

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL – EPU PERÚ 2012

INFORME DE UNICEF

A) Seguimiento a las recomendaciones del EPU 2008:

1. En el proceso de Examen Periódico Universal (EPU) que se realizó al Perú en 2008, se realizaron cuatro recomendaciones que directamente se relacionan con la infancia y de las cuales UNICEF ha realizado un especial seguimiento. Con respecto a la primera recomendación, relativa a la protección de los derechos humanos de los grupos vulnerables, en particular de los pueblos indígenas, se sigue observando la necesidad de continuar avanzando. La población indígena de la región Amazónica es la que sufre los mayores niveles de pobreza y de exclusión económica y social. En el caso de los niños cuya lengua materna es una lengua originaria amazónica, el 81% vive en hogares pobres y el 41% vive en extrema pobreza, en comparación con el 29% y 8%, respectivamente, cuando se trata de niños cuya lengua materna es el castellano, en la misma región. La tasa de mortalidad infantil en la población con lengua originaria amazónica llega hasta 64 por cada 1000 nacidos vivos, frente a los 11 por 1000 nacidos vivos de Lima. En virtud de estas cifras, aún consideramos que queda un largo camino para asegurar la protección tanto de los pueblos indígenas como de otros tan vulnerables como los afrodescendientes.
2. En relación a la recomendación sobre incrementar las medidas para acabar con el trabajo infantil y promover la reintegración social de los niños, niñas y adolescentes víctimas de la explotación, a pesar de los avances, debe mencionarse que aún se da el fenómeno de trata con fines de explotación sexual en varias regiones del país, sin la existencia de estadísticas fidedignas que muestren la magnitud real del fenómeno.
3. Con respecto a la recomendación sobre la cooperación con las actividades de la Defensoría del Pueblo, en el caso de infancia, se ha creado la Adjuntía de la Niñez en la Defensoría del Pueblo. Aun así, se considera necesario fortalecer esta institución para que a nivel regional puedan contar con un Comisionado dedicado exclusivamente al tema de niñez y adolescencia.
4. En relación a la recomendación 19ª, relacionada con el problema de la identidad, para el que se recomendaba en 2008 proporcionar documentos de identificación a quienes carecen de ellos, a pesar de los avances, se detecta la necesidad de reforzar el liderazgo del ente rector de infancia y adolescencia en este ámbito. De acuerdo a datos de la ENDES 2011, más de un 10% de niños y niñas menores a cinco años aún carecían de Documento Nacional de Identidad.

B) Estado actual de los derechos de la infancia en el Perú:

5. A pesar del fuerte crecimiento económico de Perú los últimos años, aún siguen existiendo fuertes brechas de inequidades entre regiones, quintiles, población urbana y rural, género, etnicidad y lengua materna originaria. De acuerdo al Índice de Desarrollo del Niño¹, existe una clara diferencia entre departamentos. Así, Huánuco, Cajamarca, Amazonas, Huancavelica, Loreto y Ayacucho son los que cuentan con un índice menor. A escala nacional, las familias del quintil más rico ganan 24 veces más que las familias del quintil más pobre.
6. Perú tiene una población de 30 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente el 70% es población urbana, y de ella el 40% vive en Lima. Esto refleja una alta tasa de migración a la capital, sobre todo de habitantes indígenas andinos y amazónicos. Se estima que para el año

2013, tres de cada cuatro peruanos vivirán en ciudades. Los niños y adolescentes menores de 18 años representan el 37% de las ciudades, mientras que los menores de cinco llegan al 12% del totalⁱⁱ. La mitad de estos niños y niñas viven en condición de pobrezaⁱⁱⁱ, mientras que este porcentaje baja a un 35% para el total de la población peruana.

7. El Gobierno ha ratificado la CDN, ha promulgado el Código de los Niños y Adolescentes (CNA), ha suscrito la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como la Declaración del Milenio.
8. En materia normativa, en 2012 se espera la aprobación del nuevo Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (PNAIA) 2012-2021, tras más de un año de retraso con respecto a la fecha inicialmente prevista.
9. En el ámbito institucional, el nuevo gobierno decidió en 2011 establecer un Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) con una estrategia clara de llegar a los más excluidos. El trabajo de este Ministerio se focalizará en la universalización de la educación inicial y la eliminación de la desnutrición crónica, lo que puede ayudar al cumplimiento de las recomendaciones del CRC. Resulta también positiva la preocupación por incrementar los presupuestos protegidos en materia de infancia, y el esfuerzo del Estado peruano por crear mecanismos gubernamentales que permitan un enfoque holístico e integral de las políticas y programas relacionados con la niñez y adolescencia.
10. Cualquiera de los derechos de la infancia está potencialmente en peligro por la fuerte prevalencia de desastres naturales. Los más pobres son precisamente los que menos capacidad tienen para adaptarse y hacer frente a inundaciones, olas de frío o sismos. La consecuencia más inmediata de estos fenómenos es la falta de alimentos y de cobijo, así como las dificultades de acceso a servicios esenciales de salud, educación o protección. Según datos del INDECI, aproximadamente cuatro millones de peruanos estuvieron afectados de 2008 a 2011 por algún tipo de emergencias a nivel nacional. Existe escasa capacidad de previsión y adaptación por parte de las regiones y, año tras año, cientos de niños se quedan sin escuela, se reportan miles de casos de pulmonías que podrían haber sido evitadas y serios problemas de desnutrición se repiten cíclicamente en determinadas temporadas.
11. Se estima que el 2,5% de la niñez^{iv} y adolescencia del Perú es afrodescendiente, de los cuales más de 134.000 son menores de 11 años, viviendo el 70% en zonas rurales. La población afrodescendiente carece de encuestas o datos específicos dentro del Perú; esta carencia numérica de evidencias complica el diseño de políticas específicas para este grupo poblacional, que tiene un limitado acceso a los servicios de educación y salud, así como un reducido reconocimiento de sus derechos.

➤ Derecho a la salud y a la nutrición

12. Actualmente, más de dos millones y medio de peruanos se encuentran totalmente excluidos del acceso a la salud. Esta población está compuesta en un 87% por población pobre, de la que la mayor parte reside en áreas rurales. Este acceso limitado y tardío a los servicios de salud se debe a la baja percepción del derecho y necesidades de salud, así como a escasos niveles de calidad y trato de los servicios públicos.
13. En el caso de las áreas rurales donde habitan comunidades indígenas andinas y amazónicas, es notoria la carencia de políticas e intervenciones que promuevan el desarrollo de estrategias interculturales en la atención y servicios de salud. El modelo de servicios de salud gira en torno

a dispensar medicamentos y no interactúa con los sistemas informales que aún conservan estas comunidades, lo que contribuye a la ineficacia del sistema para ellos.

14. La hepatitis B en la Amazonía peruana ha afectado particularmente a las comunidades Candoshi y Shapra, de la provincia de Datem del Marañón, de la Región Loreto, lo que ha puesto en riesgo su existencia como pueblo. Si bien es cierto que se ha avanzado en el desarrollo de políticas públicas y en el incremento del financiamiento para la vacunación de los niños, la capacidad de los servicios de salud dista mucho de las necesidades de prevención y atención de la epidemia.
15. La cobertura de los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo (PMTCT por sus siglas en inglés) aumentó. El Perú es uno de los cinco países en la región en el cual, durante el 2009 se aplicó la prueba del VIH a más del 80% de mujeres embarazadas. Durante el 2010 solo el 6% de niños nacidos de madres infectadas con VIH fueron infectados.
16. En cuanto a la salud mental, existe aún poca disponibilidad de servicios especializadas, con una ausencia total de ellos en zonas rurales.
17. En relación a la mortalidad materna, se han comprobado importantes avances a lo largo de los últimos años (de 265 en 1996 se han reducido a 103 los casos en 2009 por cada mil partos). En esta relativa mejora, ha influido positivamente el mayor acceso a la atención médica que, si bien es casi universal en las zonas urbanas, sigue siendo insuficiente en áreas rurales, existiendo una importante brecha en función de la lengua materna de la gestante. Sólo el 66% de mujeres con lengua materna quechua son atendidas en el parto por profesionales, porcentaje que disminuye al 17% en el caso de lenguas amazónicas. Sin embargo, las cifras de mortalidad materna en el Perú siguen siendo superiores a lo que se podría esperar de un país de ingresos medios.
18. A pesar de que Perú ha reducido notablemente la mortalidad infantil, lo que es un importante logro para el cumplimiento de los ODM, esta cifra se sigue aun concentrando en el recién nacido de hasta los 28 días de vida. Una alta proporción de estas muertes ocurren en las áreas rurales, y en los hogares, a pesar de que el nacimiento se produce mayormente en los establecimientos de salud.
19. El Perú también ha logrado reducir significativamente la desnutrición crónica infantil entre el 2007 y 2011, después de diez años de estancamiento. A escala nacional, la desnutrición crónica se redujo de 27.8% en el 2007 a 19.5% en el 2011 según el patrón de la OMS. Esta reducción se explica por el incremento del presupuesto público orientado a las intervenciones efectivas en nutrición y sus determinantes en el marco de la Estrategia Nacional Articulada de Lucha Contra la Desnutrición Crónica. Sin embargo, todavía se mantiene tasas altas de desnutrición superior al 40% en 755 distritos (de un total de 1837 distritos), principalmente de las zonas indígenas.
20. La anemia es un problema nutricional todavía crítico, observándose una reducción moderada en los últimos dos años (de 52.9% en el 2009 se ha pasado a 41.7% en el 2011). La implementación de la estrategia con multimicronutrientes, en la que participa UNICEF, en algunas regiones del país ha contribuido a esta reducción. En este ámbito también se ha contribuido al diseño de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Desnutrición, aplicando las lecciones aprendidas del Programa Buen Inicio, desarrollado por UNICEF entre 2000 y 2006.
21. Debido a factores sociales y legales, no se tiene una estrategia para prevenir el embarazo en adolescentes. A nivel nacional, el 13,7% de embarazos se producen en mujeres adolescentes.

En la zona rural es del 22.2% y en las zonas amazónicas alcanza hasta el 30%. Además de un potencial problema de salud para la madre y el bebé, el embarazo en adolescentes tiene fuertes repercusiones en el desarrollo de la vida futura de la madre, así como en su proyecto de vida.

22. Es preocupante la tendencia a la disminución de la lactancia materna exclusiva en medios urbanos, especialmente en Lima metropolitana^v. Una de las causas es la escasa promoción de la lactancia materna en los establecimientos de salud tanto públicos como privados. Perú adoptó en 1981 el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna, y en 2006 se aprobó por Decreto Supremo la actualización del Reglamento de Alimentación Infantil. Este Reglamento viene siendo trasgredido sistemáticamente en los servicios de maternidad, por el personal de salud, las empresas comercializadoras y los medios de comunicación.

➤ Derecho al aprendizaje y a la educación

23. A pesar de que en educación las tasas netas de inscripción escolar han aumentado en la última década, éstas siguen siendo inadecuadas en los niveles de educación preescolar (55%) y secundaria (64%), siendo aún más bajas en las áreas indígenas rurales. La calidad de la educación necesita mejoras ya que, por ejemplo, sólo el 23% de los niños alcanza los niveles adecuados de comprensión de textos esperados para su edad y sólo el 13% lo logra en el área de matemáticas. En zonas indígenas rurales dicho porcentaje es aún menor, con un 12% y 7%, respectivamente.
24. La cobertura en Educación Intercultural Bilingüe (EIB) no llega al 12%, lo que implica que 9 de cada 10 NNA tiene un docente que no entienden. Esto produce bajos logros escolares, así como una baja culminación de la escuela en la edad esperada, la expulsión del sistema, y el analfabetismo funcional a mediano y largo plazo.

➤ Derecho a la protección

25. Los niños, niñas y adolescentes no son considerados habitualmente como sujetos de derechos, empleándose diversos pretextos culturales para justificar la violencia y el abuso. Por otro lado, los mecanismos de protección, muestran fragilidades, existiendo una aceptación más o menos generalizada de violencia hacia los niños que se refleja en varios indicadores.
26. El sistema de registros de casos y atenciones de violencia familiar y sexual del centro de emergencia de la mujer, hasta octubre del 2011, registró un total de 9.301 casos, con un reincidencia del 9.5%. Normalmente, en los hogares en los que se produce violencia contra la mujer, existe también violencia contra los niños, aunque se carece de estadísticas fiables con respecto a este tipo de casos.
27. Además, el creciente número de casos de trata de niños para fines de explotación sexual se refleja en el sistema RETA, que ha registrado en los últimos siete años 1.672 víctimas, de las cuales 47% han sido niñas y adolescentes. A pesar de estos datos, el sistema de información es muy precario y solo muestra parcialmente un aspecto del tema, que son las denuncias.
28. En cuanto a adolescentes en conflicto con la ley, en el 2010, 4.391 adolescentes se registraron en los Centros Juveniles del Poder Judicial, de los cuales 1.622 estuvieron en medio abierto, con poca promoción de medidas socioeducativas alternativas a la privación de libertad, particularmente en las regiones rurales.

29. La situación de los NNA en centros de atención residencial merece una revisión íntegra, ya que se desconoce la magnitud de los NNA institucionalizados, y no existe un mecanismo de monitoreo en dichas instituciones. Asimismo, es necesario revisar los procesos que declaran a los niños y niñas en abandono, dado que en muchas ocasiones no han incluido una investigación profunda, y se considera la institucionalización como medida única de protección.
30. Por otro lado, los centros de atención residencial no cuentan con equipos técnicos suficientes y preparados para trabajar con estos NNA. En muchas regiones, los adolescentes en conflicto con la ley penal, están en centros de atención residencial por no contar con un lugar específico para ellos.
31. Las fragilidades del sistema de protección se deben a una falta de articulación intersectorial, una cierta debilidad de capacidades en los operadores que entran en contacto con los NNA, y un reducido presupuesto para este tipo de situaciones, aún más en las zonas rurales y amazónicas. Sólo existen en el país 30 defensores de oficio para familia, niñez y adolescencia.

➤ Derecho a la inclusión de NNA con discapacidad

32. Existe información muy limitada, en el Perú, sobre personas con discapacidad, siendo la relativa a NNA aún menor. Ya en el año 2006, el 8,4% de la población en el país contaba con algún tipo de discapacidad^{vi}, y 11 hogares de cada 100 tenía algún miembro con discapacidad en el Perú^{vii}. Es relevante destacar que un 7,1% de esta población tiene menos de 11 años y que un importante 13,6% tiene menos de 17 años.
33. El acceso de los NNA con algún tipo de discapacidad a los servicios educativos es muy limitado, ya que uno de cada cuatro en edad escolar no cuenta con ningún grado de formación. Por otro lado, existe un escaso acceso a los servicios de salud, pues solo el 40% cuenta con seguro de salud, mientras que este porcentaje es de un 80% para niños y niñas sin ningún tipo de discapacidad.

C. Recomendaciones:

Se recomienda al Estado peruano:

34. Institucionalizar y ampliar los mecanismos de participación de niños y adolescentes, especialmente de aquellos más excluidos, tal y como reconoce la Convención sobre Derechos del Niño, firmada por el Perú en 1992.
35. Promover políticas de inclusión social de la niñez indígena y afrodescendiente, teniendo en cuenta los enfoques de género e interculturalidad en las políticas sociales y en el diseño e implementación de los programas estatales, regionales y locales.
36. Disminuir las brechas existentes en el acceso a servicios de la niñez indígena y afrodescendiente, a través de una mejor asignación del presupuesto público, un incremento en la disponibilidad de datos y una mejor adaptación cultural a sus necesidades.
37. Promover políticas encaminadas hacia la universalización de los derechos para todos los niños, niñas y adolescentes del Perú, considerándolos no sólo como sujetos de asistencia sino como auténticos sujetos de derechos.

38. Desarrollar las capacidades locales de planificación, preparación de presupuestos, gestión, monitoreo, y prestación de servicios relacionados con infancia.
39. Enfatizar aquellas políticas dirigidas al recién nacido, tanto en servicio como en asignación presupuestal, ya que la inequidad no solo se manifiesta entre grupos poblacionales sino también entre etapas de vida.
40. Continuar los esfuerzos por lograr erradicar la desnutrición y la anemia, especialmente en la población más vulnerable, tanto rural como urbana.
41. Realizar un abordaje multisectorial en relación al embarazo adolescente, en el que se involucre también al poder legislativo, facilitando a menores de edad el acceso a servicios públicos de salud y también de planificación familiar.
42. Ampliar la cobertura en Educación Intercultural Bilingüe con calidad e incrementar la importancia del “área de ciudadanía” dentro del programa educativo, con fuerte contenido intercultural para revertir el racismo y la discriminación.
43. Intensificar el esfuerzo por documentar a niños allá donde las brechas son más claras, por motivos de etnia o lengua, ya que esto permitiría tener bases de datos nominales y hacer el seguimiento del crecimiento y el desarrollo de los NNA desde su nacimiento.
44. Incrementar el presupuesto del sector salud para NNA, incluyendo salud mental, de manera proporcional al aumento en la afiliación, haciendo un esfuerzo por universalizar los servicios.
45. Fortalecer el papel del ente rector sobre infancia, otorgando un papel más claro a la DINNA.
46. Finalizar la Revisión del Código del Niño y del Adolescente, dentro de un proceso consensuado, para su aprobación final en el Congreso de la República.
47. Desarrollar la ley que prohíbe el castigo físico y trato humillante hacia NNA, así como mejorar los sistemas de denuncia y sanción, a los que cometen violencia contra los NNA, particularmente a los operadores del estado que trabajan con ellos.
48. No reducir la edad mínima de responsabilidad penal y que se incrementen los servicios de atención y recuperación para aquellos adolescentes que se encuentran privados de su libertad.
49. Mejorar e incrementar la implementación de medidas socioeducativas, alternativas a la privación de la libertad, estableciendo un sistema de monitoreo y seguimiento de estas medidas.
50. Realizar un censo nacional de todos los centros de atención residencial del país.
51. Desarrollar planes de capacitación especializada para los operadores de justicia, educación, servicio social y protección, con énfasis especial en la prevención de desastres naturales.
52. Incrementar la información sobre NNA con algún tipo de discapacidad, asegurando su acceso a los servicios de salud y educación.

ANEXO I: Glosario

CDN - Convención sobre los Derechos del Niño

CRC – Comité de Derechos del Niño

CNA - Código de los Niños y Adolescentes

CONADENNA - Comisión Nacional por los Derechos de las Niñas, los Niños y Adolescentes

DINNA – Dirección de Niña, Niños y Adolescentes, del Ministerio de la Mujer y de las Poblaciones Vulnerables.

ENDES – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

INDECI – Instituto Nacional de Defensa Civil

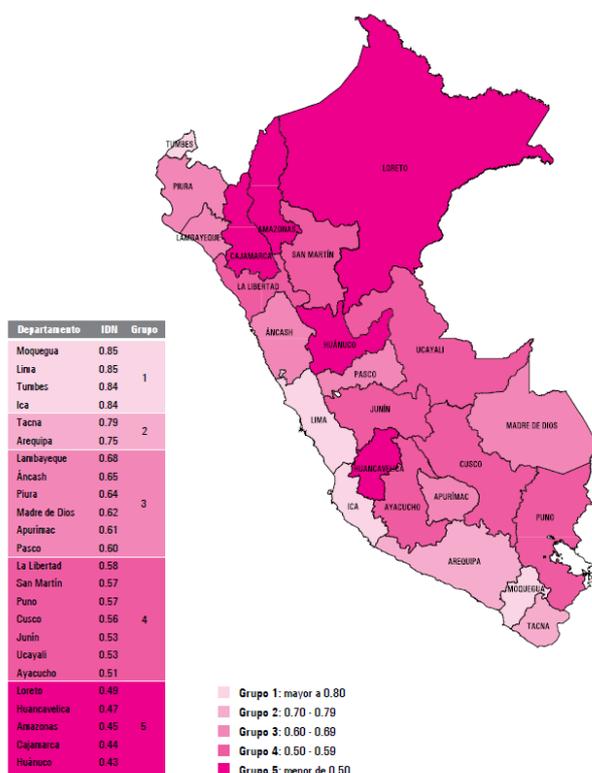
NNA – Niñas, niños y adolescentes

RETA - Registro y Estadística del Delito de las Personas y Afines

PMTCT - Preventing Mother to Child Transmission (PMTCT) de VIH

ANEXO II – Mapa Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia

Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia

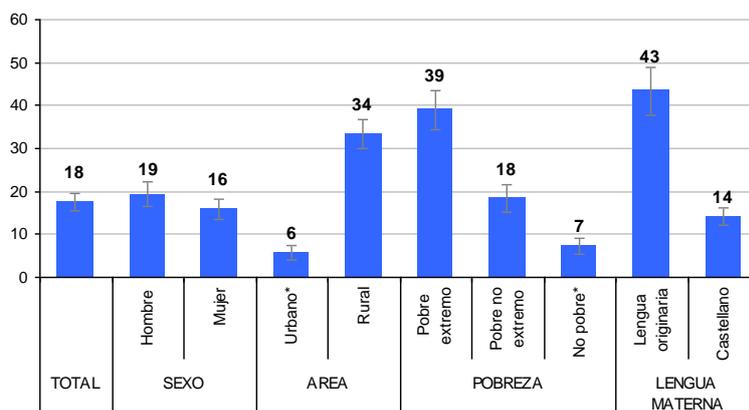


Fuente: *Estado de la Niñez en el Perú; UNICEF; 2011, a partir de datos de la ENDES, 2009*

El Índice de Desarrollo del Niño en la primera infancia se obtiene a partir de una serie de indicadores de salud y nutrición, de aprendizaje y educación, y de protección de otros derechos. Tal como puede apreciarse, las regiones de Lima, Ica, Tumbes y Moquegua -todas ellas ubicadas en la costa- presentan un mejor desempeño relativo. Por su parte, las regiones

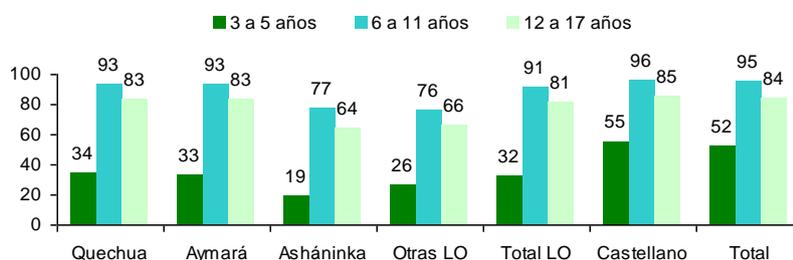
Amazonas, Huánuco, Cajamarca, Huancavelica y Ayacucho, regiones que en su mayoría son prioritariamente de sierra, muestran un menor desempeño relativo. Además, en estas cinco regiones la incidencia de pobreza en los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad es relativamente alta (entre el 60% y el 88%), residiendo en zonas rurales entre el 70% y el 90%, de los que entre el 20% y el 66% hablan una lengua originaria. Por tanto, puede concluirse que existe una vinculación directa entre la situación de la salud, la educación y otros derechos de los niños y niñas, con la pobreza, la ruralidad y la lengua materna.

ANEXO III - Desnutrición crónica de niños de 6 a 11 años de edad, por área de residencia, sexo, pobreza y lengua materna



Fuente: Estado de la Niñez en el Perú; UNICEF, 2011, a partir de la ENAHO 2008

ANEXO IV – Tasa de Cobertura Total en educación, por grupos de edad y lengua materna (2007)



Fuente: Estado de la niñez indígena en el Perú, 2011, en base a los Censos Nacionales de 2007

ⁱ Estado de la Niñez en el Perú, UNICEF, 2011

ⁱⁱ Estado de la Niñez en el Perú, UNICEF, 2011

ⁱⁱⁱ Estado de la Niñez en el Perú, UNICEF, 2011

^{iv} Encuesta Nacional Continua (ENCO), 2006

^v Datos obtenidos de las Encuestas nacionales de Demografía y salud/ENDES/INEI

^{vi} Encuesta Continua de Hogares (ENCO); INEI, 2006

^{vii} Censo 2007