITSS)</p> <p>Diseña, norma y evalúa los procesos de organización correspondiente, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, para lograr objetivos funcionales relacionados a la cultura de salud, prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, con un enfoque de equidad, derecho y ejercicio de la ciudadanía.</p> <p>Uno de los servicios más requeridos por la población adolescente es el de consejería en los temas de salud sexual y reproductiva, que ofrece orientación en aspectos de sexualidad, planificación familiar, VIH/SIDA y violencia. En el primer semestre de 2009 se ha beneficiado a 158 218 adolescentes con el servicio de consejería. En el 2008 se atendieron 63 287 partos de adolescentes en los establecimientos de salud.</p>	<p>Ministerio de Salud</p>	<p>6</p>
<p>PROGRAMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD – TARGA</p> <p>El Ministerio de Salud inició la provisión de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en mayo de 2004. A partir de entonces ha sido posible incrementar la cobertura que beneficiaba a menos de 2 000 a alrededor de 9 500 personas que viven con VIH y SIDA (PVVS), según los reportes oficiales que incluyen tanto a la población beneficiaria del Ministerio de Salud como a la de ESSALUD.</p>	<p>Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud</p>	<p>6 y 8</p>
<p>PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL</p> <p>Busca mejorar la calidad educativa mediante el desarrollo de competencias y aprendizajes respecto de la Educación Sexual, promoviendo el autocuidado, el desarrollo personal y social, y fortaleciendo el amor y la valoración de la vida.</p>	<p>Ministerio de Educación</p>	<p>6</p>


NORMATIVA / PROGRAMA / PLAN / ESTRATEGIA	SECTOR	ODM
<p>ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS</p> <p>Su finalidad es lograr, hacia fines del año 2011, la disminución del riesgo de infección por tuberculosis mediante el fortalecimiento de la atención de personas con tuberculosis sensible, resistentes y coinfectados con VIH/SIDA.</p>	Ministerio de Salud	6
<p>PLAN NACIONAL DE VIVIENDA 2006-2015</p> <p>Una de las grandes aspiraciones de la población es poder contar con una vivienda propia. Un grupo creciente de familias jóvenes se ven interesadas y acceden a los distintos programas de Vivienda a nivel nacional como:</p> <p>Programa Fondo Mi Vivienda, Programa Techo Propio, Banco de Materiales, Programa Mi Barrio, Programa Mejorando Mi Pueblo, Programa Mi Lote, Programa Mi Quinta, Programa La Calle de Mi Barrio, Programa de Formalización de la Propiedad Informal, Normas técnicas y administrativas destinadas a superar limitaciones, agilizar actividades de construcción y facilitar el acceso al crédito.</p>	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento	7

4 Situación

de los jóvenes y adolescentes
respecto a los
Objetivos de Desarrollo del Milenio







4 Situación

de los jóvenes y adolescentes respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Población joven en el Perú

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el INEI el año 2008, en el Perú había 8 029 000 de jóvenes entre los 15 y 29 años de edad³¹. Un año antes, el Censo de Población daba cuenta exactamente de 7 554 204 jóvenes en el rango de edades mencionado³².

Según la ENAH 2008, aproximadamente la mitad de estos ocho millones de jóvenes eran mujeres, con lo cual vemos que estos se distribuyen en partes iguales según sexo.

Según su zona de residencia, los jóvenes se concentran en las ciudades. En el Perú, más de dos terceras partes de los jóvenes viven en zonas urbanas (poco más de 5 millones y medio) y menos de un tercio en el campo.

31 INEI, *Encuesta Nacional de Hogares 2008*.

32 INEI, *Censo Nacional de Población y Vivienda 2007*.

Finalmente, según grupos de edades, el grupo de jóvenes entre 15 y 19 años de edad pasa de tres millones, representando casi al 40% del total; el grupo entre 20 y 24 años llega al 32,4%; y el de 25 a 29 años al 27,9%.

El hecho que en la actualidad este segmento sea el más numeroso dentro de la estructura poblacional representa un cambio conocido como el 'bono demográfico'.

Como puede observarse en el Cuadro 1, en las zonas rurales la proporción de jóvenes entre 15 y 19 años es mayor que en las urbes, lo que podríamos atribuir a los procesos de migración de los jóvenes del campo hacia las ciudades al terminar su educación básica.

Cuadro N° 1
Perú: población joven por zona rural-urbana según grupos de edades, 2008

(En porcentajes)

Grupo de edad	Urbano	Rural	Total
15 - 19	36,7%	46,4%	39,7%
20 - 24	34,0%	28,7%	32,4%
25 - 29	29,3%	24,9%	27,9%
Total	100%	100%	100%
Valores absolutos (miles)	5 513	2 516	8 029
%	68,7%	31,3%	100%

Fuente: INEI, Encuesta Nacional de Hogares 2008.
Elaboración propia.³³

Meta 1A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos estén por debajo de la línea de pobreza nacional

En el Perú se han logrado importantes avances en materia de reducción de la pobreza en los últimos años. Según el más reciente Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú 2008³⁴, el 23,9% de la población se hallaba en pobreza extrema en el año 2002 y para el 2008 este porcentaje se había reducido a 12,6%, con lo cual estamos muy cerca de alcanzar la meta fijada por los ODM que es del 11,5% para el 2015.

³³ Todos los cuadros de elaboración propia se han llevado a cabo de acuerdo a la metodología que se explica en el Anexo Metodológico.
³⁴ Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú 2008. Resumen Ejecutivo. Comisión Interministerial de Asuntos Sociales de la Presidencia del Consejo de Ministros. Lima, 15 de octubre 2009.

Cuadro N° 2
Resumen de Indicadores de Pobreza y Pobreza extrema

Indicadores	2004	2008	Meta ODM Nacional al 2015
Pobreza	43,8 (Urbana 34,1%) (Rural 65,6%)	31,6 (Urbana 21,2%) (Rural 54,4%)	27,3
Pobreza extrema	13,4 (Urbana 5,2%) (Rural 32,1%)	9,3 (Urbana 2,5%) (Rural 24,2%)	11,5
Brecha de la pobreza	8,9	13,7	

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.
Elaboración propia.

La pobreza es un problema estructural, prueba de ello es que podemos observar que las diferencias entre el campo y la ciudad aún siguen siendo un gran escollo en la tarea del desarrollo. Así, el cuadro N° 2 muestra que si bien la pobreza extrema ha disminuido en la población joven, este descenso se hace más notorio en el área urbana, dado que la tasa se redujo en un 50%: de 5,2% en el 2004 al 2,5% en el 2008; mientras que en el ámbito rural, durante el mismo período, bajó del 32,1% al 24,2%. Ello nos indica que la pobreza extrema se ha reducido significativamente en el área urbana mientras que el área rural aún se encuentra en una situación adversa.

Cuadro N° 3
Perú: población joven en pobreza extrema por zona rural-urbana según grupos de edades, 2008

(En porcentajes)

Edad	Urbano	Rural	Total
15 - 19	47,6	47,2	47,3
20 - 24	27,7	26,9	27,0
25 - 29	24,7	25,9	25,7
Total	100,0	100,0	100,0
Valores absolutos (miles)	140	608	748
%	18,7	81,3	100,0

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.
Elaboración propia.

Cuando observamos la composición de la pobreza extrema para el 2008 en los subgrupos poblacionales vemos que los adolescentes entre 15 y 19 años representan el grupo con mayor incidencia de pobreza extrema con un 47,3%; luego sigue el grupo de jóvenes entre 25 y 29 años con 27,0% y, a medida que la edad se incrementa, disminuye el porcentaje de pobreza extrema. Al respecto podemos afirmar que una de las principales razones para que esto se dé es que los jóvenes van adquiriendo independencia económica.

Se observa además que el 81,3%, de los jóvenes en situación de pobreza extrema vive en hogares de zonas rurales y que estos representan aproximadamente 608 000 mil jóvenes; mientras que en el área urbana se encuentra el 18,7% (140 000 mil). A nivel global encontramos así que alrededor de 748 000 mil jóvenes se encuentran viviendo en situación de pobreza extrema.

Indicador 1.1:

Proporción de la población con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema

Para el caso de los jóvenes con nivel de ingresos inferior a la línea de pobreza extrema, la proporción se ha reducido pasando de 13,4% en el año 2004 a 9,3% en el 2008. Y, en lo que se refiere a la incidencia de la pobreza en los jóvenes a nivel nacional, esta se ha reducido significativamente, logrando pasar de 43,8% en el 2004 a 31,6% en el 2008.

En todos los subgrupos poblacionales, tanto en el ámbito urbano como en el rural, se ha logrado disminuir la incidencia de la pobreza extrema y de la pobreza.

Cuadro N° 4

Perú: porcentaje de la población joven por zona rural-urbana y grupos de edades según ingresos por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema, 2004-2008

Edad	Total	Urbano				Rural			
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total	15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total
2008									
pobreza	31,6	24,2	19,3	19,7	21,2	56,0	51,4	55,0	54,4
pobreza ext.	9,3	3,3	2,1	2,1	2,5	24,6	22,6	25,2	24,2
2004									
pobreza	43,8	38,9	31,2	31,1	34,1	68,6	62,0	64,7	65,6
pobreza ext.	13,4	6,9	4,1	4,1	5,2	34,6	29,0	31,3	32,1

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2004 y 2008.
Elaboración propia.

Pobreza y pobreza extrema en la población joven, según sexo

Para el 2008, el 52,4% de la población joven que se encontraba en situación de pobreza extrema estaba constituido por mujeres, las cuales representaban alrededor de 392 mil; mientras que el 47,6% eran varones, aproximadamente 356 mil. Esta mayor cantidad de mujeres jóvenes en situación de pobreza extrema se da en casi todos los subgrupos poblacionales, salvo en el grupo de 15 a 19 años, en el cual la situación se presenta de manera inversa: 53,3% son varones frente a 41,8%, mujeres.

Cuadro N° 5
Perú: población joven en pobreza extrema por sexo según grupos de edades, 2008

(En porcentajes)

Grupo de edad	Urbano	Rural	Total
15 - 19	53,3	41,8	47,9
20 - 24	24,3	29,5	29,4
25 - 29	22,4	28,6	22,7
Total	100,0	100,0	100,0
Valores absolutos (miles)	356	392	748
%	47,6	52,4	100,0

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.
Elaboración propia.

La disminución del porcentaje de mujeres jóvenes con ingresos por debajo de la línea de pobreza entre los años de 2004 y 2008, ha sido del 13,7% al 9,7%. Para el caso de los varones jóvenes, los ingresos por debajo de la línea de pobreza representaron en el 2004 el 13,4%, y para el 2008 el 9,3%. Si bien es cierto la diferencia no es muy grande entre ambos sexos, existe un mayor porcentaje de mujeres jóvenes cuyos ingresos se encuentran por debajo de la línea de pobreza.

Cuadro N° 6
Perú: porcentaje de la población joven por sexo y grupos de edades según ingresos por debajo de la línea de pobreza y pobreza extrema, 2004-2008

Grupo de Edad	Total	Hombres				Mujeres			
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total	15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total
2008									
Pobreza	31,6	37,8	27,6	28,0	31,8	33,9	28,8	31,1	31,5
Pobreza extrema	9,3	11,9	6,7	7,4	9,0	10,3	8,9	9,7	9,7
2004									
Pobreza	43,8	49,7	41,1	39,6	44,2	48,3	38,7	41,8	43,3
Pobreza extrema	13,4	16,1	11,0	11,2	13,1	16,6	11,3	12,4	13,7

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2004 y 2008.
 Elaboración propia.

Indicador 1.2: Coeficiente de la Brecha de Pobreza

En consonancia con lo que ocurre con el conjunto de la población³⁵, la brecha de pobreza trata de establecer qué tan pobres son los pobres y se expresa como la diferencia promedio (en términos porcentuales) que existe entre el gasto total per cápita de cada una de las personas en condiciones de pobreza, respecto al valor de la línea de pobreza.

Para el caso de la población joven pasa de 13,7% en el 2004 a 8,9% en el 2008³⁶. Pero en las zonas rurales ésta sigue siendo alta pues pasa de 23,8% a 17,8%.

Cuadro N° 7
Perú: brecha de pobreza de la población joven por zona rural-urbana y grupos de edades, 2008-2004

Edad	Total	Urbano				Rural			
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total	15 - 19	20 - 24	25 - 29	Total
2008	8,9	5,8	4,4	4,5	4,9	18,1	16,7	18,5	17,8
2004	13,7	11,2	8,1	8,0	9,2	25,4	21,8	23,5	23,8

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2004 y 2008. Elaboración propia.

³⁵ Entre el 2004 y 2008 la brecha de pobreza en promedio para el conjunto de la población se redujo en 5,1 puntos porcentuales. Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú 2008; p.10

³⁶ Se interpreta como que, en promedio, los gastos de los jóvenes en hogares pobres estaban 8,9% por debajo de la línea de pobreza total.

¿Y dónde están los jóvenes pobres?

Según el Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Perú 2008 "La reducción de la pobreza extrema fue más pronunciada en las áreas urbanas que en las rurales, mostrando las áreas rurales de Sierra y Selva, elevados porcentajes de población en situación de pobreza extrema: 37,4% y 20,7% respectivamente."³⁷

En el caso de los jóvenes se tiene el mismo patrón: los pobres no están en Lima sino en las regiones, especialmente en las áreas rurales y entre los más pobres hay más mujeres que hombres.

Cuadro N° 8
Perú: población por Lima-regiones y sexo según condición de pobreza y jóvenes-adultos, 2008

(En porcentajes)

Indicadores	Total	Lima Metropolitana		Resto Nacional	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Pobre Extremo					
Jóvenes	3,5	0,2	0,3	4,8	5,1
Adultos	6,1	0,3	0,2	8,5	8,9
Pobre No Extremo					
Jóvenes	8,4	5,7	5,6	10,1	9,1
Adultos	12,6	8,8	8,1	14,0	15,0
No Pobre					
Jóvenes	25,7	31,3	30,8	24,2	21,6
Adultos	43,7	53,8	55,0	38,4	39,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Absolutos (miles)	21 340	3 076	3 545	7 259	7 459
%	100,0	14,4	16,6	34,0	35,0

Nota: Son considerados Adultos todos los que tienen más de 30 años.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008. Elaboración propia.

Los indicadores expuestos hasta aquí muestran la pobreza en su perspectiva más inmediata, es decir, económica y material. Sin embargo, sabemos que, desde un enfoque de desarrollo humano integral, la visión de la pobreza cambia: "La pobreza está definida por el no desarrollo de las capacidades básicas de las personas para desempeñarse en la sociedad, y significa una importante restricción a la libertad

37 Resumen Ejecutivo; p.10

que resulta de la carencia de ingresos, de bienes o de diversas discriminaciones, así como del no reconocimiento de derechos³⁸.

Precisamente, el empleo y la educación de los jóvenes son analizados a continuación desde la perspectiva de la generación de oportunidades y el desarrollo de capacidades.

Meta 1B: Lograr empleo pleno y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes

Lograr pleno empleo pareciera una meta inalcanzable pero, en el caso de los jóvenes peruanos, el desafío principal en la actualidad no es sólo lograr el pleno empleo sino mejorar la calidad del empleo al que acceden. El trabajo decente es el aspecto prioritario de la meta establecida por los ODM.

El empleo es una de las principales vías por la que los jóvenes acceden a oportunidades para su desarrollo, es una forma de reafirmar sus aprendizajes básicos y ganar experiencias que trascienden el ámbito laboral; así, el trabajo debe constituirse en un espacio que forme para la vida.

Cuadro N° 9

Perú: población joven por condición de actividad según zona urbana-rural y grupos de edad, 2008

Categoría	Total	Total			Urbano			Rural		
		15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
PET (en miles)	7 781	3 117	2 505	2 159	1 978	1 820	1 565	1 139	685	594
Ocupado	4 820	1 461	1 670	1 690	751	1 161	1 187	709	509	502
Desocupado Abierto	574	257	187	129	210	153	116	47	34	14
Inactivo	2 387	1 399	648	340	1 017	506	262	382	142	78
Tasa de Actividad	67,2	52,6	72,1	82,6	46,3	70,3	81,6	63,7	76,9	85,5
Tasa de Ocupados	92,2	89,0	92,5	94,7	82,1	90,7	93,0	97,8	96,7	98,9
Tasa de Desempleo	7,8	11,0	7,5	5,3	17,9	9,3	7,0	2,2	3,3	1,1

Nota: La categoría desocupado abierto, se refiere a las personas sin empleo, con disponibilidad para trabajar y que están en busca de empleo; la categoría inactivo, incluye a inactivos con deseos de trabajar (desempleo oculto) e inactivos sin deseos de trabajar (inactivos plenos).

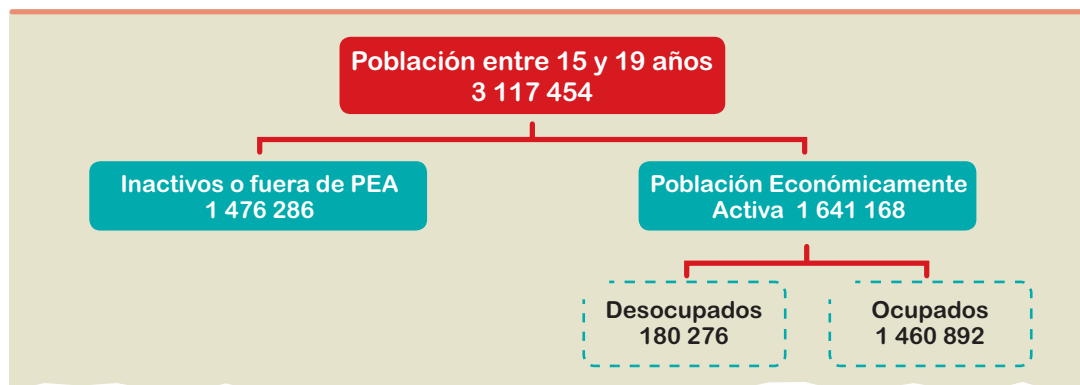
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.

Elaboración propia.

Los jóvenes suelen tener tasas de desempleo que duplican la tasa de la PEA en su conjunto³⁹. Casi podría esperarse que los jóvenes siempre tengan más dificultades para insertarse en el mercado laboral⁴⁰. Pero en el Perú la tasa de desempleo es baja porque los jóvenes no se quedan cruzados de brazos ante la falta de empleos dependientes. Para sobrevivir, los peruanos nos "inventamos" empleos. La necesidad obliga a la población a trabajar en lo que sea, con lo que se impide que el desempleo crezca pero se genera un problema con la calidad de los empleos. Por eso la meta del empleo decente resulta central en estos momentos.

En el caso de los jóvenes peruanos llama la atención la alta tasa de participación, es decir la proporción de jóvenes que están trabajando o buscan activamente hacerlo, especialmente entre los adolescentes (entre los 15 y 19 años)⁴¹.

Gráfico N° 1
Perú: condición de actividad y de ocupación en jóvenes entre 15 y 19 años, 2008



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008.
Elaboración propia.

En un lapso muy corto en el Perú se ha incrementado significativamente la proporción de jóvenes que están trabajando o buscando trabajo. Este crecimiento de la actividad laboral, especialmente de los más jóvenes, parece una tendencia constante y de largo plazo que se explica por factores demográficos⁴² o coyunturales, como el periodo de crecimiento económico que vive el Perú⁴³.

39 No es el caso pues, según el Censo del 2007, la PEA desocupada alcanzaba al 4,5%.
40 Si descontamos a los jóvenes rurales y a los urbanos de 15 a 19 años de edad, los desempleados se reducen a poco más de 200 000 casos.
41 Un millón y medio de jóvenes entre 15 y 19 años de edad están inactivos –podríamos suponer que estudiando la mayoría de ellos-, pero alrededor de otro millón y medio trabajan o buscan hacerlo.
42 Recuérdese que el grupo entre 15 y 19 años de edad es actualmente el más grupo de población más numeroso y forma parte de ese "bono demográfico" que tiene el país.
43 Desde el año 2005 la economía peruana ha venido creciendo a tasas superiores al 6 por ciento anual. El BCR ha estimado la proyección de crecimiento del PBI en 3,3 por ciento para 2009

El creciente nivel de ingreso de los jóvenes a la actividad laboral no representaría un problema si las ocupaciones a las que accediesen fueran formales y, en cierto modo, edificantes desde el plano formativo, bien remuneradas y con ciertas condiciones de seguridad social y laboral. Por lo tanto, hay que insistir en el acceso a empleos de calidad para los jóvenes, que representen no solo niveles de ingreso necesarios para su independencia económica sino que además aseguren la provisión de derechos laborales. Pero lo cierto es que esta evolución resulta preocupante porque se trata de más de cuatro millones y medio de jóvenes entre 15 y 29 años trabajando, de los cuales una alta proporción lo están haciendo en empleos que no ofrecen condiciones plenas de calidad.

Según la ENAHO del 2008, las ocupaciones más frecuentes para jóvenes entre 25 y 29 años de edad en el Perú urbano eran: choferes, cobradores de 'combi', comerciantes (vendedores al por menor), personal doméstico, limpiadores de oficinas, peones agrícolas, peones de construcción y muchos otros servicios diversos. Como se podrá imaginar, muchas de estas ocupaciones no requieren mayor calificación y tampoco contribuyen a la formación laboral de los jóvenes.

El cuadro N° 10, muestra las 15 ocupaciones más frecuentes del 47,0% de los jóvenes entre 25 y 29 años que trabajan en el área urbana.

Cuadro N° 10
Perú. Ocupaciones más frecuentes de jóvenes entre 25 y 29 años de edad en el área urbana, 2008

Ocupación	Total
Conductores de vehiculos de motor	85 864
Comerciantes vendedores al por menor (no ambulatorio)	80 247
Personal de servicios no clasificados bajo otros epigrafs	56 890
Personal doméstico	51 831
Limpiadores de oficinas, hoteles y otros establecimientos	41 435
Empleados de servicios administrativos	32 210
Peones de labranza y peones agropecuarios	31 400
Vendedores de kioscos y puestos de mercado (no ambulantes)	26 667
Peones de la construcción de edificios	26 520
Cocineros calificados	23 339
Inspectores de obras, prevencion e investigacion de incendio	22 285
Técnicos en administración	21 244
Vendedores ambulantes de productos de tocador e higiene del hogar	20 604
Auxiliares en administracion, contabilidad, derecho	19 586
Barmanes y trabajadores asimilados	18 668

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008
 Elaboración propia.

A nivel nacional y distinguiendo entre varones y mujeres, los jóvenes entre 25 y 29 años de edad tienen las siguientes ocupaciones de modo más frecuente:

Cuadro N° 11
Perú. Ocupaciones más frecuentes de jóvenes varones entre 25 y 29 años de edad, 2008

Ocupación	Total	Lima Metropolitana	Resto Nacional
Peones de labranza y peones agropecuarios	102 341	1 425	100 916
Explotadores agrícolas, polivalentes o mixtos	101 238	0	101 238
Conductores de vehículos de motor	96 090	35 952	60 138
Peones de la construcción de edificios	36 418	11 123	25 295
Personal de servicios no clasificados bajo otros epígrafes	32 837	13 311	19 526
Empleados de servicios administrativos	20 010	14 377	5 633
Comerciantes vendedores al por menor (no ambulatorio)	18 766	4 236	14 530
Limpiadores de oficinas, hoteles y otros establecimientos	17 641	11 090	6 551
Mecánicos de vehículos de motor	17 233	7 272	9 961
Inspectores de obras, prevención e investigación de incendio	15 217	7 757	7 460
Porteros, guardianes y afines	14 573	4 999	9 574
Peones de carga	14 039	4 829	9 210
Empleados de aprovisionamiento y almacenaje	13 310	7 806	5 504
Técnicos en administración	12 767	6 840	5 927
Cobradores y vendedores de los servicios de transporte y afines	12 086	8 085	4 001

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008
 Elaboración propia.

Cuadro N° 12
Perú. Ocupaciones más frecuentes de jóvenes mujeres entre 25 y 29 años de edad, 2008

Ocupación	Total	Lima Metropolitana	Resto Nacional
Peonas de labranza y peonas agropecuarias	134 549	378	134 171
Comerciantes vendedoras al por menor (no ambulatorio)	87 573	22 863	64 710
Personal doméstico	54 173	36 563	17 610
Personal de servicios no clasificados bajo otros epígrafes	29 945	15 071	14 874
Limpiadoras de oficinas, hoteles y otros establecimientos	28 016	8 569	19 447
Vendedoras ambulantes de productos de tocador e higiene del hogar	21 378	3 607	17 771
Cocineras calificadas	20 966	6 442	14 524
Vendedoras de kioscos y puestos de mercado (no ambulantes)	16 704	5 924	10 780
Cajeras, pagadoras, cobradoras de ventanilla	16 493	12 258	4 235
Peleteras, cocedoras, bordadoras y trabajadoras asimiladas	16 359	12 595	3 764
Vendedoras ambulantes de productos comestibles	13 850	1 472	12 378
Auxiliares en administración, contabilidad, derecho	13 627	11 037	2 590
Empleadas de servicios administrativos	13 170	9 006	4 164
Otras profesionales de la enseñanza	12 508	4 314	8 194
Profesoras y/o maestras de primaria	12 198	5 294	6 904

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2008
 Elaboración propia.

Meta 1C: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

Con relación al consumo de calorías en el Perú tenemos que se ha mantenido, a lo largo de los años, la población que no logra consumirlas en número necesario. Entre los años 2001 y 2004 el porcentaje de la población que sufre de esta carencia pasó de 33.3% a 33.9%. Este déficit calórico varía significativamente según las regiones. Mientras que en Ica el déficit calórico afecta al 20% de la población, en Huancavelica afecta al 63.5%.

En lo que respecta a las áreas rural y urbana, tenemos que la insuficiencia calórica creció en Lima Metropolitana y en el resto de las áreas urbanas. Sin embargo, se ha reducido en la zona rural, en la sierra y en la selva, donde tradicionalmente ha sido más elevada. No obstante esta reducción, aún se mantiene la brecha significativa entre las regiones⁴⁴.

Por otro lado, la anemia también es un problema nutricional de alta prevalencia en el Perú. La anemia nutricional es un estado que se genera debido a la carencia de nutrientes esenciales: hierro, vitamina B12 y folato⁴⁵. La carencia de hierro es la causa más importante de anemia nutricional. La anemia debilita el sistema inmunológico y disminuye la capacidad física y mental de las personas. Los bajos ingresos han obligado a muchas familias a dejar de consumir alimentos que aportan nutricionalmente⁴⁶.

En las mujeres embarazadas la anemia es una de las causas más importantes de la mortalidad materna, ya que aumenta el riesgo de hemorragia y sepsis durante el parto. A nivel nacional, 4 de cada 10 mujeres entre los 15 y 49 años sufren de anemia.

En el caso de los adolescentes tenemos que, según el informe de Monitoreo Nacional de Indicadores Nacionales del Instituto Nacional de Salud del año 2004, la prevalencia de anemia fue de 32,6%.

Fueron ocho los departamentos que presentaron prevalencias por encima del valor nacional. Las mayores prevalencias de anemia se hallaron en los departamentos de Pasco y Puno con porcentajes del 51.3% y 49.2% respectivamente. Los departamentos que obtuvieron las menores prevalencias fueron Lambayeque con 17,87% y San Martín con 15,16%.

⁴⁴ Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Ob.cit.

⁴⁵ Folato es una forma de vitamina B que tiene la característica de ser soluble en agua. Es un elemento que debe estar presente en el cuerpo de todas las personas, debido a que produce una gran cantidad de beneficios en el organismo.

⁴⁶ Informe de Monitoreo Nacional de Indicadores Nacionales del Instituto Nacional de Salud del año 2004.

Los resultados según áreas de residencia muestran que las prevalencias nacionales son más altas en los adolescentes rurales que en los urbanos, hallándose en el área rural un 36,05% de adolescentes con anemia frente a 28,43% del área urbana.

Cuadro N° 13
Perú: Prevalencia de anemia en adolescentes según área de residencia por departamentos, 2004

Departamento	Urbano %	Rural %
Amazonas	25	26
Áncash	23	38
Apurímac	21	42
Arequipa	23	36
Ayacucho	15	24
Cajamarca	28	35
Cusco	27	36
Huancavelica	25	35
Huánuco	33	50
Ica	22	27
Junín	32	46
La Libertad	19	29
Lambayeque	15	19
Lima	32	40
Loreto	32	27
Madre de Dios	21	21
Moquegua	29	41
Pasco	55	48
Piura	18	30
Puno	47	51
San Martín	14	16
Tacna	23	35
Tumbes	17	21
Ucayalí	36	48
Total	28	36

Fuente: INS-CENAN-MONIN 2004

Las diferencias más acentuadas entre el área rural y urbana las encontramos en los departamentos de Apurímac (21% urbano frente al 42% rural), Ayacucho (15% frente al 24%), Huánuco (33% frente al 50%). Llama la atención que en el caso de los departamentos de Loreto y Pasco la prevalencia de anemia es mayor en la zona urbana que en la zona rural (32% urbano frente al 27% rural en Loreto y 55% urbano frente al 48% rural en Pasco). Esta situación puede deberse a los altos índices de pobreza que también existe en las zonas urbanas de estos departamentos.

Por otro lado, la obesidad y el exceso de peso en adolescentes están experimentando un incremento progresivo en su prevalencia en nuestro país. El sobrepeso representa un factor de riesgo de varias afecciones crónicas en la etapa adulta, como las enfermedades crónicas degenerativas, siendo estas de gran perjuicio para la salud.

Además, hay que tomar en cuenta que en la etapa adolescente la aceptación de la imagen corporal es un elemento sumamente importante para lograr aceptación social, un nivel óptimo de autoestima y un desarrollo mental saludable. Muchos adolescentes se sienten disconformes con su peso, dado que su imagen no concuerda con los estereotipos de belleza que propaga nuestra sociedad. Es necesario que estos adolescentes reciban una adecuada orientación a nivel psicológico y nutricional.

Cuadro N° 14
Perú: Prevalencia de déficit de peso, normalidad y sobrepeso en adolescentes según sexo por departamento, 2004

Departamento	Peso con déficit (%)			Peso Normal (%)			Sobrepeso (%)		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Amazonas	4	7	2	89	87	90	7	7	8
Áncash	4	7	1	87	87	87	9	6	12
Apurímac	3	4	2	90	92	89	7	5	9
Arequipa	4	5	3	84	84	85	12	11	12
Ayacucho	3	6	1	92	92	91	5	2	8
Cajamarca	3	3	3	89	90	87	8	7	10
Cusco	3	4	3	92	92	92	5	4	5
Huancavelica	4	4	3	92	92	93	4	3	4
Huánuco	4	4	3	88	88	89	8	7	8





Departamento	Peso con déficit (%)			Peso Normal (%)			Sobrepeso (%)		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Ica	2	2	2	84	86	82	14	13	16
Junín	5	7	4	89	87	91	6	6	5
La Libertad	3	3	2	84	82	86	13	15	12
Lambayeque	6	8	4	81	81	82	13	11	14
Lima	3	3	3	80	79	81	17	18	16
Loreto	5	7	3	89	88	90	6	5	7
Madre de Dios	2	3	1	81	84	78	14	13	21
Moquegua	2	3	1	84	83	84	14	14	15
Pasco	6	7	5	85	85	85	9	8	10
Piura	8	11	5	80	77	84	12	12	11
Puno	3	5	2	87	87	87	10	8	11
San Martín	5	6	3	90	88	91	5	5	6
Tacna	1	0,4	1	81	81	81	18	19	18
Tumbes	5	7	4	84	83	85	11	11	11
Ucayali	2	2	2	90	93	86	8	6	12
Total	4	5	3	85	85	86	11	11	11

Fuente: INS-CENAN-MONIN 2004

Según el Informe de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales del Instituto Nacional de Salud del año 2004, a nivel nacional se halló que el 1,97% de adolescentes presentaron un déficit de peso en relación a su talla según su índice de masa corporal, siendo Lambayeque (6,11%) y Piura (8,03%) los que presentan las mayores prevalencias. La deficiencia de peso afecta mayormente a los varones que a las mujeres (5% frente al 3%) por otro lado, el 11,2% de los adolescentes a nivel nacional presentaron sobrepeso, preferentemente los adolescentes de área urbana; observándose las mayores prevalencias en los departamentos de Lima (17,24%) y Tacna (18,34%). Como podemos ver hay una diferencia de 6 puntos porcentuales en relación al nivel nacional.

El Estado peruano ha implementado algunos programas de asistencia alimentaria que buscan responder a las necesidades alimenticias de las familias más pobres. El Informe de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales MONIN I-II 2008, señala que, a nivel nacional, el 73% de los hogares pobres tienen por lo menos un miembro beneficiario del Programa de Asistencia alimentaria, PAA. Este mismo informe señala que una mayor proporción de los hogares pobres están siendo atendidos con ayuda alimentaria en la Sierra del país. Así, en la zona rural, nueve de cada diez hogares pobres son considerados beneficiarios de algún programa. Sin embargo, se ha podido identificar que en las zonas de Sierra Rural y Selva, existe una buena proporción de hogares considerados como No pobres que son beneficiarios de estos programas.

JUNTOS es otro programa social del Estado que está dirigido a la población de mayor vulnerabilidad en situación de extrema pobreza. El programa tiene como objetivo promover el ejercicio de sus derechos fundamentales a través de la articulación de la oferta de servicios en nutrición, salud, educación e identidad. Para lograr este objetivo, JUNTOS entrega un incentivo monetario condicionado de 100,0 Nuevos Soles de libre uso para la/el representante (madre, padre) de cada hogar participante. Aproximadamente la tercera parte de los hogares pobres encuestados del dominio de Sierra rural del país estaría recibiendo ayuda económica.

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 2A: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Dado que la meta correspondiente al ODM 2 comprende a niños y niñas, bajo el enfoque de evaluar el avance de los Objetivos del Milenio desde el impacto de estos en la juventud peruana, no se incluirá en la revisión del ODM 2 al indicador 2.1: "Tasa neta de matrícula en la escuela primaria". Sin embargo, los indicadores 2.2: "Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la escuela primaria" y 2.3: "Tasa de alfabetización de mujeres y hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años" son desarrollados desde su implicancia en la población joven, que es objeto del presente documento.

Indicador 2.2:

Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la escuela primaria

Para la evaluación de este indicador se considerará el último nivel de estudios aprobado por la población cuya edad se encuentre entre los 15 y 29 años, enfatizando las cifras que correspondan a la cantidad de jóvenes que han logrado culminar la educación primaria y que permitan establecer el comportamiento de este indicador en la población joven.

El cuadro que se muestra a continuación presenta el máximo nivel educativo alcanzado por los y las jóvenes de 17 a 29 años. No se están incorporando a los jóvenes de 15 y 16 años debido a que aún están cursando el nivel secundario y por lo tanto incrementarían el porcentaje de jóvenes con secundaria incompleta.

Cuadro N° 15

Perú: Nivel educativo alcanzado de la población de 17 a 29 años por sexo y área, 2004 y 2008

Nivel educativo	Total En Porcentajes	Sexo		Área	
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural
2008					
Sin inicial	1,1	0,6	1,5	0,5	2,5
Educación Inicial	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Primaria incompleta	6,7	5,3	8,1	3,1	15,5
Primaria completa	7,3	6,7	8,0	3,4	16,9
Secundaria incompleta	17,2	18,7	15,8	14,5	23,9
Secundaria completa	36,8	38,4	35,3	39,8	29,6
Superior no universitario	15,6	15,3	16,0	18,7	8,2
Superior universitario	14,9	14,8	15,0	19,7	3,3
Postgrado	0,3	0,2	0,3	0,4	0,0
2004					
Sin inicial	1,3	0,7	1,9	0,5	3,3
Educación Inicial	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Primaria incompleta	7,9	6,0	9,8	3,3	19,0

Nivel educativo	Total En Porcentajes	Sexo		Área	
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Primaria completa	9,0	8,4	9,8	4,4	20,1
Secundaria incompleta	19,7	21,8	17,6	17,0	26,3
Secundaria completa	35,1	36,6	33,5	40,8	21,3
Superior no universitario	14,4	13,8	14,9	17,5	6,9
Superior universitario	12,4	12,5	12,3	16,2	3,1
Postgrado	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2004 y 2008
Elaboración propia.

Considerando la naturaleza del indicador y en concordancia con el enfoque relacionado a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y su impacto en los jóvenes, se puede apreciar en el cuadro anterior que en el caso del nivel educativo alcanzado y, en particular, de la primaria completa, para el 2004 se registró que el 9,2% de jóvenes entre 17 y 29 años no alcanzó este nivel educativo, cifra que descendió el 2008 al 7,8%; esto indicaría que durante el periodo 2004 – 2008 hay un incremento de jóvenes que obtienen la primaria completa como nivel educativo alcanzado.

Respecto a las áreas urbana y rural, el porcentaje de jóvenes que no alcanzó el nivel primario se ha reducido, pasando del 22,3 % en el 2004 al 18,1% en el 2008 en el área rural, mientras que en el área urbana no se ha registrado variación alguna (3,8%).

Indicador 2.3:

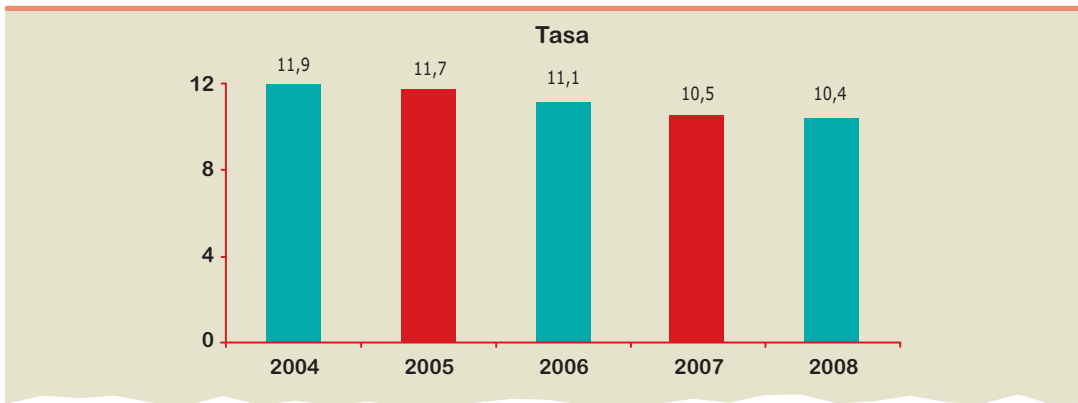
Tasa de alfabetización de mujeres y hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años

Dentro de los objetivos prioritarios que se trazó el Gobierno en materia educativa, se fijó como meta erradicar el analfabetismo al 2011. Por ello es que el año 2006 se creó el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (PRONAMA), como "responsable de desarrollar las acciones conducentes a erradicar el analfabetismo en el país, constituyéndose como Unidad Ejecutora del Ministerio de Educación"⁴⁷.

En el siguiente cuadro se muestra la evolución de la tasa de analfabetismo desde el 2004 hasta el 2008 en la población cuya edad es de 15 años a más.

47 Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización - PRONAMA <http://alfa.minedu.gob.pe/>

Gráfico N° 2
Tasa de Analfabetismo a nivel nacional, 2004 - 2008



Fuente: Indicadores Básicos 2004-2008 MIMDES
Elaboración propia.

Como se puede apreciar, la tasa de analfabetismo de las personas mayores de 15 años a nivel nacional ha venido reduciéndose año tras año. Sin embargo, es preciso recalcar que la erradicación del analfabetismo implica que la tasa sea menor al 4%, por lo que se tendrán que redoblar los esfuerzos para lograr la meta propuesta. Cabe sí precisar que, a nivel regional, la tasa de analfabetismo viene alcanzando efectivamente cifras menores al 4%. En el siguiente cuadro se detallan las regiones en las cuales el analfabetismo se considera erradicado:

Cuadro N° 16
Regiones con tasa de analfabetismo menor al 4%

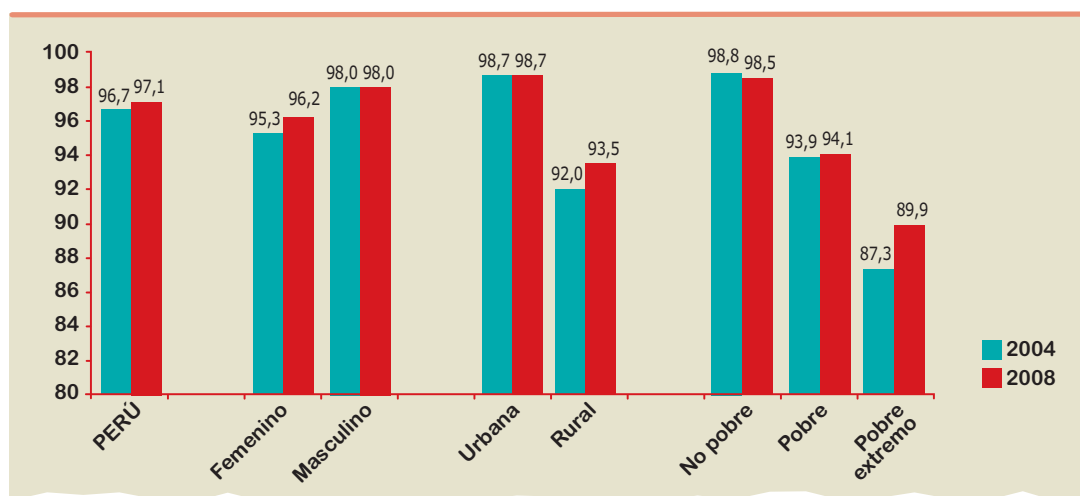
Región	Tasa de analfabetismo
Callao	1,6
Ica	2,8
Lima	2,1
Lima Metropolitana	1,8
Tacna	3,7
Tumbes	3,4

Fuente: INEI – Censo de Población y Vivienda 2007
Elaboración propia.

La situación del indicador por área (urbana y rural) para la población de 15 a 29 años también es descrita por la ENAHO. En el Gráfico N°3 se aprecia que la tasa de alfabetismo en el área urbana en el 2008 se mantiene respecto al 2004 (98,7%) mientras que en el área rural la tasa de alfabetización alcanza el 93,5% (1,5% más que en el 2004).

Finalmente, con relación al nivel de pobreza de la población joven (no pobre, pobre y pobre extremo), la tasa de alfabetización ha variado del 2004 al 2008. En el segmento que comprende a los considerados "no pobres", el porcentaje de alfabetización se ha reducido en un 0,3%. En la población joven en situación de pobreza y pobreza extrema se ha incrementado en un 0,2% y 2,6% respectivamente.

Gráfico N° 3
Perú: Tasa de alfabetismo para la población de 15 a 29 años, 2004 y 2008



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2004 y 2008.
Elaboración propia.

Asimismo, según el Censo de Población y Vivienda 2007, del total de la población cuya edad se encuentra entre los 15 y 29 años, el 1,9% no sabe leer y escribir. En el Cuadro N° 16 se aprecia que en muchas regiones la tasa de analfabetismo de la población joven es inferior al 4,0%, lo que permitiría afirmar que se ha erradicado el analfabetismo en ese segmento de la población.

Cuadro N° 17
Población censada de 15 a 29 años de edad, según condición de Analfabetismo y Departamento CPV 2007

Departamento	Total 15 a 29 años
Total	1,9
Amazonas	4,5
Áncash	3,4
Apurímac	3,5
Arequipa	0,6
Ayacucho	2,7
Cajamarca	5,5
Callao	0,5
Cusco	2,9
Huancavelica	3,4
Huánuco	6,2
Ica	0,7
Junín	1,6
La Libertad	3,1
Lambayeque	1,9
Lima	0,5
Loreto	2,5
Madre de Dios	0,8
Moquegua	0,5
Pasco	1,7
Piura	2,9
Puno	1,0
San Martín	2,8
Tacna	0,5
Tumbes	1,1
Ucayali	2,3
Lima Metropolitana	0,5
Lima Provincias	1,0

Fuente: INEI – Censo de Población y Vivienda 2007
 Elaboración propia.

Se observa además que en las regiones de Amazonas, Cajamarca y Huánuco, las tasas de analfabetismo aún se mantienen por encima del 4,0% en los jóvenes, mientras que las tasas más bajas se encuentran en Arequipa, Ica, Lima, Madre de Dios, Moquegua y Lima Metropolitana.

ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

Meta 3: Eliminar la desigualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del 2015

Si bien la meta correspondiente al ODM 3 comprende también eliminar la desigualdad de género en la educación primaria, el avance en el cumplimiento de esta meta será evaluado en lo que respecta a la juventud peruana en su relación de género.

Esta misma consideración se toma en cuenta para al indicador 3.1: Relación entre niños y niñas en la enseñanza primaria, secundaria y superior, la cual será desarrollada desde su implicancia respecto a la población joven, que es el objeto de estudio del presente documento.

Indicador 3.1:

Relación entre niños y niñas en la enseñanza primaria, secundaria y superior

1. Asistencia Escolar

En el Censo 2007 se cuenta a nivel nacional que el 38,3% de varones y 36,4% de mujeres asiste a un centro de enseñanza (colegio, instituto o universidad). Si observamos esta información por lugar de residencia⁴⁸, tenemos que el 41% de la población joven urbana asiste a un centro de enseñanza, mientras que en la zona rural la asistencia es del 24,3%.

⁴⁸ Según Censo 2007, asistencia a un centro de enseñanza según la zona de residencia y rangos de edad joven.

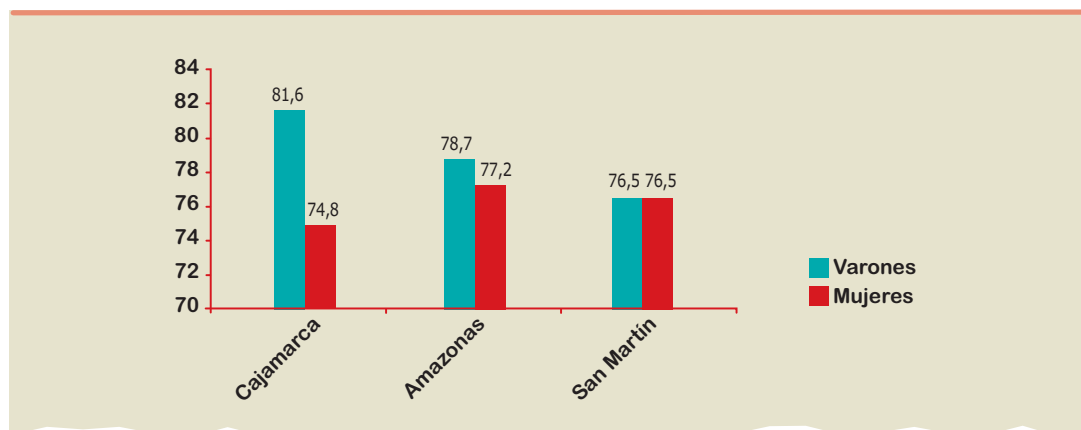
Cuadro N° 18
Asistencia a algún centro de enseñanza (colegio, instituto o universidad) según edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer
De 15 a 19 años	904 822	869 886
De 20 a 24 años	372 573	362 586
De 25 a 29 años	160 937	150 758
Total Sí asisten	1 438 332	1 383 230
Porcentajes (%)	38,3	36,4

Fuente: INEI – Censo de Población y Vivienda 2007
 Elaboración propia.

Entre los departamentos con menores porcentajes de asistencia escolar se aprecia una brecha entre varones y mujeres, sobre todo en la región Cajamarca. En San Martín los porcentajes entre varones y mujeres son iguales.

Gráfico N° 4
Perú: Porcentaje de asistencia escolar por departamentos y sexo, 2007



Fuente: INEI – Censo de Población y Vivienda 2007
 Elaboración propia.

Por otro lado, según la ENAHO 2008, entre las razones de deserción por las que los adolescentes y jóvenes no asisten a algún centro de enseñanza regular, la más frecuente entre los adolescentes de 15 a 19 años hace referencia a problemas económicos. Si a esta razón le unimos la que se refiere a que tienen que trabajar, tenemos que ambas suman el 41,4%. A pesar de la similitud de los datos porcentuales, la diferencia entre hombres y mujeres es del 0,4%, presentándose en las mujeres adolescentes los mayores porcentajes de deserción.

Cuadro N° 19
Razones de deserción en población joven entre 15 y 19 años por sexo, 2008

Sexo	¿Cuál es la principal razón por la que no asiste a algún centro de enseñanza regular?												Total	Valor absoluto
	Problemas económicos	Superiores/Asiste a academia pre-universitaria	Estoy trabajando	No me interesa/ No me gusta el estudio	Problemas familiares	Se dedica a los quehaceres del hogar	Por enfermedad o accidente	Cumple servicio militar	Sacaba bajas notas (desaprobó)	No existe centro de enseñanza en el centro poblado	Lo que se enseña no sirve	Otra razón		
Hombre	28,6	17,4	15,1	9,9	3,4	0,5	2,4	1,9	1,1	0,6	0,2	18,9	100,0	152 091
Mujer	29,3	15,6	9,8	5,9	9,1	7,4	2,4	0,0	0,6	0,4	0,1	19,3	100,0	155 119
TOTAL	29,0	16,5	12,4	7,9	6,3	3,9	2,4	1,0	0,9	0,5	0,1	19,1	100,0	307 210

Fuente: INEI –Encuesta Nacional de Hogares 2008
Elaboración propia

2. Secundaria

En el siguiente cuadro se puede observar que la cobertura en el nivel secundaria entre la población adolescente femenina, de 12 a 16 años, ha aumentado del 68,2% al 74,1% entre el 2004 y el 2007. Según el área de residencia, la cobertura de la educación secundaria femenina en el área urbana y rural ha aumentado en un 2,6% y 10,7% respectivamente.

⁴⁹ Número de matriculados en un cierto nivel educativo que se encuentran en el grupo de edades establecido para dicho nivel, expresado como porcentaje de la población total de dicho grupo de edades.

Cuadro N° 20
Tasa de cobertura en educación secundaria según año, por sexo y área de residencia, 2004-2007

Porcentaje de la población de edades 12-16 años

Categoría	2004	2005	2006	2007
Total	69,5	70,8	72,6	74,6
Sexo				
Femenino	68,2	69,2	71,9	74,1
Masculino	70,2	70,7	73,3	75,0
Área y sexo				
Urbana	79,4	80,4	83,4	82,0
Femenino	78,8	81,4	84,4	81,4
Masculino	80,0	79,4	82,4	82,6
Rural	54,3	56,8	56,4	63,5
Femenino	52,6	54,1	52,8	63,3
Masculino	55,9	59,4	59,9	63,6

Fuente: MED, ESCALE 2009

La brecha entre varones y mujeres también ha venido acortándose. Mientras que en el año 2004 la cobertura entre varones y mujeres era del 70,2% y 68,2% respectivamente, para el 2007 la cobertura en varones es del 75,0% y en mujeres es del 74,1%.

Entre los años 2004 y 2007, se ha incrementado también la tasa de conclusión⁵⁰ de la educación secundaria de los jóvenes con edades entre los 17 y 19 años. En el caso de las mujeres en el año 2004 el 53,3% de las matriculadas concluían, este porcentaje se eleva al 61,5% en el año 2007.

Si comparamos la tasa de conclusión entre varones y mujeres encontramos que los porcentajes en las mujeres son mayores que en los varones: 61,5% y 59,0% respectivamente.

⁵⁰ Proporción de la población de un grupo de edades que ha completado un nivel educativo determinado respecto a la población total de ese grupo de edades.

Según el área de residencia, las diferencias porcentuales entre la zona urbana y rural son más distantes. Mientras que el 74,4% de las mujeres culmina sus estudios en el área urbana, el 33,0% lo hace en el área rural. Esta diferencia es un reflejo de la gran disparidad que existe en cuanto a oportunidades de estudio y desarrollo entre lo urbano y lo rural.

Cuadro N° 21
Tasa de conclusión de secundaria en el grupo de edad 17-19 años, según área de residencia. Perú 2004-2007

Categoría	2004	2005	2006	2007
Total	51,5	53,8	56,0	60,3
Sexo				
Femenino	53,3	54,8	57,3	61,5
Masculino	49,8	53,0	54,8	59,0
Área y sexo				
Urbana	65,1	66,8	68,5	72,0
Femenino	67,5	67,5	70,1	74,4
Masculino	62,7	66,2	66,9	69,6
Rural	23,5	30,3	32,6	36,0
Femenino	20,8	28,9	30,0	33,0
Masculino	25,7	31,3	34,8	38,8

Fuente: MED, ESCALE 2009

3. Superior

En cuanto a la educación superior vamos a tomar en consideración la no universitaria y la universitaria.

Según la Encuesta Nacional de Hogares, el porcentaje total de nivel educativo superior alcanzado entre el año 2004 y 2008 ha aumentado de 26,8% a 35% respectivamente, lo cual muestra un avance significativo en lo que se refiere al nivel educativo superior alcanzado por los jóvenes.

En lo que respecta a la educación superior universitaria y no universitaria, las mujeres jóvenes de 17 a 29 años de edad, alcanzaban el 15,0% y 16,0% respectivamente. Mientras que los valores porcentuales en los varones llegaron al 14,8% y 15,3%.

Finalmente, de acuerdo al área de residencia, las distancias porcentuales tienden a ser mayores, en el área urbana el 19,7% de jóvenes alcanza la educación superior universitaria como último nivel educativo, mientras que en el área rural solo lo hace el 3,3%.

Cuadro N° 22
Nivel educativo alcanzado de la población de 17 a 29 años por sexo y área, 2004 y 2008⁵¹

Nivel Educativo	Total	Sexo		Área	
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural
2008					
Superior no universitario	15,6	15,3	16,0	18,7	8,2
Superior universitario	14,9	14,8	15,0	19,7	3,3
Postgrado	0,3	0,2	0,3	0,4	0,0
2004					
Superior no universitario	14,4	13,8	14,9	17,5	6,9
Superior universitario	12,4	12,5	12,3	16,2	3,1
Postgrado	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares 2004 y 2008
 Elaboración propia.

Indicador 3.3: Proporción de escaños ocupados por mujeres en el Parlamento

Uno de los factores que ha influido en la participación política de las mujeres ha sido el proceso de consolidación de la democracia, que viene permitiendo dar respuesta a las aspiraciones de todos los actores sociales. Sin embargo, es necesario fortalecer aún más los mecanismos formales de la democracia, los partidos políticos, los poderes legislativo

⁵¹ Se ha considerado de 17 a 29 años, porque si se toma en cuenta de 15 a 29 años, el porcentaje de secundaria incompleta aumentaría; pero no porque no se alcance el nivel educativo esperado, sino porque los jóvenes de 15 y 16 años aún están en el colegio.

y judicial y otras formas de organización que se vienen generando producto de esta apertura significativa hacia la participación de la mujer como candidata y electora.

Es así que según muestra el siguiente cuadro, la participación de las mujeres en las últimas elecciones de representantes del 2006 se ha incrementado en 4.05% con relación al ejercicio de su derecho al voto respecto a las elecciones del año 2002. Estos datos también mejoraron respecto a la participación de los varones en el proceso electoral regional y municipal.

Cuadro N° 23
Porcentaje de ciudadanos que sufragaron según sexo, 2002 y 2006

Sexo de personas que sufragaron	Año 2002	Año 2006
Mujeres que sufragaron	84,7%	88,7%
Varones que sufragaron	83,5%	86,6%

Fuente: Boletín estadístico del JNE 2006

1. Mujeres como representantes en el Congreso

De los 120 congresistas elegidos democráticamente para el periodo 2006-2011, 35 son mujeres⁵², de las cuales solo una pertenecía al rango de edad joven entre 25 y 29 años de edad⁵³. En el mismo 2006, la Presidencia, así como la segunda y tercera Vicepresidencias del Congreso de la República fueron ejercidas por mujeres, las mismas que han constituido la Mesa de mujeres parlamentarias como espacio de intercambio y concertación⁵⁴. Sin embargo, se debe mencionar que la proyección futura se orienta a la elección de representantes jóvenes.

2. Mujeres como representantes en los Gobiernos Regionales

En el caso de las elecciones para los Gobiernos Regionales, de un total de 278 cargos electos (100%) fueron elegidos 26 representantes cuyas edades pertenecían al rango de edad joven hasta las 29 años (9,4%). Con relación a los cargos de las autoridades jóvenes electas, estos corresponden a un Vicepresidente y 25 Consejeros Regionales.

52 Página Web de la ONPE 05/09/2006.

53 Ibid.

54 MINDES. *Situación de la mujer rural*.

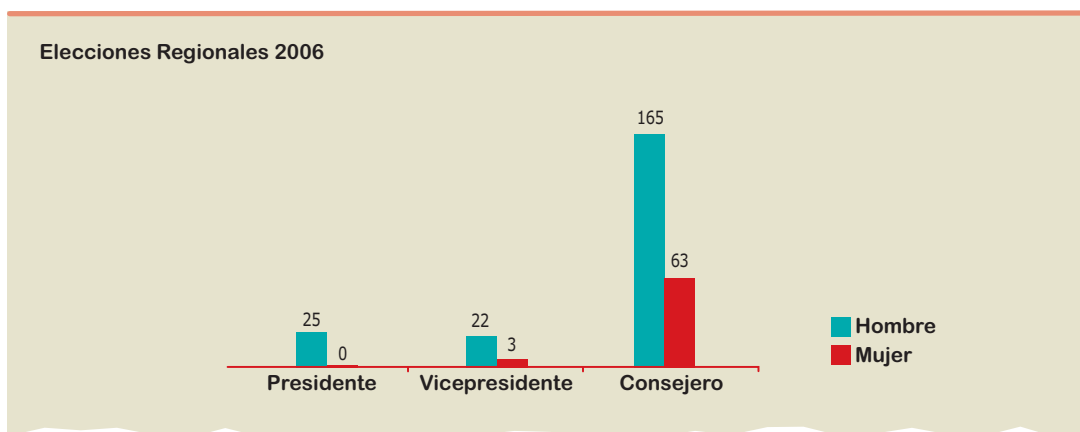
Cuadro N° 24
Perú: Autoridades regionales elegidas según cargo por edad, 2006

Edad	Total	Presidente	Vicepresidente	Consejeros/as
Total	278	25	25	228
Hasta 29	26	0	1	25
30-39	54	1	2	51
40-49	89	5	12	72
50-59	77	11	6	60
60-69	28	6	4	18
70 a más	4	2	0	2

Fuente: Boletín estadístico del JNE 2006

En lo respecta a las autoridades electas según el sexo, el gráfico muestra que se eligieron 66 mujeres representantes, de las cuales tres lo fueron para el cargo de Vicepresidenta y 63 para Consejeras Regionales.

Gráfico N° 5
Autoridades electas según cargo y sexo



Fuente: JNE - Elaboración de la Oficina de Estadística e Información Electoral

3. Mujeres como representantes en los Gobiernos Locales

Según la información del JNE, entre los Alcaldes provinciales han resultado electos tres alcaldes jóvenes menores de 29 años de edad (1,5%). En cuanto a los regidores jóvenes, fueron elegidos 200 regidores de menos de 29 años (11,6%).

Con relación a las autoridades distritales, se cuentan con 28 (1,7%) alcaldes jóvenes elegidos y 1 389 regidores que representan el 16,3%⁵⁵.

En lo que respecta a las elecciones según sexo, del total de 195 provincias en el país, en cuatro de ellas se eligió Alcaldesas. Mientras que a nivel distrital fueron elegidas 46 Alcaldesas de un total de 1 615 Alcaldes⁵⁶.

Finalmente, la presencia de la mujer joven en la estructura de los cargos políticos se va enrumbando hacia una línea positiva de mayor apertura participativa.

Indicador 3.4: Violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas es, sin lugar a dudas, la expresión más cruda del ejercicio de poder del fuerte sobre el débil⁵⁷.

Se trata de un fenómeno social que tiene muchas causas, que van desde lo cultural, económico y educativo hasta la historia de violencia familiar, etc.

Se entiende por violencia contra la mujer "cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". Además, "se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica"⁵⁸.

1. Violencia Física

Según la ENDES 2004/2006, el 41% de las mujeres alguna vez unidas reportaron haber sufrido algún tipo de violencia: habían sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero alguna vez durante la relación con la pareja.

55 Boletín estadístico JNE
56 Ibid.
57 INEI: CENSO Nacional de Población 2007.
58 Plan Nacional de violencia contra la mujer 2009-2015.



Las mujeres más jóvenes fueron las que registraron mayor ocurrencia de haber sufrido violencia física reciente, 21% entre las de 15 a 24 años contra 9% en las mujeres de 45 a 49 años. El 14 % de las mujeres entrevistadas sufrieron algún tipo de violencia física durante los 12 meses anteriores a la encuesta.

La violencia física por parte del esposo o compañero en los 12 meses anteriores a la encuesta fue variable según departamento, resultando más común en Junín, Apurímac, Cusco, Madre de Dios, y Ucayali, con porcentajes que oscilaron entre 22% y 24%⁵⁹.

El 10% de las entrevistadas habían sido objeto de empujones y sacudidas, mientras que el 8% fueron abofeteadas o les retorcieron el brazo. De estas últimas, quienes sufrieron en mayor proporción este tipo de violencia fueron las jóvenes de 20 a 24 años (14%).

Durante los últimos 12 meses, el 7% de las mujeres manifestó haber sido golpeada por sus cónyuges con puño o algo que pudo dañarla. Las que declararon una mayor situación de violencia de este tipo fueron aquellas entre 15 y 19 años que corresponden al 11%, las que residen en la Selva el 10% y las que tienen educación primaria 8%⁶⁰.

Por otro lado, tomando como fuente los reportes del Centro de Emergencia Mujer (CEM)⁶¹, el 71% de las mujeres jóvenes y adultas (18 a 59 años) son víctimas de violencia psicológica y/o física y fueron agredidas por su pareja, sean esposos o convivientes. De las 45 144 denuncias que recibió en el 2008, el 15% correspondía a jóvenes entre los 18 y 25 años y el 14% a adolescentes entre los 12 y 17 años.

El problema de violencia contra la mujer no puede entenderse sin abordar las concepciones de género que subyacen a estas relaciones violentas que se construyen entre las parejas y las familias.

El ejercicio de la violencia es el reflejo de como éstas concepciones de género están tan arraigadas en nuestra sociedad y lo perjudicial que son tanto para varones como para mujeres.

59 Informe ENDES 2004-2006.

60 Ibid.

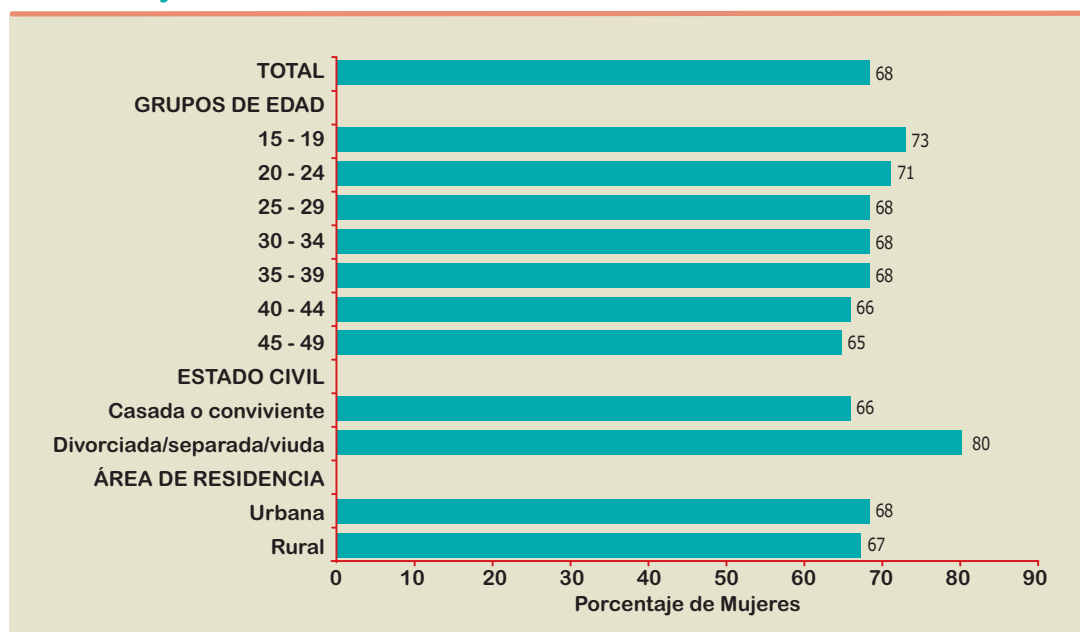
61 Boletín estadístico Centro de Emergencia Mujer 2008.

2. Violencia psicológica

Se trata de una forma de maltrato sutil, muchas veces difícil de percibir, que se manifiesta a través de palabras hirientes, descalificaciones, humillaciones. Una forma de maltrato psicológico es el control que ejercen las parejas. Ejercer control se entiende, por ejemplo, cuando el esposo se pone celoso o molesto si ella conversa con otro hombre, si la acusa frecuentemente de ser infiel, si le impide que visite o la visiten sus amistades, si trata de limitar las visitas/contactos con su familia, si insiste en saber todos los lugares donde ella va o desconfía de ella con relación al dinero.

Al respecto, en el gráfico siguiente se muestra que el 68 % de las mujeres contestaron que sus esposos o compañeros ejercían algún tipo de control contra ellas. Así, el 73,0% de las mujeres de 15-19 años de edad fueron quienes con más frecuencia admitieron haber experimentado alguno tipo de control por parte del esposo o compañero.

Gráfico N° 6
Situaciones de Control por parte del esposo o compañero, por grupos de edad, estado civil y área de residencia



Fuente: ENDES 2004-2006



A pesar que las mujeres más jóvenes son las que registran mayor ocurrencia de violencia física y psicológica, llegando al 21% entre las de 15 a 24 años, no se puede dejar de reconocer que en el país se han producido en los últimos años importantes avances normativos⁶² orientados a erradicar la violencia contra las mujeres así como denodados esfuerzos para lograr que esta sea registrada.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Meta 5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicador 5.1: Razón de mortalidad materna

La maternidad es un acontecimiento que suele traer mucha alegría y expectativas a las familias; sin embargo, en muchos hogares este momento se transforma en una situación de angustia y preocupación. A diario en el mundo mueren 1 500 mujeres por complicaciones durante el parto y puerperio. Las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad en las adolescentes entre 15 y 19 años en todo el mundo.⁶³

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su publicación de Situación de la Salud en las Américas, Indicadores Básicos 2007, reporta la muerte materna en el Perú a razón de 185,0 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos⁶⁴.

Lo más serio de este problema es que la muerte materna es en alto grado prevenible si se toman medidas esenciales para mejorar la prestación del servicio de salud. El Estado peruano se sumó al compromiso internacional sobre la reducción de la mortalidad materna y perinatal en tres cuartas partes y al logro de una maternidad saludable antes del año 2015.

Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) reportaron como complicaciones que se presentan y causan la muerte en las mujeres: hemorragias (41,0%), hipertensión

62 El compromiso internacional asumido por el Estado peruano con la suscripción de la Convención Interamericana "Belém do Pará", para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, entre otros.

63 UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2009 Salud Materna y Neonatal*.

64 Giraldo A. *Tendencia de la mortalidad materna en base a los datos del sistema de vigilancia epidemiológica en el Perú (2004 - 2008)*. Bol Epidemiol (Lima). 2009; 18(46):858-860.

inducida por el embarazo (19,0%), aborto (6,0%) y las infecciones (6,0%); la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto (retención de placenta) y post parto (atonía uterina). Estas causas son las mismas en los últimos cinco años⁶⁵.

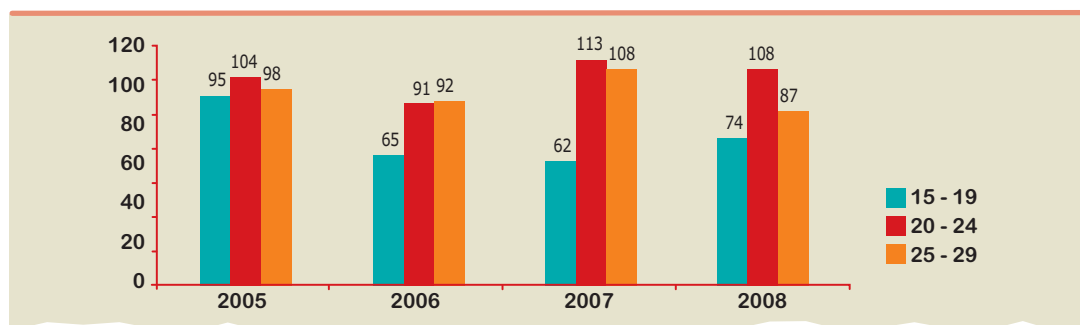
Se ha observado un incremento del acceso de las mujeres a los servicios de salud materna, que está reflejado en el aumento de la cobertura nacional de la atención prenatal de 72,0% en 1996, a 84,0% en el año 2000, 88,0% para el 2004 y 92,0% para el 2007. El parto institucional al año 2000 fue de 58,0% y según datos de la ENDES 2005/2007 continúa aumentando. Así, el 72.3% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años tuvieron lugar en un establecimiento de salud en el ámbito nacional⁶⁶.

Muerte materna en población joven

Aproximadamente el 50,0% de las muertes maternas que ocurren en el país son de mujeres entre los 15 y 29 años de edad según la Dirección General de Epidemiología del MINSA; es decir, mujeres jóvenes.

El grupo de edad entre 15 y 19 años presenta 74 casos de muerte materna al 2008, mostrando un incremento a comparación del año 2007 y una disminución sustancial con referencia al año 2005. El grupo de 20 a 24 años registra 108 casos de muerte materna al 2008, mostrando una ligera disminución frente a los 113 casos del 2007. El grupo de edad que muestra un descenso más constante aunque irregular es el de 25 a 29 años, en el que al 2008 se registraron 87 casos, disminución sustancial frente a los 108 casos registrados el 2007. Es importante tener en cuenta que estas cifras nos aproximan a la realidad pero existe un subregistro.

Gráfico N° 7
Perú: Registros de muerte materna por grupo etario



Fuente: Notificación - Dirección General de Epidemiología (DGE). MINSA, 2008

65 Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015. MINSA
66 Ibid.



Es importante tener en cuenta que el embarazo adolescente representa una carga importante para el riesgo de muerte materna. Según la ENDES 2007/2008, el 13,6% de las adolescentes entre los 15 y 19 años ha estado embarazada o está gestando. Este porcentaje aumentó con relación a la ENDES 2004/2006 que fue de 12,2%.

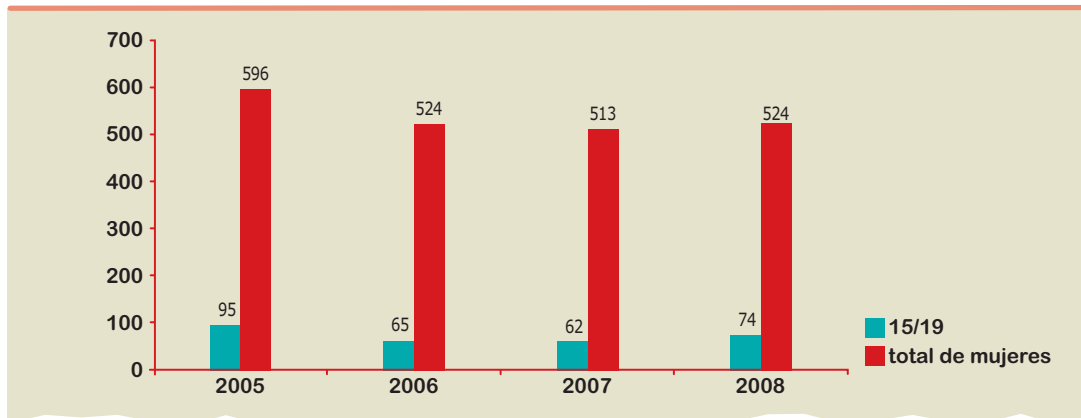
Un factor a considerar es que las mujeres adolescentes que quedan embarazadas tienen muchas barreras para acercarse a los establecimientos de salud y recibir atención profesional. Esto se debe, en alguna medida, al temor y la vergüenza de ser objeto de cuestionamiento y censura por parte de los profesionales de salud. Asimismo, es frecuente que por el miedo a ser castigadas por sus padres oculten durante varios meses el embarazo y, por lo tanto, no acudan al establecimiento de salud para el control pre natal, poniéndose de esta manera en una situación de riesgo.

La muerte materna en adolescentes representa entre el 12,0% y el 16,0% del total de estas muertes maternas⁶⁷. En el 2008, los casos de muerte materna en el grupo de edad de 15 a 19 años fueron 74, frente a los 524 casos registrados en las mujeres adultas; ambos grupos mostraron leves incrementos en comparación con lo ocurrido en el 2007 (62 y 513 casos, respectivamente). Los mismos datos del 2008 comparados con los del 2005, nos muestran una reducción a considerar.

El siguiente gráfico muestra el número de muertes maternas adolescentes en comparación a las muertes ocurridas en mujeres adultas.

Gráfico N° 8

Perú: Comparación entre casos de muerte materna en adolescentes y mujeres adultas

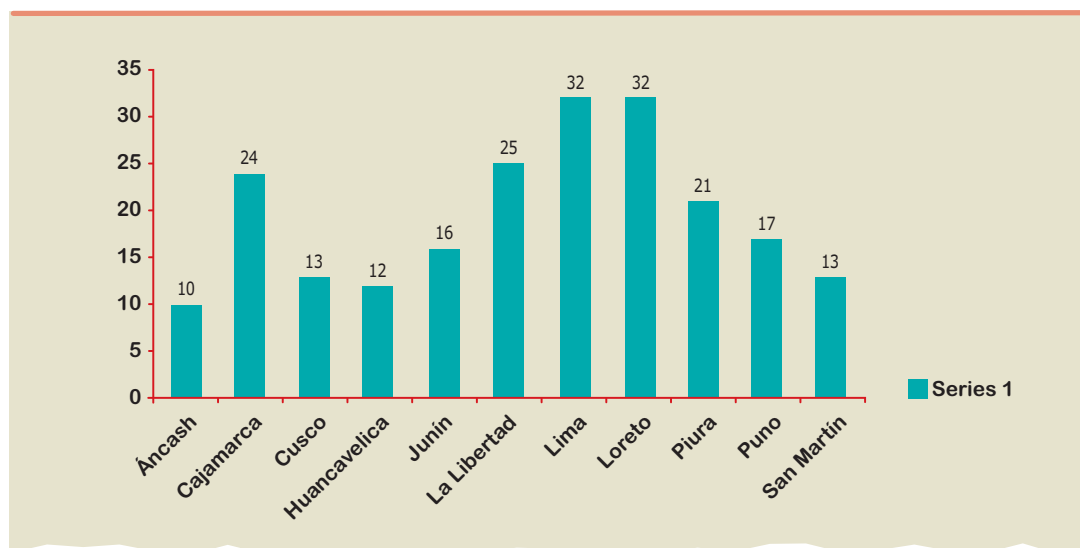


Fuente: Notificación - Dirección General de Estadística e Informática (DGE)-MINSA, 2008

67 Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. MINSA

A pesar de representar un porcentaje menor del total de embarazos o partos, la muerte materna en adolescentes es un problema que requiere atención para ser reducido. Las ciudades con mayor número de casos de muerte materna adolescente en el 2008 fueron: Cajamarca (10), Cusco (8) Lima (7), Loreto (7).

Gráfico N° 9
Perú: Mortalidad materna en mujeres de 15-29 años según regiones, 2008



Fuente: Notificación- Dirección General de Estadística e Informática (DGE)-MINSa 2008

Es necesario tomar en cuenta la diferencia de población que existe entre las regiones; si bien Lima tiene una cifra alta comparada con las otras regiones, la población de Lima también es mucho mayor.

Signos de exclusión en la maternidad adolescente: Los riesgos de mortalidad materna en adolescentes tienden a concentrarse entre las adolescentes de menos recursos, que se inician más temprano y con menores niveles de protección anticonceptiva. (CEPAL 2008 Un modelo para armar)

Indicador 5.2:
Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Lugar de ocurrencia del parto

La atención institucionalizada del parto en nuestro país ha venido incrementándose. El lugar y modalidad de atención del parto son importantes para determinar el acceso de la población, en particular de las mujeres, a un servicio que pueda brindar atención de emergencia obstétrica en caso de alguna complicación.

Según la ENDES 2007/2008, ocho de cada diez últimos nacimientos tuvieron lugar en un servicio de salud. Este porcentaje ha aumentado si lo comparamos con la ENDES 2004/2006 que fue de 71,6% y más aún con la ENDES 2000 que fue de 57,9%. Consecuentemente, la ocurrencia del parto en casa disminuyó de 41,0% en la ENDES 2000, hasta 19,6% en la ENDES 2007/2008. Estos incrementos en la atención se han dado en todos los grupos de mujeres. En este aspecto se han acortado las brechas entre las mujeres con menor nivel educativo y las de mayor nivel, así como las del quintil inferior de riqueza con las del nivel superior.

Con respecto a la población joven, según las estimaciones de la ENDES 2007/2008 respecto al porcentaje de partos en establecimientos de salud en madres de menos de 20 años, estos se dieron en un 80,8% (75,4% en establecimiento del sector público y 5,3% en establecimientos del sector privado), mostrando un incremento frente al 73,9 % estimado en la ENDES 2004/2006. En las madres de 20 a 34 años, de un 72,6% se pasó a un 80.0%.

Cuadro N° 25
Lugar del parto en madres menores de 34 años

	Total	Establecimiento de salud		Total establecimiento de salud	En la casa	En otro lugar
		Sector público	Sector privado			
ENDES 2004 – 2006						
Menos de 20 años	100,0	70,6	3,3	73,9	25,6	0,5
20 a 34 años	100,0	65,4	7,2	72,6	25,9	1,6
ENDES 2007 – 2008						
Menos de 20 años	100,0	75,4	5,3	80,8	18,3	1,0
20 a 34 años	100,0	72,5	7,5	80,0	19,2	0,8

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

Asistencia durante el parto

Durante los últimos años hay un continuo incremento de atención de parto por personal médico, con más presencia en la atención de obstetrices y enfermeras, reduciendo su participación las parteras empíricas o comadronas.

En las madres menores de 20 años la asistencia durante el parto por personal de salud refleja un incremento si observamos las estimaciones de la ENDES 2004/2006 y la ENDES 2007/2008. La atención por parte de un médico se incrementa de 39,4% a 43,1%. La atención por parte de un obstetrix va de un 30,3% a un 32,9%. Mientras que en las madres de 20 a 34 años, se nota un incremento de 42,7% a 48,3% en la atención por parte de un médico, incremento significativo frente al resto.

Cuadro N° 26
Atención durante el parto en madres menores de 34 años

	Total	Métodos modernos						
		Médico	Obstetrix	Enfermera	Sanitario/ Promotor de salud	Comadrona/ partera	Familiar/ otro	Nadie
ENDES 2004 – 2006								
Menos de 20 años	100,0	39,4	30,3	2,9	2,4	14,6	10,1	0,4
20 a 34 años	100,0	42,7	26,6	2,3	1,5	13,8	12,3	0,7
ENDES 2007 – 2008								
Menos de 20 años	100,0	43,1	32,9	3,1	0,5	12,2	8,2	0,0
20 a 34 años	100,0	48,3	28,6	3,2	0,6	9,6	8,9	0,5

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

La selección de la persona que atiende el parto por parte de la madre gestante tiene que ver con una conjunción de variables. La preferencia depende, por ejemplo, de si se trata del primer o segundo parto. También influyen variables culturales, por ejemplo, las mujeres de la selva prefieren ser atendidas por comadronas o parteras, en cambio las de la sierra prefieren ser atendidas por parientes⁶⁸. Otras variables que influyen en las preferencias son el nivel educativo, el nivel de pobreza, la distancia de los establecimientos de salud.

68 INEI, ENDES 2004/2006

Meta 5.B: Lograr para el año 2015, el acceso a la salud reproductiva

Indicador 5.3: Tasa de uso de anticonceptivos

Diversos estudios señalan que los y las jóvenes llevan una vida sexual activa y que, generalmente, la inician en la adolescencia. Según el estudio *Sexo Prevención y Riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH/Sida, y las ITS en el Perú*, la edad promedio de inicio sexual en el Perú es 16 años para las mujeres y 15.5 para los varones. En el caso de las ciudades de la selva, como Iquitos, el inicio ocurre a edades más tempranas: el inicio promedio es a los 14 años para los varones y 16 para las mujeres⁶⁹.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es muy amplio entre la población y entre los distintos grupos poblacionales. Con respecto a la ENDES 2004/2006, en la ENDES 2007/2008, no se ven diferencias significativas; casi todas las mujeres conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo.

Cuadro N° 27
Conocimiento de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión según grupos de edad

Grupos de edad	Conoce algún método	Conoce algún método moderno
ENDES 2007 – 2008		
15 – 19 años	98.6	98.1
20 – 24 años	99.8	99.7
25 – 29 años	99.9	99.8
ENDES 2004 – 2006		
15 – 19 años	99.3	97.3
20 – 24 años	99.4	99.1
25 – 29 años	100.0	99.8

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

Entre las mujeres unidas con actividad sexual, los métodos modernos más conocidos son la píldora y la inyección (99,0% y 99,1%, respectivamente), y el condón masculino (98,8%).

⁶⁹ García P. y otros. *Sexo, Prevención y Riesgo. Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú*. UNFPA y CARE Perú. 2008

Entre las mujeres unidas menores de 30 años, de acuerdo a la ENDES 2007/2008 el método de mayor uso es la inyección en un 25,2% en promedio, muy similar a lo reflejado en la ENDES 2004/2006.

La prevalencia de anticonceptivos es ligeramente menor en las mujeres unidas de entre 15 a 19 años, en las que el 60,3% hace uso de ellos, según muestra la ENDES 2007/2008. Se observa un leve incremento a diferencia de lo reflejado en la ENDES 2004/2006, 58,7%.

En el uso de anticonceptivos modernos, este se ha incrementado entre las mujeres sexualmente activas menores de 30 años, tal como muestra el siguiente cuadro. Las de entre 15 y 19 años han pasado de un 51,9% a un 64,5%; las de 20 a 24 años, de un 57,6% a un 68,9%, y; las de 25 a 29 años mantienen casi el mismo porcentaje, de un 63,1% a un 63,3%.

Cuadro N° 28
Uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes

Edad	Cualquier método	Métodos modernos							Tradicionales y folclóricos				No usa
		Total	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Otros	Total	Ritmo	Retiro	Métodos folclóricos	
ENDES 2007 – 2008													
Mujeres actualmente unidas													
15 – 19	60,3	41,5	8,9	2,1	23,9	0,0	5,2	1,4	18,8	11,1	6,7	0,9	39,7
20 – 24	71,5	52,7	10,2	3,2	28,3	0,1	10,1	0,8	18,8	11,0	6,8	1,0	28,5
25 – 29	76,5	53,5	11,8	3,8	23,3	0,2	12,3	1,8	23,0	15,7	5,9	1,3	23,5
Mujeres sexualmente activas													
15 – 19	87,9	64,5	13,9	0,0	22,6	0,0	28,0	0,0	23,3	13,8	9,3	0,2	12,1
20 – 24	93,2	68,9	12,8	0,9	7,0	2,9	45,2	0,0	24,3	15,6	8,0	0,8	6,8
25 – 29	90,4	63,3	14,3	2,2	9,5	5,4	30,4	0,0	27,1	12,5	13,9	0,6	9,6



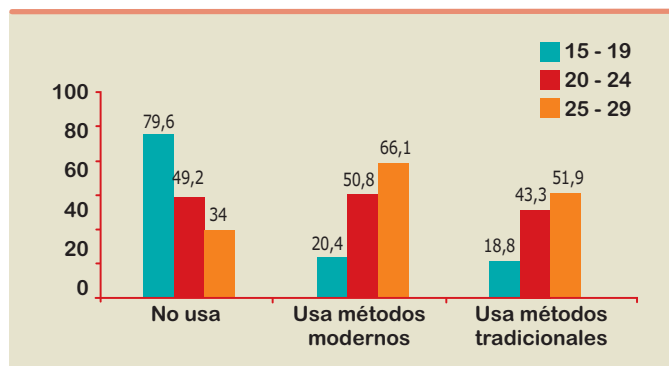
Edad	Cualquier método	Métodos modernos							Tradicionales y folclóricos				No usa
		Total	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Otros	Total	Ritmo	Retiro	Métodos folclóricos	
ENDES 2004 – 2006													
Mujeres actualmente unidas													
15 – 19	58,7	43,6	9,0	2,3	24,5	0,4	6,6	0,8	13,7	10,7	3,0	1,4	41,3
20 – 24	69,4	50,4	10,1	4,4	25,1	0,9	8,2	1,7	17,5	13,2	4,4	1,5	30,6
25 – 29	74,6	51,4	10,6	4,9	23,0	0,3	9,3	3,2	20,8	16,3	4,5	2,4	25,4
Mujeres sexualmente activas													
15 – 19	89,6	51,9	5,8	0,0	7,4	0,0	38,7	0,0	37,5	19,0	18,5	0,2	10,4
20 – 24	87,8	57,6	10,7	2,2	5,3	0,0	39,1	0,0	30,2	19,8	10,4	0,0	12,2
25 – 29	90,2	63,1	14,5	2,4	8,1	2,0	36,1	0,0	26,5	19,5	7,0	0,6	9,8

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en los jóvenes varones, no se cuenta con información más precisa en su nivel de exposición, a comparación de las mujeres. Para el caso de ellos se cuenta con datos generales desagregados por grupos de edad.

En el grupo de edad de entre 15 a 19 años, el 79,6% no usa ningún método, frente a un 20,4% que usa algún método moderno. En los varones de 20 a 24 años, el 49,2% no hace uso de método alguno, y el 50,8% sí hace uso de métodos modernos. El 34,0% del grupo de 25 a 29 años no hace uso de métodos anticonceptivos, mientras el 66,1% usan métodos modernos.

Gráfico N° 10
Perú: Porcentaje de jóvenes varones que usan y no usan métodos anticonceptivos según edad, 2008



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica de Salud Varones 2008

Indicador 5.4:
Tasa de natalidad entre las adolescentes

Las tasas de natalidad, en promedio, son relativamente bajas al comienzo de la edad reproductiva, alcanzando su mayor nivel en el grupo de 20 a 29 años y en el área urbana.

Según la ENDES 2007/2008, el 13,6% de las adolescentes son madres adolescentes o estaban gestando en el momento de la encuesta. Este dato llama la atención dado que, desde el año 2000, este porcentaje se mantenía en el 13,0%, lo que muestra que en los últimos años no ha habido un incremento significativo.

Cuadro N° 29
Fecundidad de adolescentes

Grupos de edad	Total alguna vez embarazadas	Adolescentes alguna vez embarazadas	
		Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo
ENDES 2007 - 2008			
15	3,3	0,8	2,5
16	6,2	4,0	2,2
17	14,7	10,8	3,9
18	19,0	16,5	2,5
19	28,6	24,6	4,0
ENDES 2004 - 2006			
15	1,3	0,7	0,6
16	5,0	3,3	1,7
17	10,9	8,3	2,6
18	19,9	17,7	2,2
19	26,4	24,0	2,5
TOTAL 2007 - 2008	13,6	10,6	3,0
TOTAL 2004 - 2006	12,2	10,3	1,9
TOTAL 2000	13,0	10,7	2,3

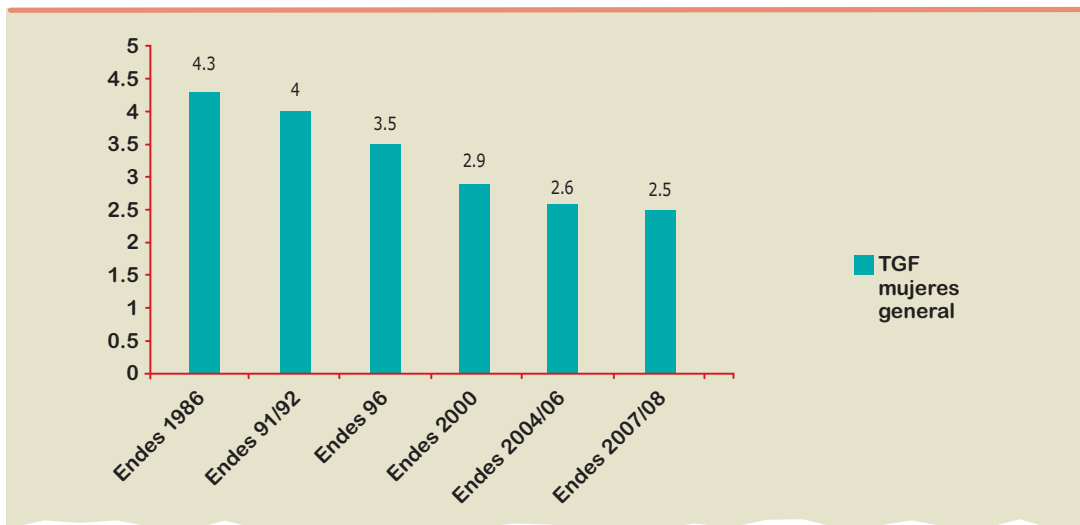
Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008



Como podemos ver, en casi todas las edades se ha dado un aumento, pero existe un mayor porcentaje de adolescentes embarazadas o madres entre los 17 y 19 años; justo en el período de edad en que deberían estar terminando sus estudios secundarios y desarrollando sus capacidades para ingresar en mejores condiciones al mundo laboral.

El aumento de la fecundidad en las adolescentes llama la atención, no solo por su incremento, sino porque las tasas han venido disminuyendo sistemática y significativamente en las mujeres en general. Esta disminución progresiva no ha ocurrido en las adolescentes. Los siguientes gráficos muestran cuál es la progresión de la tasa global de fecundidad en las mujeres en general, y la tasa específica en las adolescentes.

Gráfico N° 11
Perú: Tasa global de fecundidad en mujeres de 15-49 años. Perú, 1986-2008



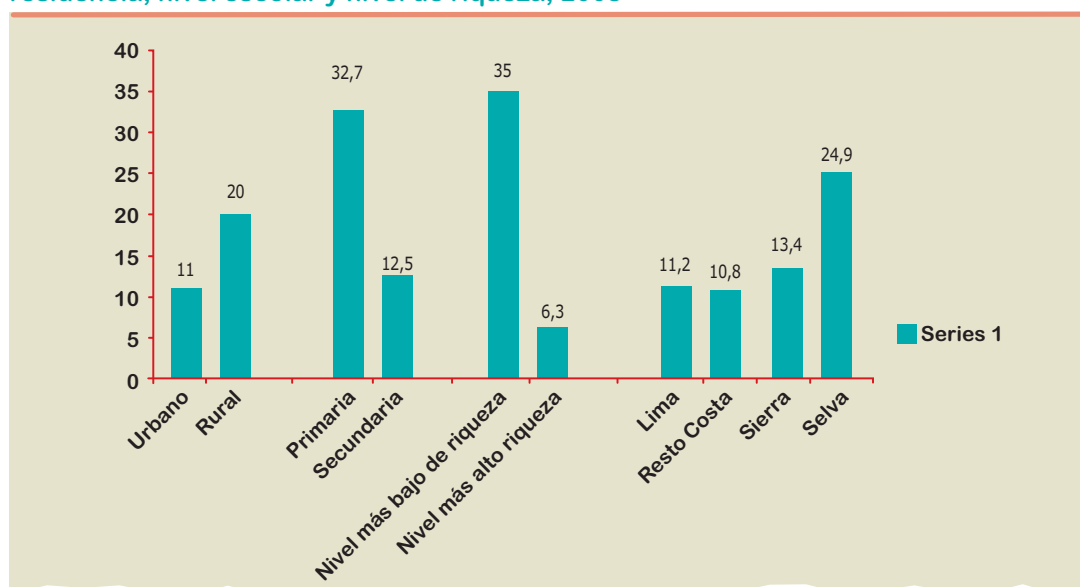
Fuente: INEI – Encuesta Demográfica de Salud 2007/2008

La tasa global de fecundidad en las mujeres en general ha mostrado un descenso considerable; habiendo sido de 4.3 en 1986 disminuyó a 2.5 al 2008, pudiéndose notar un descenso gradual y de manera regular de periodo a periodo.

Si bien las estrategias utilizadas para disminuir la fecundidad en las mujeres adultas han dado resultados positivos y generado una significativa disminución, esto no ha ocurrido en las mujeres jóvenes menores de 20, lo que nos indica que se deben diseñar políticas y estrategias específicas que se adecuen a las características propias de la edad, culturales, étnicas, nivel educativo, entre otros factores.

El siguiente gráfico nos muestra cómo varían los porcentajes de adolescentes que ya son madres o están embarazadas según la zona de residencia, nivel educativo, el nivel de riqueza y región; lo que demuestra la influencia que tienen estas variables sobre la vida reproductiva de las mujeres adolescentes.

Gráfico N° 12
Perú: Porcentaje de adolescentes embarazadas y que ya son madres según área de residencia, nivel escolar y nivel de riqueza, 2008



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica de Salud 2007/2008

Podemos observar, entonces, cómo la pobreza, el bajo nivel educativo, la zona de residencia, son variables sociales que inciden en las diferencias que se presentan respecto a la maternidad en las mujeres jóvenes.

Muchas veces se ha señalado que el embarazo a edades tempranas es un factor que lleva a la pobreza. Sin embargo, esta afirmación puede ser leída a la inversa, la pobreza genera situaciones que llevan a la maternidad adolescente; las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres a edades tan tempranas⁷⁰.

70 Pantelides, Edith. Aspectos sociales del embarazo y fecundidad adolescente en América Latina. Centro de Estudios de Población Argentina.



Indicador 5.5:

Cobertura de atención pre natal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

Atención pre natal

La atención durante el embarazo es fundamental para asegurar la salud de la madre y el hijo. Durante el control se pueden detectar situaciones de riesgo tales como la presión alta y la anemia que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo.

En los últimos años el acceso al control pre natal se dio en gran medida. Según la ENDES 2007/2008, el 95,1% de las mujeres tuvieron algún control, lo que refleja un aumento sobre el 91,5% encontrado durante la ENDES 2004/2006, y un incremento mayor frente al 83,8% de la ENDES 2000. Estas cifras representan un avance importante.

Iniciar el control prenatal en los primeros meses es fundamental para detectar situaciones de riesgo. En promedio, siete de cada diez mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo, lo que no ha variado fundamentalmente desde la ENDES 2004/2006. En relación al número de controles pre natales la ENDES 2007/2008 reporta que el 91,6% recibieron cuatro o más visitas.

El 92,8% de las mujeres menores de 20 años ha recibido atención prenatal por un personal calificado, frente al 95,25 de las mujeres de 20 a 34 años. Las mujeres menores de 20 años que no recibieron atención prenatal disminuyeron de 6,5% ENDES 2004/2006 a 4,0% según ENDES 2007/2008. El 61,3% de las jóvenes menores de 20 años prefieren recibir atención prenatal de una obstetriz, y en las mujeres de 20 a 34 años hay un 57,8% en el mismo caso.

Cuadro N° 30
Atención prenatal en menores de 34 años

	Total	Persona que proporciona atención prenatal						No recibió atención	Atención prenatal de proveedor de salud calificado
		Médico	Obstetriz	Enfermera	Sanitario/ Promotor de salud	Comadrona/ partera	Familiar/ otro		
ENDES 2007 – 2008									
Menores de 20	100,0	21,7	61,3	9,8	0,8	0,0	2,5	4,0	92,8
20 a 34 años	100,0	28,6	57,8	8,8	0,4	0,1	2,3	2,0	95,2
ENDES 2004 – 2006									
Menores de 20	100,0	22,6	56,5	9,6	0,8	0,2	4,0	6,5	88,7
20 a 34 años	100,0	32,0	51,7	8,3	0,5	0,3	2,8	4,2	92,0

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

En la ENDES 2007/2008, los controles natales más frecuentes en las menores de 20 años se dieron para la toma de la presión arterial y el peso (99,3% y 99,1%, respectivamente), mientras que en el grupo de 20 a 34 años fue más bien la medición de la barriga y la toma de la presión arterial.

Cuadro N° 31
Contenido de la atención prenatal para mujeres por grupo de edad

Características	Entre las mujeres que recibieron atención prenatal (APN), contenido de la atención para el último nacimiento					
	Explicaron síntomas de complicaciones del embarazo	La pesaron	Le midieron la barriga	Tomaron la presión arterial	Tomaron muestra de orina	Tomaron muestra de sangre
ENDES 2007 – 2008						
Menores de 20 años	80,9	99,1	99,0	99,3	80,9	82,1
20 a 34 años	86,9	99,4	100,0	99,3	84,2	82,8
ENDES 2004 – 2006						
Menores de 20 años	82,9	98,6	98,1	98,2	76,5	78,0
20 a 34 años	83,0	98,8	98,8	98,7	80,3	79,3

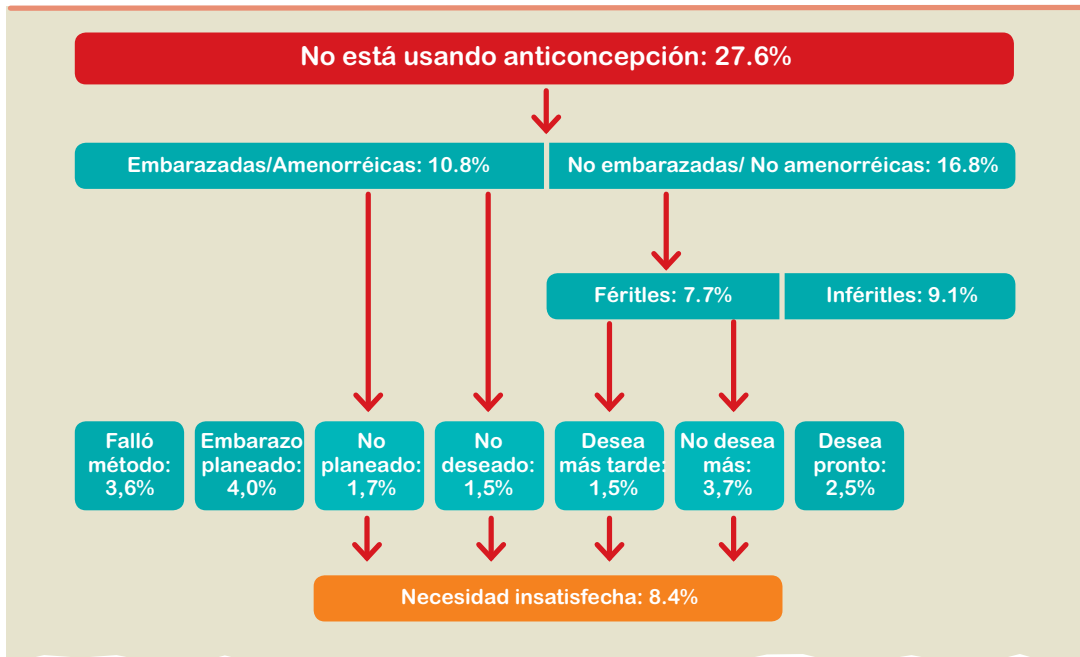
Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

Indicador 5.6:
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

La ENDES 2006 – 2008 considera dos tipos de necesidad insatisfecha de planificación familiar: necesidad insatisfecha para limitar y necesidad insatisfecha para espaciar. Para limitar incluye las siguientes categorías de mujeres: a) mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas, cuyo último embarazo no fue deseado, y b) mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que no desean más hijos. Para espaciar son: a) mujeres actualmente embarazadas o amenorréicas cuyo último embarazo sí fue deseado, pero más tarde, y b) mujeres fértiles que no están ni embarazadas ni amenorréicas y que manifestaron que sí desean más hijos, pero prefieren esperar por lo menos dos años.

El siguiente gráfico nos ayuda a entender las categorías que forman parte del grupo con necesidad insatisfecha.

Gráfico N° 13
Componentes de la necesidad insatisfecha de planificación familiar



Fuente: INEI, ENDES 2007/2008

Según la ENDES 2007/2008, en el país el 8,4% de las mujeres en unión tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar; un gran porcentaje de ellas busca limitar el tamaño de sus familias.

Los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años son altos frente al resto, en el deseo de espaciar el nacimiento de sus hijos; lo cual es dable si consideramos que se trata de adolescentes y mujeres bastante jóvenes. En las mujeres en unión menores de 30 años, la demanda de métodos para espaciar supera a la demanda para limitar.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar en las mujeres en unión de 15 a 19 años, de acuerdo a la ENDES 2007/2008, se da en un 17,7%, lo que refleja un ligero incremento frente al 15,4% de la ENDES 2004/2006. En las mujeres de 20 a 24 años, en la ENDES 2004/2006, la demanda insatisfecha alcanzaba un 10,7%, lo que también tuvo un ligero incremento al alcanzar el 13,0% en la ENDES 2007/2008. Donde se nota un descenso de la demanda insatisfecha es en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, de un 9,3% a un 7,8%.

Cuadro N° 32
Necesidad de servicios de planificación familiar para mujeres jóvenes en unión

Características	Necesidad insatisfecha de planificación familiar			Necesidad satisfecha de planificación familiar		
	Total	Para espaciar	Para limitar	Total	Para espaciar	Para limitar
ENDES 2007 - 2008						
15 a 19 años	17,7	15,4	2,3	60,3	49,5	10,8
20 a 24 años	13,0	9,7	3,3	71,5	47,1	24,4
25 a 29 años	7,8	4,1	3,7	76,5	42,0	34,4
ENDES 2004 - 2006						
15 a 19 años	15,4	13,9	1,6	58,7	51,5	7,2
20 a 24 años	10,7	7,5	3,2	69,4	48,1	21,3
25 a 29 años	9,3	4,6	4,7	74,6	37,6	37,0

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

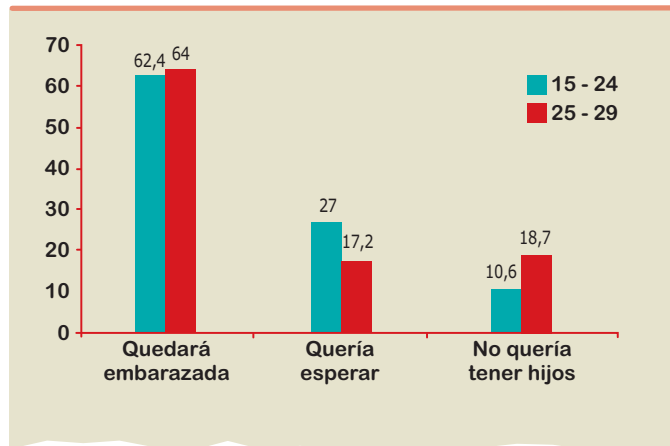


La necesidad del uso de métodos de planificación familiar es preferentemente para espaciar el nacimiento de los hijos. Los mayores niveles de la demanda insatisfecha se presentan entre las mujeres del quintil inferior de riqueza (14,0%). En cambio, los menores niveles se encuentran a partir del quintil intermedio en valores que disminuyen hasta llegar al 6,5% en el quintil superior.

Según la ENDES varones 2008, podemos ver que en el grupo de edad de 15 a 24 años, el 62,4% deseaba que su pareja quedara embarazada, en los que los menos jóvenes reflejarían tal deseo.

Los datos nos muestran que un importante 27,0% de los varones más jóvenes (15-24) aún no quería tener hijos, sino que prefería esperar. Asimismo, un 10,6% de varones jóvenes aún no quería tenerlos. Esta información nos hace pensar que si estos jóvenes hubieran tenido la información, la educación adecuada y el acceso a métodos anticonceptivos tal vez hubieran podido evitar tener hijos que aún no deseaban o planificaban tener.

Gráfico N° 14
Perú: Deseo del último embarazo por parte de varones jóvenes, 2008



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica de Salud Varones 2008

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicador 6.1:

Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años

La epidemia está cambiando en su perfil etario. La mitad de los casos nuevos de la infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; este fenómeno se ha definido como el "rejuvenecimiento" de la epidemia⁷¹.

La epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en uno de los importantes y preocupantes problemas de salud pública en el Perú, afectando principalmente a la población joven y pobre.

Según la Dirección General de Epidemiología (DGE), en el Perú se han diagnosticado 25 879 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia hasta marzo del 2010⁷². Asimismo, se han reportado 40 592 casos de personas con VIH para el mismo periodo.

La población joven es la más afectada por la epidemia. La edad mediana de las personas con SIDA es de 31 años, lo que significa que el 50% de los casos diagnosticados tiene menos de 30 años. El grupo de hombres y mujeres entre los 25 y 29 años constituye el 21.9% de casos de Sida. Lo que significa, según las estadísticas del Ministerio de Salud, que el momento de la infección podría estar alrededor de los 20 años o menos.

De 1983 a marzo del 2010 se han notificado 8 398 casos de SIDA en la población joven de 15 a 29 años, notándose un incremento de 760 casos en comparación a marzo del 2009. Si comparamos con el mes de marzo del 2007, el incremento llega a 1 715 casos. La aparición de nuevos casos aún es latente cada año, aunque en menor medida. Cabe resaltar el no incremento de casos en las mujeres de 20 a 24 años.

71 Organización Iberoamericana de Juventud. *Jóvenes de Iberoamérica y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos a mitad de camino*. 2007.

72 Boletín del VIH/SIDA en el Perú, marzo 2010. Dirección General de Epidemiología. MINSA.

Cuadro N° 33
SIDA: distribución por edad y sexo, 2007 - 2010

Casos acumulados de 1983 al...	Total	Grupo de edad joven y sexo					
		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2010 (marzo)	8398	394	193	2155	457	4027	1172
2009 (marzo)	7638	362	166	1988	457	3660	1005
2008 (marzo)	7177	338	159	1875	457	3425	923
2007 (marzo)	6683	319	146	1752	457	3172	837

Fuente: Dirección General de Epidemiología, MINSA, Boletines 2007 - 2010.

En el Cuadro N° 32 podemos apreciar que el grupo de edad entre los 20 y 29 años concentra la mayor cantidad de casos de SIDA, tanto para varones como para mujeres. Desde que se inició la epidemia, el número de casos de mujeres con SIDA se ha venido incrementando y, paralelamente, disminuyendo la distancia que hay respecto al número de casos de varones. Así, tenemos que en 1991, la razón hombre/mujer era de 9 hombres / 1 mujer. En el año 2009, la razón es de 2.83 / 1. Esta proporción se mantiene similar desde el año 2005.

La principal vía de transmisión es la sexual que alcanza el 97,0%, la de madre a hijo el 2,0% y la parenteral el 1,0%. La población principalmente afectada está constituida por hombres que tienen sexo con otros hombres; parte de ellos con comportamiento bisexual, con potencial riesgo de infectar a mujeres, y ellas al salir embarazadas transmiten el VIH a sus hijos⁷³.

Un aspecto importante que ayuda a entender la prevalencia del VIH, es el conocimiento de las formas para evitarlo, aspecto en el que se ha avanzado en forma sustancial en los últimos años. En la ENDES 2004/2006, el 25,0% de mujeres de 15 a 29 años no conocía forma alguna de evitar el contagio del VIH/SIDA, frente al 4,7% reflejado en la ENDES 2007/2008. En el grupo de edad de 20 a 24 años se notó una reducción de 19,9% a 2,9%, en las mujeres que no conocían formas de evitar el contagio (ENDES 2004/2006 y 2007/2008, respectivamente).

73 Pun M. Día mundial de lucha contra el SIDA - 1 de diciembre. Boletín Epidemiológico. 2009. Dirección General de Epidemiología. MINSA.

Cuadro N° 34
Conocimiento de formas de evitar el VIH/SIDA, por grupo de edad en jóvenes

Grupo de edad / jóvenes	Total	Conocimiento de tres formas de importancia para evitar el SIDA			No conoce VIH/SIDA
		Ninguna de las tres formas	Una forma	Dos o tres formas	
ENDES 2007 / 2008					
15 a 19 años	100,0	4,7	16,0	71,9	7,4
20 a 24 años	100,0	2,9	12,0	78,4	6,7
25 a 29 años	100,0	4,6	11,4	76,3	7,7
ENDES 2004 / 2006					
15 a 19 años	100,0	25,2	48,0	18,1	8,7
20 a 24 años	100,0	19,9	48,8	24,6	8,6
25 a 29 años	100,0	22,5	46,4	22,4	8,7

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

La mayoría de los jóvenes reciben la mayor parte de la información mediante los medios masivos de comunicación, trabajadores de la salud y en la escuela.

Si bien es cierto la TV sigue siendo el medio masivo más importante, existe una disminución de 61,9 por ciento en el 2000 a 50,5 por ciento entre la ENDES Continua 2007-2008. La radio también ha descendido levemente de 34,9 por ciento el 2000 a 34,0 por ciento en la ENDES Continua 2007-2008, siendo superada por la información brindada por los trabajadores de salud. Esto es muy importante ya que la información brindada por estos trabajadores se ha incrementado de 25,6 por ciento a 36,9 por ciento, entre la ENDES 2000 y la ENDES Continua 2007-2008 ocupando el segundo lugar como fuente de conocimiento desplazando a la radio.⁷⁴

Hasta agosto del 2009, las regiones en donde se presentaban mayor número de casos de jóvenes (15 a 19 años) con VIH/SIDA eran: Lima (13 597 casos), Callao (1 690 casos) y Loreto (1 460); y en donde los casos eran menores; Huancavelica (40 casos), Puno (27 casos) y Apurímac (19 casos).⁷⁵

74 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES continua 2007/2008. INEI. <http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/12.%20Conocimiento%20de%20VIH%20Sida%20y%20Otras%20ETS/12.1%20Conocimiento%20de%20VIH.html>

75 Dirección General de Epidemiología – RENACE – ET de ITS/VIHSIDA. MINSA

Es importante tener en cuenta que en los últimos años se ha ido mejorando el sistema de registro de casos de VIH/SIDA. Sin embargo, las cifras con las que se cuenta aún no reflejan la realidad de la situación de la epidemia. Todavía hay un subregistro de casos y, además, es importante considerar que los datos se construyen únicamente en base a las personas que acceden a los servicios.⁷⁶

Indicador 6.2:

Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

Un conocimiento importante a tener en cuenta para prevenir el VIH es identificar que una persona con el virus en su organismo no se ve necesariamente enferma. Por lo tanto, los comportamientos sexuales de prevención deben asumirse con todas las personas con quienes se tenga un intercambio sexual, a menos que se tenga la certeza que no tiene el VIH mediante una prueba de sangre.

Según la ENDES 2004/2006, el 68,8% de mujeres adolescentes (de 15 a 19 años) identifica que una persona que luce saludable puede tener VIH. Este porcentaje aumenta 73.7% entre las jóvenes de 20-24. Con respecto a la ENDES 2007/2008, los mismos porcentajes muestran una leve inclinación favorable, a 71,8% y 75,0% (de 15 a 19 y de 20 a 24 años, respectivamente). Esto significa que aproximadamente un significativo 26,0% de mujeres jóvenes no tienen claro este concepto.

Cuadro N° 35

Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA

Grupo de edad / jóvenes	Una persona que luce saludable puede tener el virus del SIDA		
	Sí	No	No sabe / no conoce / sin información
ENDES 2007 – 2008			
15 a 19 años	71,8	15,5	12,8
20 a 24 años	75,0	12,8	12,3
25 a 29 años	72,8	12,7	14,5
ENDES 2004 – 2006			
15 a 19 años	68,8	16,0	15,2
20 a 24 años	73,7	13,2	13,2
25 a 29 años	72,3	12,2	15,4

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

El estudio cualitativo *Los adolescentes y jóvenes de las comunidades amazónicas*, da cuenta que las mujeres no hacen una clara diferencia entre una persona con VIH y con Sida. Generalmente, una persona con VIH se asocia con una persona delgada, sin fuerzas y pálido⁷⁷.

En cambio, el porcentaje de varones que identifican que una persona que tiene VIH se puede ver saludable es de 78,0% para los adolescentes y 87,0% para los jóvenes. Siendo los adolescentes quienes mayormente no perciben estar en riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Una persona que no percibe el riesgo es probable que tampoco tome medidas de prevención. Todavía está muy arraigada la idea que el riesgo está presente preferentemente al tener encuentros sexuales con trabajadoras sexuales u hombres que tienen sexo con otros hombres.

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del estatus de riesgo de contraer ITS, convirtiéndose a la vez en la medida más eficaz para la reducción de la transmisión del VIH/SIDA.

La ENDES 2007/2008 señala que entre las mujeres que conocen sobre VIH/SIDA y que han tenido relaciones sexuales, el 96,7% de 15 a 19 años conoce el condón masculino, las de 20 a 24 años lo conocen en un 98,7%, y las de 25 a 29 en un 98,4%. Estos datos no muestran diferencias significativas respecto a los mostrados en la ENDES 2004/2006.

La mayoría de las mujeres que conoce el condón sabe donde adquirirlo; las de 15 a 19 años en un 56,0%, las de 20 a 24 en un 60,6% y, las de 25 a 29 en un 64,0%. Estos datos muestran un incremento favorable en comparación con la ENDES 2004/2006.

77 MINSA UNFPA. *Percepciones, conocimientos, actitudes, prácticas y factores socioculturales relativos a la prevención de las ITS, el VIH y sida: estudio cualitativo en dos comunidades de las etnias amazónicas Yine y Shipibo-Conibo de la Región Ucayali*. 2008

Cuadro N° 36
Conocimiento y uso del condón

Grupo de edad / jóvenes	Conoce sobre el condón	Podría conseguir condones	No conoce fuente para el condón	Uso de condones		Usa condón para PF, pero no usó en última relación
				El último mes	Antes	
ENDES 2007 / 2008						
15 a 19 años	96,7	56,0	6,2	5,8	11,0	2,4
20 a 24 años	98,7	60,6	4,0	11,7	7,2	3,2
25 a 29 años	98,4	64,0	3,0	10,7	3,7	2,3
ENDES 2004 / 2006						
15 a 19 años	97,7	48,1	8,1	11,6	7,7	2,5
20 a 24 años	98,3	59,4	4,6	9,4	5,6	1,8
25 a 29 años	98,5	59,8	3,7	9,5	3,6	2,1

Fuente: INEI, ENDES 2004/2006, 2007/2008

Entre las mujeres de 15 a 19 años que conocen sobre el VIH/SIDA y tuvieron relaciones sexuales durante los últimos doce meses, solo el 5,8% hizo uso del condón el último mes, y de las que usan el condón como método anticonceptivo el 2,4% no lo usó en su última relación sexual. Los datos de este grupo poblacional muestran una inclinación desfavorable en comparación con los resultados de la ENDES 2004/2006.

En el caso de las jóvenes de los grupos de edad de 20 a 24 años el porcentaje de las que usó el condón el último mes pasó de 9,4% a 11,7%, y; en el caso de las que usan el condón como método anticonceptivo pero que no lo usaron en su última relación bajó de 3,2% a 1,8%.

En las mujeres de 25 a 29 años que hicieron uso de condón el último mes pasó de 9,5% a 10,7%, y entre las que usan el condón como método anticonceptivo pero que no lo usaron en su última relación subió de 2,1% de 2,3.

Varios estudios señalan que las principales barreras para que las mujeres jóvenes utilicen el preservativo es el cuestionamiento a su reputación, a ser consideradas mujeres "fáciles" o "jugadoras", en lugar de mujeres responsables del cuidado de su salud. Percepciones muy arraigadas que tienen que ver con la socialización diferenciada por género en la que se les educa con respecto a la vivencia de su sexualidad, aspecto que debe ser tomado en cuenta en los programas educativos.

Según el estudio *Sexo, prevención y riesgo*, la barrera más significativa que identifican los adolescentes para acceder al condón es la vergüenza, que corresponde al cuestionamiento que reciben de parte de los adultos, ya sea en farmacias o establecimientos de salud. Llama la atención que el costo del preservativo no sea identificado como una barrera. Estos datos nos muestran la urgencia de trabajar sobre las actitudes de los profesionales de salud y los vendedores de farmacias para que respeten el derecho de los y las adolescentes a vivir una sexualidad protegida y saludable.

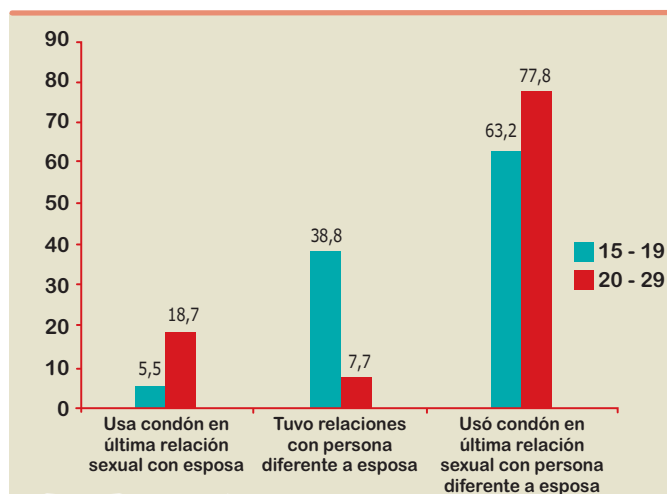
Cuadro N° 37
Barreras para acceder al condón en adolescentes de 15-19 años según ciudad y sexo 2006 (%)

Barrera	Lima		Huancayo		Iquitos	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
Incomodidad o vergüenza para comprar	60,2	59,8	50,4	44,9	46,3	48,9
Incomodidad para pedirlos en establecimientos de salud	42,3	43,1	38,3	39	46,6	42,8

Fuente: Estudio Sexo, Prevención y Riesgo. P. García

Según la ENDES Varones 2008, los adolescentes unidos son los que menos utilizan condón con la esposa, así como quienes tuvieron más relaciones sexuales con otras parejas y menos utilizaron condón. De esta manera, las mujeres unidas adolescentes pasan a ser un grupo muy vulnerable, a quienes es difícil llegar dado que se encuentran generalmente alejadas de centros de estudios o trabajo.

Gráfico N° 15
Perú: Aspectos de conducta sexual en varones unidos por grupos de edad, 2008



Fuente: INEI – Encuesta Demográfica de Salud Varones 2008



Meta 6.B: Lograr para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan

Indicador 6.5:

Proporción portadora del VIH/SIDA con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

El programa TARGA⁷⁸ representa el avance más significativo en el curso de la última década en la respuesta nacional frente al VIH/SIDA. Así, de una cobertura de 25,0% a personas con necesidad de tratamiento de fuentes públicas en el 2004, se pasó a al 80,0% a fines del 2007⁷⁹.

Al respecto, de acuerdo con la Ley CONTRASIDA, la atención integral de salud comprende el suministro de medicamentos requeridos para el tratamiento adecuado e integral de la infección por el VIH/SIDA que en el momento se consideren eficaces para prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). La norma establece además, la gratuidad progresiva en el tratamiento antirretroviral, con prioridad en las personas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza extrema⁸⁰.

La provisión de TARGA (Tratamiento antirretroviral) de manera gratuita a todas las PVVS se inicia con el proyecto del Fondo Global el año 2004. Desde el 2006, el MINSA financia el total del tratamiento para adultos, mientras que el tratamiento para niños, niñas y adolescentes se entrega a través del Seguro Integral de Salud desde el año 2004. Alrededor de 62 establecimientos de salud del MINSA ofrecen TARGA, lo que representa el 73% de todos los servicios, ESSALUD ofrece el 25% y las ONGs el 2% a través del trabajo realizado en centros de reclusión.

Según la estadística de la Estrategia Nacional de ITS/VIH/SIDA a enero del 2009, 16 552 personas con VIH están recibiendo TARGA: 12 503 desde los establecimientos del Ministerio de Salud, 3 836 de los establecimientos de la seguridad social ESSALUD y 213 desde los de las Fuerzas Armadas⁸¹.



78 El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad "TARGA" es la combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales, que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo. Se trata de medicamentos que controlan y reducen la concentración del VIH. Se ofrecen gratuitamente en los establecimientos de salud en varios esquemas; el principal es: Zidovudina, Lamivudina y Nevirapina.

79 Defensoría del Pueblo. *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA*. Informe Defensorial 143. Lima, 2009

80 Ibid.

81 <http://www.minsa.gob.pe/OCOM/prensa/notadeprensa.asp?np>

Con respecto a la distribución de la epidemia por edades, el 41,0% de casos corresponde a personas que fluctúan entre los 25 y 34 años, lo cual demostraría que la edad de infección se encontraría en la adolescencia o los primeros años de la juventud⁸².

A la fecha no se cuenta con información disponible sobre la cobertura del TARGA por grupos de edad en las personas atendidas. Por ello tomamos como referencia el siguiente cuadro, en el cual se puede apreciar el número de atenciones y nivel de cobertura por segmentos poblacionales: niños y niñas, y adultos; segmentos en los cuales hay una significativa presencia de población joven, siendo este el segmento más afectado por el VIH/SIDA.

Cuadro N° 38
Número de atenciones y nivel de cobertura registrados por los establecimientos de salud del MINSA en el ámbito nacional en el servicio TARGA

Población	2007	2008
Nº de atenciones TARGA adultos	5 890	9 894
Nº de atenciones TARGA niños y niñas	247	376
Nivel de cobertura TARGA adultos	94,0%	96,0%
Nivel de cobertura TARGA niños y niñas	96,0%	97,0%

Fuente: MINSA/ESN ITS y VIH/SIDA
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

El nivel de cobertura muestra una tendencia creciente, orientado a alcanzar a la totalidad de las PVVS. En promedio se puede decir que, al 2007, más del 96,0% de casos registrados en el MINSA contaba con tratamiento antirretroviral.

Además del TARGA, las PVVS reciben atención integral, definida como la atención dada por tres o más profesionales o trabajador social durante el período de un año (atención médica, psicológica, nutricional y asistencia social).

Un aspecto a considerar y que ayuda a entender la magnitud de la cobertura de tratamiento antirretroviral es el gasto que se destina a ello. Durante el periodo 2007–2009 el gasto total asignado al VIH/SIDA ascendió a 401.1 millones de Nuevos Soles (aproximadamente US \$133 millones). El gasto en el año 2007 fue de 125.1 millones de Nuevos Soles (US \$ 39.9 millones), el 2008 de 132.2 millones

82 Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Perú – período enero 2008 – diciembre 2009. MINSA

de Nuevos Soles (US \$ 45.2 millones) y el 2009 de 143.8 millones de Nuevos Soles (US \$ 47.7 millones). Cabe precisar que en los años 2005 y 2006 el gasto relativo al SIDA ascendió a 28.4 y 36.6 millones de US \$ respectivamente.

Cuadro N° 39
Gasto en VIH/SIDA por categoría de gasto 2007 – 2009, en Nuevos Soles

Función agregada	Total	2007	2008	2009
Prevención	126 815 664	31 754 052	47 711 567	47 350 045
Atención y tratamiento	168 876 124	40 769 216	55 117 095	72 989 813
Huérfanos y niños vulnerables	5 859 795	536 304	3 277 385	2 046 106
Gestión y administración de programas	17 436 580	4 888 800	5 830 134	6 717 646
Recursos humanos	153 945	47 739	79 984	26 221
Protección social y servicios sociales	6 172 806	4 933 789	727 653	511 363
Entorno favorable	21 985 268	6 638 588	8 534 008	6 812 671
Investigación relacionada con el VIH/SIDA	53 866 400	35 550 779	10 984 377	7 331 244
Total general	401 166 582	125 119 268	132 262 204	143 785 109

Fuente: Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Perú – periodo enero 2008 – diciembre 2009. MINSA

Durante el período señalado se invirtió 126.8 millones de Nuevos Soles en prevención y 168.9 millones de Nuevos Soles en atención y tratamiento. Ambas constituyen las categorías de mayor gasto efectuado y resulta notable el incremento constante de gasto en atención y tratamiento.

Meta 6.C: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Indicador 6.6: Tasa de incidencia y mortalidad asociada al paludismo

El área de transmisión de malaria en el país ocupa el 75,0% del territorio nacional y se estima que 2 500 000 de habitantes viven en riesgo de contraerla. Los problemas climatológicos como el Fenómeno del Niño, la ampliación de nuevas tierras de cultivo y la explotación de recursos mineros y petroleros, entre otros, han originado

un gran flujo migratorio hacia y desde zonas endémicas, lo que ha contribuido a la expansión de la enfermedad⁸³.

Los casos de malaria en el ámbito nacional muestran una tendencia descendente en los años 2004 al 2007, que coincidió con los años de sequía en la costa norte del Perú; sin embargo, en el 2008 se registra un incremento de la notificación de casos de malaria en la misma zona, lo que se explica por el incremento del nivel de precipitación pluvial y activación de criaderos del vector transmisor de la malaria⁸⁴.

Cuadro N° 40
Casos de malaria por año 2007 – 2009

	2007	2008	2009
Plasmodium vivax	0	92	710
Plasmodium falciparum	107	95	115
M mixta	0	0	1
Defunciones	0	0	0
Malaria total	107	187	826

Fuente: Dirección General de Epidemiología. MINSA 2010

La malaria por plasmodium vivax tiene una estacionalidad de mediano riesgo en las regiones de Loreto y Madre de Dios. En Loreto la población joven representa aproximadamente el 28,0% (249 934) del total, y en Madre de Dios aproximadamente el 31,0% (34 671). De ello, podemos inferir que una de cada tres personas en riesgo o que la padece es joven.

Las regiones con mayor presencia de malaria son; Loreto, Piura, Madre de Dios, Junín y Tumbes. En los últimos años, los casos de malaria se han incrementado de manera significativa; en Loreto se ha registrado 348 casos en el 2009, a diferencia de los 3 casos del 2008, siendo la malaria por vivax la que ha tenido mayor presencia.

83 *La malaria en la agenda pendiente de la salud pública*. Boletín Epidemiológico N° 26. 2007. Dirección General de Epidemiología. MINSA.
84 *Reemergencia de la malaria en el norte del Perú*. Boletín Epidemiológico N° 09. 2008. Dirección General de Epidemiología. MINSA

Cuadro N° 41
Regiones con mayor presencia de malaria

Región/tipo de malaria	2007	2008	2009	Población de jóvenes (15 a 29 años)
Loreto				249 934
Plasmodium vivax	0	3	348	
Plasmodium falciparum	99	93	114	
M. mixta	0	0	1	
Piura				448 821
Plasmodium vivax	20	41	45	
Madre de dios				34 671
Plasmodium vivax	0	5	36	
Junín				338 644
Plasmodium vivax	0	5	36	
Tumbes				57 602
Plasmodium vivax	0	28	40	
Malaria total	119	175	620	

Fuente: Dirección General de Epidemiología. MINSA 2010

La mortalidad asociada a la malaria no es un indicador sensible por ser muy baja y por el subregistro de las defunciones.

Indicador 6.9: Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

La tuberculosis en el Perú continúa siendo un problema de salud pública. La tasa de incidencia reportada por la Estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis del MINSA para el 2002 fue de 121 por cada 100 000 habitantes, y para el 2006 de 110 por cada 100 000 habitantes; siendo un 10,0% mayor en los varones.

En números absolutos, el año 2007 fueron diagnosticados 34 860 enfermos de tuberculosis - TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas asociadas a las características de desarrollo urbano, en donde conviven los sectores de mayor concentración de pobreza cercanos a los de mayor desarrollo económico. Lima y Callao

representan en términos epidemiológicos aproximadamente el 58,0% de la morbilidad por TB y el 83,0% de la morbilidad de TB-MDR (tuberculosis multidrogorresistente) del país⁸⁵. En la costa peruana se asienta el 90,0% de los casos de TB⁸⁶.

El grupo de 15 a 19 años muestra una tasa de incidencia estacionaria en los años 2005 y 2006 (100,3 y 102,1 respectivamente). El grupo de 20 a 24 años, por el contrario, muestra un incremento en su tasa de incidencia, de 140,6 en el 2005 a 147,3 en el 2006. Mientras que el grupo de 25 a 34 años refleja un avance en la disminución importante en la tasa de incidencia, de 106,7 en el 2005 a 93,0 para el 2006.

Cuadro N° 42
Tasas de incidencia anual de TB según grupo de edad y año. Perú, 1996 - 2006

Grupo de edad	1996	1997	1998	2000	2004	2005	2006
15 a 19 años	157,4	164,0	159,0	150,9	110,0	100,3	102,1
20 a 24 años	209,8	226,0	210,0	193,8	151,0	140,6	147,3
25 a 34 años	139,7	152,0	155,0	128,9	93,3	106,7	93,0

Fuente: Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018. MINSA

El Perú muestra casos de TB-MDR, los que en mayor proporción se presentan en hombres, especialmente en el grupo de edad de 20 a 40 años (razón de 1.53 varones por mujer)⁸⁷. La mayor proporción de casos de TB-MDR se da en la costa peruana (96,7%), especialmente en Lima – Callao que concentra el 83,0% de los casos, aproximadamente.

Para el caso de la tuberculosis extremadamente resistente⁸⁸ (TB-XDR), el Perú ha reportado un número acumulado de 208 casos a febrero del 2009, siendo probable que la prevalencia acumulada real sea mayor a la registrada.

En cuanto a la tasa de mortalidad, para el 2006 era de 3.58 casos por 100 000 habitantes, mostrándose una ligera disminución para el 2007, con una tasa de 3.04 por 100 000 habitantes.

⁸⁵ La TB puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos efectivos (de primera línea). Si el paciente abandona el tratamiento o lo toma de forma irregular, puede presentarse la tuberculosis multiresistente (TB-MDR). La TB-MDR se manifiesta cuando las bacterias causantes de la tuberculosis son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos más potentes. El tratamiento de la TB-MDR es con medicamentos de segunda línea, que son más costosos y tienen más efectos colaterales; y es más prolongado.

⁸⁶ Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018. MINSA

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ La tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) es producida por bacilos mucho más agresivos que han mutado, lo que hace más difícil la curación. La TB-XDR presenta resistencia a los medicamentos que combaten la TB MDR, es decir a una fluoroquinolona (Ciprofloxacino, Moxifloxacino) y a por lo menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina).

Indicador 6.10:

Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

En el Perú, al 2007, se logró identificar al 90,0% de los casos que existían en la comunidad y se curaron alrededor del 92% de los que ingresaron a tratamiento, habiéndose atendido 29 597 casos nuevos⁸⁹.

El año 2005 se decidió modificar el tratamiento para TB-MDR, incrementándose el número de drogas, haciendo más permisible el acceso a tratamientos con esquemas individualizados (aquellos tratamientos diseñados en función de las necesidades terapéuticas del paciente, basados en pruebas de sensibilidad) y aumentando las indicaciones de uso.

Con la aplicación de un esquema de tratamiento altamente eficaz para TB-MDR, se consiguió la conversión bacteriológica al sexto mes de tratamiento en el 93% de los casos, lo que permitió estimar que al concluir el tratamiento más del 80% de ellos tendrían como condición de egreso curado, comparado con los resultados de antiguos esquemas de tratamiento en el periodo 1997 – 2004 que solo alcanzaban a curar el 40,0% de los casos que ingresaban a tratamiento⁹⁰.

La cobertura y la calidad del tratamiento de la TB están en función de la inversión realizada por el sector público para su control durante los últimos años. Del monto total invertido en TB del 2005 al 2007, el 91,6% correspondía a gasto en tratamiento. La diferencia sustancial del 2005 se debió a que en ese periodo se gestionaron la implementación de más equipos para el tratamiento de casos.

Cuadro N° 43

Inversión del Sector público por clasificación programática⁹¹

Clasificación programática	Total	%	2005	2006	2007
Tratamiento	41 249 092	91,6	30 386 233	3 606 578	7 256 282
Diagnóstico	1 756 381	3,9	341 709	467 915	946 756
Apoyo nutricional	1 635 091	3,6	206 870	442 454	985 767
Prevención	378 496	0,8	55 790	149 111	173 595
Total general	45 019 060	100,0	30 990 601	4 666 059	9 362 400

Fuente: Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018. MINSA

⁸⁹ Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018. MINSA

⁹⁰ Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión 2007. ESNPCT. MINSA

⁹¹ El cuadro se elaboró con información recogida en el SEACE (Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones del Estado, de uso de las entidades del sector público), en la que se revisaron 1 360 procesos registrados; por lo cual, los resultados mostrados deben considerarse referenciales a los gastos totales realizados por el Sector público.

Indicadores de los ODM con rostro joven

ODM 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Metas e Indicadores ODM

Indicadores orientados a jóvenes

Meta 1 A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos estén por debajo de la línea de pobreza nacional

Indicador 1.1: Proporción de la población con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema

Indicador 1.2: Coeficiente de la brecha de pobreza

Indicador 1.3: Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población

Indicador 1.1: Proporción de la población, de entre 18 a 29 años, con ingresos inferiores a la línea de pobreza

Indicador 1.2: Proporción de población joven en condiciones de pobreza

Indicador 1.3: Proporción de la participación de la población joven en el consumo nacional

Meta 1 B: Lograr empleo pleno y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes

Indicador 1.4: Tasa de crecimiento del PBI por persona ocupada

Indicador 1.5: Relación ocupados/población en edad de trabajar

Indicador 1.6: Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema

Indicador 1.7: Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o como trabajo familiar no remunerado

Indicador 1.4: PBI per capita por joven

Indicador 1.5: Relación ocupados / población joven

Indicador 1.6: Proporción de jóvenes ocupados con ingresos inferiores a la línea de pobreza

Indicador 1.7: Proporción de mujeres jóvenes que realizan trabajo familiar no remunerado

Meta 1 C: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

Indicador 1.8: Proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal

Indicador 1.9: Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica

Indicador 1.10: Proporción de la población que presenta déficit calórico

Indicador 1.8: Proporción de jóvenes que presentan cuadros de anemia

Indicador 1.10: Proporción de jóvenes que presentan déficit calórico

ODM 2: LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Metas e Indicadores ODM

Indicadores orientados a jóvenes

Meta 2 A: Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Indicador 2.1: Tasa neta de matrícula en la educación primaria

Indicador 2.2: Conclusión de la educación primaria

Indicador 2.5: Alfabetismo de la población entre 15 y 24 años de edad

Indicador 2.1: Jóvenes que están matriculados en la educación primaria

Indicador 2.2: Jóvenes que no han concluido su educación primaria

ODM 3: PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

Metas e Indicadores ODM

Indicadores orientados a jóvenes

Meta 3 : Eliminar la desigualdad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes del fin del 2015

Indicador 3.1: Relación entre niños y niñas en la enseñanza primaria, secundaria y superior

Indicador 3.2: Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola

Indicador 3.3: Proporción de escaños ocupados por mujeres en el parlamento

Indicador 3.4: Violencia contra la mujer

Indicador 3.1: Relación entre hombres y mujeres en la enseñanza secundaria y superior

Indicador 3.3: Proporción de presencia de jóvenes en los concejos de gobierno a nivel local, regional y nacional

Indicador 3.4: Proporción de casos de violencia contra la mujer en las parejas jóvenes

ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Metas e Indicadores ODM

Indicadores orientados a jóvenes

Meta 5 A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicador 5.1: Razón de mortalidad materna

Indicador 5.2: Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Indicador 5.1: Razón de mortalidad materna en mujeres de 15 a 29 años

Indicador 5.2: % de partos en mujeres adolescentes y jóvenes entre los 15-29 años con atención de personal profesional de salud

Meta 5 B: Lograr, para el año 2015, el acceso a la salud reproductiva

Indicador 5.3: Tasa de uso de anticonceptivos

Indicador 5.4: Tasa de natalidad entre los adolescentes

Indicador 5.3: Tasa de uso de anticonceptivos en hombres de 15 a 29 años de edad

Metas e Indicadores ODM

Indicador 5.5: Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

Indicador 5.6: Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Indicadores orientados a jóvenes

Indicador 5.6: Necesidad insatisfecha de planificación familiar para espaciar, en hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad

ODM 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

Metas e Indicadores ODM

Meta 6 A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicador 6.1: Prevalencia del VIH/SIDA entre las personas de 15 a 24 años

Indicador 6.2: Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo

Indicador 6.3: Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e íntegro del VIH/SIDA

Indicador 6.2: Uso de preservativo femenino en mujeres de 18 a 29 años

Meta 6 B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesitan

Indicador 6.5: Proporción portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

Indicador 6.5: Porcentaje de población de 15 a 29 años portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

Meta 6 C: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Indicador 6.6: Tasa de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo

Indicador 6.7: Porcentaje de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida

Indicador 6.8: Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo

Indicador 6.9: Tasa de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

Indicador 6.10: Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Indicador 6.6: Porcentaje de población de entre 15 a 29 años afectados por el paludismo

Indicador 6.9: Tasa de incidencia en la población de 15 a 29 años asociadas a la TB-MDR y TB-XDR

Indicador 6.10: Tasa de comorbilidad en caso de TB





Conclusiones

1. Los ODM no deben ser vistos solo como metas cuantitativas o resultados aislados, sino como hitos en un proceso de desarrollo social del país y de desarrollo humano, en este caso, de los jóvenes. Los indicadores y las metas deben trascender hacia una perspectiva que los considere como eje de potencialidades, oportunidades y desarrollo de capacidades, no solo individuales sino también colectivas.
2. Hay una construcción de enfoques y visiones en cuanto a juventud. Estos enfoques se plasman en convenciones y acuerdos gestados por organismos internacionales que favorecen un marco general de acción dirigida a los jóvenes. El Perú se inscribe en dicho marco pero la limitación es que estos enfoques, reflexionados y construidos desde los organismos internacionales, no son suficientemente procesados e internalizados con el mismo ritmo en que se da la reflexión a nivel internacional.
3. En la normativa internacional encontramos una serie de tratados, documentos, convenciones, que protegen los derechos de las personas en general. Al margen que sean vinculantes o no, constituyen un referente ineludible para cualquier institución pública en el diseño de políticas nacionales, o en la evaluación, seguimiento o monitoreo de planes nacionales, programas; y, en este caso, para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
4. Respecto a la normativa nacional se ha presentado un acápite acerca de la legislación juvenil, a través del cual se puede visualizar la existencia de normas que regulan y promueven la participación de los jóvenes en los ámbitos regional y local, para su intervención en el desarrollo de su localidad y en la toma de decisiones.
5. A pesar que existe la iniciativa de emitir normas a favor de la población juvenil, es importante continuar promoviendo leyes o normas de menor rango que fijen las directrices para que los sectores del Estado e instituciones diseñen sus respectivos planes, programas o proyectos con enfoque de juventud.



6. Hemos constatado que los lineamientos de políticas que afectan a la juventud reflejan un avance en cuanto a los mecanismos de elaboración, a los principios que recogen y asumen –casi siempre en sintonía con las perspectivas internacionales- y a las directrices que contienen. Sin embargo, los planes y programas específicos de cada sector no recogen completamente las orientaciones formuladas en las políticas. Los enfoques y principios que evocan, -por ejemplo, la multisectorialidad, la participación activa de los jóvenes, la equidad de género-, van perdiendo visibilidad conforme se van operacionalizando las acciones y estrategias específicas. Es importante que los programas creados o por crearse, dirigidos a responder a las necesidades de los y las jóvenes, tomen como marco las políticas nacionales en materia de juventud así como también recojan los compromisos suscritos por el Estado peruano en el plano internacional como, por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
7. Los planes y programas revisados muestran que cada sector tiene definidas sus estrategias y actividades a favor del desarrollo de la juventud según sus mandatos y dentro de su área de competencia, pero aún se requiere avanzar hacia la formulación de políticas multisectoriales de juventud que respondan de manera integral a sus requerimientos. Es necesario, sobre la base de este documento, realizar una evaluación del Plan Nacional de Juventud y el cumplimiento de las políticas desde los diferentes sectores. Asimismo, se hace necesario profundizar la coordinación entre los sectores para que estos den prioridad a la agenda joven.
8. Los planes y programas nacionales requieren ser monitoreados en cuanto al cumplimiento de sus objetivos. Este punto ya está planteado en el Plan Nacional de Juventud y es parte de la labor que realiza la SENAJU en mérito al DS 027-2007-PCM. Sin embargo, se necesita el fortalecimiento de la Dirección de Monitoreo de la SENAJU, para realizar esta labor articulada de monitoreo de los programas nacionales en materia de juventud. Por otro lado, los mismos jóvenes deben jugar un rol importante en el seguimiento del cumplimiento de metas y acciones de los planes nacionales mediante la vigilancia ciudadana. Esta labor puede ser compartida con los Equipos Impulsores del Espacio Nacional de la Juventud, que pueden incorporarla a su Plan de Trabajo.
9. Con relación a la disminución de la pobreza hemos podido evidenciar que, en el caso de los jóvenes, la pobreza extrema disminuye pero no en la misma proporción que para el total de la población. Este avance para salir de la pobreza en

algunos grupos se debe a la confluencia de varios factores. Los más pobres tienen déficits en todas las dimensiones de su vida: educación, desempleo, menor oferta de servicios de salud. Hay una concentración de los problemas que marcan la vida de los jóvenes más pobres. Se hace necesario potencializar la educación de calidad y establecer programas integrales para romper este círculo de pobreza.

10. El análisis de los datos sobre la situación del empleo entre los jóvenes nos muestra que el desafío principal en la actualidad no es sólo lograr el pleno empleo sino mejorar la calidad del empleo al que acceden. El trabajo decente es el aspecto prioritario de la meta establecida por los ODM. El empleo es una de las principales vías por la que los y las jóvenes acceden a oportunidades para su desarrollo, constituye una forma de reafirmar sus aprendizajes básicos y ganar experiencias que trascienden el ámbito laboral, el trabajo debe convertirse en un espacio que forme para la vida.
11. Se requiere fortalecer la voluntad política para actuar decididamente sobre las necesidades sexuales y reproductivas de los jóvenes. Las brechas que se observan entre los diferentes grupos de jóvenes evidencian el desigual reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. Se requiere superar las barreras legales y contar con políticas que promuevan prácticas anticonceptivas en los/las jóvenes; decisiones políticas que faciliten el establecimiento de servicios diferenciados para jóvenes en todo el país, ya que esto sí está establecido pero no se asignan recursos humanos ni económicos para su implementación a nivel nacional ni proporcionalmente a la demanda de la población joven. Es igualmente indispensable fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para establecer la educación sexual integral de forma que pueda ser implementada a nivel nacional y con los recursos necesarios para construir un programa de manera sostenida.
12. Cada vez es más evidente que para poder enfrentar el avance de la epidemia del VIH y SIDA es necesario que confluyan la prevención, el diagnóstico y el acceso a tratamiento, y que estas acciones lleguen de manera articulada a la población joven. Para ello se requiere fortalecer el trabajo multisectorial, especialmente entre salud y educación en todos los niveles de intervención. Asimismo, es indispensable superar las barreras legales que dificultan el acceso de los jóvenes a los establecimientos de salud, en especial a la prueba diagnóstica del VIH/Sida, de manera confidencial y sin la necesidad de contar con un tutor. En



cuanto a lo preventivo, la información recogida en este informe también evidencia que las jóvenes unidas, los y las jóvenes con menos nivel educativo, de zonas rurales, con menos recursos económicos, se encuentran más vulnerables en cuanto tienen menos conocimiento, menor percepción de riesgo, menor uso de condón. Se requieren estrategias específicas para llegar a esta población. El involucramiento de los jóvenes, tanto en las acciones comunitarias como de planificación, implementación o vigilancia, tiene un impacto invaluable para incrementar la eficacia de las intervenciones.

13. Respecto a la culminación de la educación primaria, se observa un alto porcentaje de jóvenes que no la ha logrado en el área rural. Si bien es cierto los niveles de cobertura educativa en el nivel primario se han incrementado de manera sostenida en los últimos años, y la cantidad de jóvenes de zonas rurales que no han alcanzado el nivel primario completo ha disminuido, se debe poner más énfasis en lograr que la población joven rural pueda culminar su educación primaria.
14. En la población joven, las altas tasas de alfabetismo a nivel general y el incremento porcentual registrado del 2004 al 2008 son la demostración más patente del trabajo que viene realizando el Programa Nacional por la Alfabetización – PRONAMA. Sin embargo, en el segmento de jóvenes en situación de pobreza y pobreza extrema, que en gran proporción se ubica en el área rural, las tasas de alfabetismo son significativamente inferiores. Esta realidad amerita intensificar los esfuerzos de parte del PRONAMA y del Ministerio de Educación para que más jóvenes estén en la capacidad de leer y escribir y, por tanto, tengan más oportunidades de desarrollo económico y social.
15. Aunque en términos generales, los esfuerzos realizados hasta el momento para el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 2 son positivos, aún queda mucho por hacer por aquellos jóvenes que se encuentran en un estado de vulnerabilidad; es decir, por los que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema que se ubican, en una importante proporción, en zonas rurales.
16. En cuanto a la participación política, se ha producido un proceso de apertura hacia la participación juvenil. Sin embargo, queda pendiente una mayor inclusión de mujeres jóvenes como representantes políticas a nivel nacional, regional y local, puesto que las cifras aún no logran mostrar valores porcentuales considerables en lo que respecta a la participación de la mujer joven. Si bien es cierto su

derecho ciudadano al voto se viene haciendo efectivo, no es así de satisfactorio en cuanto a su derecho a ser elegida. No obstante, este es un proceso que se viene trabajando a nivel de las diferentes instituciones del Estado.

17. En lo que respecta a la violencia contra la mujer, según la información estadística con la que se cuenta, es sumamente importante resaltar que llama la atención las altas tasas de violencia que se ejerce contra las mujeres más jóvenes (15 a 24 años), puesto que son éstas las que registran mayor ocurrencia de violencia física y psicológica. Ante ello, en los últimos años, se han producido avances en materia normativa para prevenir y tratar públicamente la violencia contra la mujer, dejando de considerarla propia del ámbito privado, concertando entre las diferentes instituciones que vienen trabajando el tema el sustento para lograr penas más severas contra los violentadores y proteger a las mujeres violentadas.
18. En general, se viene generando un proceso lento pero significativo en cuanto a los avances sobre la consideración e inclusión del género en los diferentes ámbitos sociales en los que se construye la identidad femenina y masculina, produciéndose en estos últimos años una mayor preocupación por lograr profundas transformaciones que den cuenta de los avances de la equidad y la consideración de la perspectiva de género en el abordaje de las políticas públicas.
19. La salud materna de las mujeres jóvenes va en mejora en los últimos años. El lugar donde ocurre la mayor cantidad de partos son los establecimientos de salud (80,8%) y, consecuentemente, se ha incrementado la asistencia al parto con personal de la salud. Estos avances llevan a una disminución de la vulnerabilidad de la mujer joven ante la muerte materna.
20. Con respecto al acceso a la salud reproductiva mediante el uso de anticonceptivos, queda claro que más del 99,0% de los y las jóvenes conocen algún método, y en cuanto al uso se ha notado un incremento en los últimos años, en particular en las mujeres sexualmente activas (aproximadamente el 90,0%) y actualmente unidas (aproximadamente el 70,0%); quedando aún pendiente la misma conducta preventiva en el joven varón.
21. Un aspecto al que hay que orientar una mayor atención es la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, la misma que se mantiene en un promedio de 13,0% durante los últimos años, aunque en promedio un



90,0% ha accedido o accede a la atención prenatal, disminuyendo con ello riesgos y vulnerabilidades en su salud.

22. El grupo de edad de 20 a 29 años concentra la mayor cantidad de casos de SIDA, tanto para los varones como para las mujeres, en razón de 2.83 hombres / 1 mujer hasta el año 2009, siendo la principal vía de transmisión la sexual. La aparición de casos es latente cada año, aunque en menor medida, lo cual podría deberse a un mayor incremento en el conocimiento de los asuntos relacionados al VIH/SIDA en los jóvenes debido a la información brindada por el personal de salud y al rol de la escuela como espacio de conocimiento de este fenómeno.
23. En cuanto al acceso a antirretrovirales, el nivel de cobertura muestra una tendencia creciente, orientado a alcanzar a la totalidad de las PVVS. A partir del 2007 más del 96,0% de casos registrados por el MINSA cuenta con tratamiento antirretroviral, lo cual se debe a una mayor inversión del Estado en la lucha contra este mal, en particular, en lo concerniente a la atención y tratamiento.
24. Entre las otras enfermedades, el paludismo se muestra como una amenaza de mediano riesgo en algunas regiones del país (siendo la principal Loreto).
25. En cuanto a la tuberculosis, el aspecto más saltante en la población joven es el comportamiento de la tasa de incidencia anual; el grupo de 15 a 19 años muestra una tasa de incidencia estacionaria en los años 2005 y 2006 y en el grupo de 20 a 24 años, por el contrario, se observa un incremento en su tasa de incidencia. En la actualidad, con la mejora en el esquema de tratamiento, se alcanza el 92,0% de curados del total de quienes ingresan a tratamiento, lo que se debe a una mayor inversión estatal para afrontar este problema.



Anexo

Metodología

Las estadísticas presentadas en el Informe provienen de fuentes oficiales nacionales, elaboradas por la Secretaría Nacional de la Juventud sobre la base de las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se utilizó además información proporcionada por el Instituto Nacional de Salud (INS), Ministerio de Educación (MINEDU), Jurado Nacional de Elecciones (JNE), Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), Registro y Estadística del delito de Trata de personas y Afines (RETA), Ministerio de Salud (MINSa).

Para el desarrollo de los cuadros y gráficos estadísticos se utilizaron las bases de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHo), Encuesta Demográfica de Salud (ENDES), Encuesta Demográfica de Salud de Varones (ENDES - Varones), Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN), Estadística de Calidad Educativa (ESCALE), Censos Nacionales 2007: XI de Población y Vivienda Perfil Socio Demográfico del Perú.

1. Elaboración y Procedimientos

Para la elaboración de los cuadros estadísticos con relación a la Encuesta Nacional de Hogares – Condiciones de Vida y Pobreza, se trabajó de la siguiente manera:

Los niveles de inferencia son Urbano, Rural y Lima Metropolitana. La categoría *urbano* corresponde a los estratos que tienen como mínimo 401 viviendas; de igual forma, la categoría *rural* corresponde a los estratos con menos de 401 viviendas. Al hacer referencia a Lima Metropolitana corresponden los 43 distritos de la provincia de Lima e incluye a la Provincia Constitucional del Callao.



El procedimiento implica:

1. Se seleccionaron las siguientes bases: Base 200 – Características de los Miembros del hogar, Base 500 – Empleo e Ingresos y la Base Sumaria – Sumarias (Variables calculadas).
2. De la base de datos se segmentó solo a la población joven, es decir aquella que tenía entre 15 a 29 años⁹².
3. Los cuadros fueron elaborados en el paquete estadístico SPSS (Software para análisis estadístico).
4. Se obtuvieron resultados a nivel de datos expandidos (ponderados por factores de expansión), casos por preguntas y porcentajes horizontales (según el grupo de edad).
5. La información fue exportada al Excel y Word para su correspondiente análisis.

2. Indicadores utilizados

Pobreza

El indicador hace referencia a la Pobreza Total Monetaria, es decir, la insuficiencia del gasto per cápita respecto al monto mínimo necesario para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias. En otras palabras, el gasto per cápita por debajo de la Línea de pobreza total.⁹³

Pobreza Extrema

Se refiere a la insuficiencia del gasto per cápita con respecto al valor de la canasta mínima alimentaria, es decir, el gasto per cápita menor al valor de la Línea de pobreza alimentaria.

Brecha de Pobreza

Este indicador refleja el grado de concentración del gasto entre los pobres, es decir, indica qué tan pobres son los pobres. Se expresa como la diferencia promedio (en términos de porcentaje) que existe entre el gasto total per cápita de cada uno de las personas en situación de pobreza respecto al valor de la Línea de Pobreza.

⁹² Ley N° 27802 establece para el caso del Perú, la denominación joven, a las personas comprendidas entre los 15 a 29 años de edad.

⁹³ Ibid.

PET

Población de 14 años y más de edad.

PEA

Personas de 14 años y más que trabajan (empleadas) más las que buscan activamente trabajo (desempleadas).

PEA ocupada:

Personas de 14 años y más que tienen empleo.

Tasa de ocupados

Es la proporción de la PEA ocupada respecto del total de la PEA (ocupados más desocupados).

Tasa de actividad

Indica el grado de participación de la población en edad de trabajar en la actividad económica. Es la proporción de la PEA respecto de la PET.

Tasa de desempleo

Es la proporción de personas (entre la PEA) desempleadas o desocupadas que están buscando activamente un empleo; es decir, la PEA desocupada respecto del total de la PEA.

Ocupación Principal

Es aquella que el informante considera como tal. En caso de duda, cuando el informante tiene dos o más ocupaciones y no puede determinar su ocupación principal, se considera como principal aquella que le produce mayor ingreso. Si ambas le reportan igual ingreso, se considerará aquella a la que el informante dedique mayor tiempo.

Prevalencia de anemia en adolescentes

Es la proporción de adolescentes de 15 a 19 años con anemia, es decir ($Hb < 12$ gr./dL) respecto al total de la población expuesta.

Tasa de Mortalidad Materna

Expresa el número de defunciones de mujeres en edad reproductiva debido a complicaciones durante el embarazo o parto, en un determinado año o período. Se expresa por cada 1 mil ó 100 mil habitantes.



Tasa de Morbilidad

Expresa el número de personas que contraen una enfermedad durante un período determinado. Se expresa por cada 1 mil ó 100 mil habitantes.

Tasa Global de Fecundidad

Es una medida hipotética, responde a la pregunta: ¿cuántos hijos tuvo realmente?, como promedio, en un cohorte de mujeres en edad fértil⁹⁴ durante su período de reproducción.

Número promedio de hijos que habría tenido una mujer (o grupo de mujeres) durante su vida si sus años de reproducción transcurrieran conforme a la tasa de fecundidad por edad de un determinado año.

Tasa de Analfabetismo

Se calcula como el cociente de la población de 15 años y más que declaró no saber leer ni escribir sobre la población total de ese grupo de edad.

Nivel Educativo Alcanzado

Indica el porcentaje de la población de 17 años y más que declaró el último nivel de estudios que logró aprobar.

Tasa de Conclusión Secundaria

Proporción de la población que culmina la educación secundaria con 16 a 18 años de edad o 19 a 21 años de edad, respecto a la población con las edades correspondientes.

■ 94 Mujeres en Edad Fértil, comprende a la población femenina de 15 a 49 años.



Bibliografía

- Albán Wendy, Laos Alejandro, Mujica Jaris, Nauca Luis, Silva Rafael
2007 *Futuro sin pobreza: Balance de la lucha contra la pobreza y propuestas*
Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Perú
- Centro Internacional de Cooperación Técnica en VIH-Sida (CICT), GTZ, ONUSIDA
2009 *Fortaleciendo la educación Sexual a través de la cooperación horizontal
entre países sudamericanos*
Cooperación Alemana al Desarrollo (GTZ) y el Programa conjunto de las
Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONUSIDA), Brasil
- Comisión Interministerial de Asuntos Sociales de la Presidencia del Consejo de
Ministros. Lima
2009 *Informe de Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2004-
2008 Resumen Ejecutivo.*
Presidencia del Consejo de Ministros, Programa de las Naciones Unidas
para el Desarrollo (PNUD), Lima
- Consejo Nacional de Juventud (CONAJU)
2005 *Lineamientos de Política Nacional de Juventudes Una apuesta para trans-
formar el futuro. Perú*
CONAJU, Lima, Perú
- Consejo Nacional de Juventud (CONAJU)
2006 *Plan Nacional de la Juventud 2006-2011.*
CONAJU. Lima, Perú



Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

2008 *Juventud y Cohesión Social en Iberoamérica: un modelo para armar*
CEPAL. Santiago, Chile

Comisión Económica para América Latina (CEPAL)
Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ)

Chávez Susana, Ferrando Delicia

2009 *Perú: Análisis situacional y diagnóstico de necesidades en torno al acceso a condones masculinos y femeninos*

Ministerio de Salud /MINSA/, Fondo de Población de las Naciones Unidas

Defensoría del Pueblo

2009 *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: Supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA. Informe Defensorial 143*

Defensoría del Pueblo, Lima, Perú.

Dirección General de Epidemiología

2007 *La malaria en la agenda pendiente de la salud pública. Boletín Epidemiológico N° 26.*

Ministerio de Salud (MINSA)

Dirección General de Epidemiología

2008 *Reemergencia de la malaria en el norte del Perú. Boletín Epidemiológico N° 09.*

Dirección General de Salud de las personas, Etapa de vida Adolescente

2005 *Lineamientos de Política de Salud de los y las adolescentes.*

Ministerio de Salud, Lima, Perú

2009 *Análisis de la situación de salud de las y los adolescentes ubicándolos y ubicándonos*

Ministerio de Salud, Lima, Perú

Dirección General de las Personas, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

2009 *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Materna 2009-2015*
Ministerio de Salud, Lima, Perú

Dirección de Tutoría y Orientación educativa

2008 *Lineamientos para una Educación Sexual Integral. Documento de trabajo*
Ministerio de Educación, Lima, Perú

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Hacia un nuevo pacto social y de Género. Corresponsabilidad entre trabajo productivo y reproductivo en el Perú.

Disponible en: www.unfpa.org.pe

Giraldo A.

2009 *Tendencia de la mortalidad materna en base a los datos del sistema de vigilancia epidemiológica en el Perú (2004 - 2008).*
Boletín Epidemiología, Lima, 18(46):858-860.

Global Alliance for Youth Employment

2001 *Recommendations of the High-Level Panel on Youth Employment*
ONU, New York

Hidalgo Catalina

2009 *Una aproximación a la vivencia del embarazo y a las barreras para el acceso a servicios de salud en adolescentes andinas de Apurímac.*
Instituto de Educación y Salud, Perú

Instituto Nacional de Estadística

2008 *Encuesta Demográfica de Salud*
INEI, Fondo de Población de las Naciones Unidas

Instituto Nacional de Estadística

2008 *Censos Nacionales 2007: XI de Población y Vivienda Perfil Socio Demográfico del Perú.*
Fondo de Población, PNUD

Instituto Nacional de Estadística

- 2009 *Encuesta Demográfica de Salud Varones 2008 Resumen Ejecutivo Borrador*
Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA UNICEF Perú

Instituto Nacional de Salud (INS) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional

- 2004 *Informe Final Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales*
documento de trabajo
Ministerio de Salud, Perú

Jessie Shutt-Aine, Maddaleno Matilde

- 2003 *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*
Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington

Mendoza, Walter

- 2008 *Cambio Poblacional: Bono Demográfico en el Perú. Julio 2008*
Perú Económico Apoyo Publicaciones volumen XXXI No.7/

Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano (PROMUDEH)

- 2002 *Plan Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia 2002 – 2010.*
Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano PROMUDEH.
Perú

Ministerio de Educación

- 2005 *Plan Nacional de Educación para Todos 2005-2015, Perú. Hacia una educación con calidad y equidad*
Ministerio de Educación, Lima, Perú

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)

- 2005 *Plan Nacional de Igualdad de oportunidades entre varones y mujeres 2006-2010*
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Perú

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)

2009 *Situación de la Mujer Rural en el Perú diagnóstico y propuestas documento preliminar. Perú*
Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Perú

Ministerio de Salud (MINSA)

Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS Perú – Período enero 2008 – diciembre 2009.

Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/OCOM/prensa/notadeprensa.asp?np>

Ministerio de Salud (MINSA)

Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2009 – 2018

Ministerio de Salud, Lima, Perú

Ministerio de Salud (MINSA)

Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión 2007. ESNPCT.

Ministerio de Salud, Lima, Perú

Ministerio de Trabajo y Proyección Social

1996 *Estudio de las características cuantitativas y cualitativas de la producción de servicios de capacitación en trece provincias del Perú*
MTPS-INEI, Lima

Oficina de Estadística e Información Electoral

2006 *Elecciones Municipales Estadísticas Generales*
Jurado Nacional de Elecciones

Oficina General de Epidemiología

2009 *Boletín de la Dirección General de Epidemiología*
Ministerio de Salud, Lima, Perú

Organización Iberoamericana de Juventud

2007 *Jóvenes de Iberoamérica y los objetivos de Desarrollo del Milenio*
Desafíos a mitad de Camino
Organización Iberoamericana de Juventud



Rostro joven de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**

Pantelides, Edith

Aspectos sociales del embarazo y fecundidad adolescente en América latina

www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229

Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual

2008 *Boletín Estadístico 2008.*

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)

Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización - PRONAMA

Fuente: Indicadores Básicos 2004-2008 MIMDES

Disponible en: <http://alfa.minedu.gob.pe/>

Pun, M.

2009 *Día mundial de lucha contra el SIDA - 1 de diciembre.*

Boletín Epidemiológico.

Dirección General de Epidemiología. MINSA.

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE
TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA
PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA
Correo e.: tareagrafica@tareagrafica.com
Página web: www.tareagrafica.com
TELÉF. 332-3229 FAX: 424-1582
AGOSTO 2010 LIMA - PERÚ

CON LOS JÓVENES **EL PERU
AVANZA** 

