**Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social**

**Entregable III**

**Actualización de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030**

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

Abril de 2021

**Tabla de contenido**

[**1.**](#_heading=h.30j0zll) **Objetivos prioritarios 4**

[1.1.](#_heading=h.1fob9te) Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años 4

[1.2.](#_heading=h.3znysh7) Objetivo prioritario 2: Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía 4

[1.3.](#_heading=h.2et92p0) Objetivo prioritario 3: Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible 5

[1.4.](#_heading=h.tyjcwt) Objetivo prioritario 4: Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores 6

[1.5.](#_heading=h.3dy6vkm) Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población 7

[**2.**](#_heading=h.1t3h5sf) **Alternativas de solución seleccionadas 8**

[2.1.](#_heading=h.4d34og8) Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años 9

[2.2.](#_heading=h.2s8eyo1) Objetivo prioritario 2: Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía 10

[2.3.](#_heading=h.17dp8vu) Objetivo prioritario 3: Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible 10

[2.4.](#_heading=h.3rdcrjn) Objetivo prioritario 4: Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores 11

[2.5.](#_heading=h.26in1rg) Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población 12

[**3.**](#_heading=h.lnxbz9) **Lineamientos 13**

[3.1.](#_heading=h.35nkun2) Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años 13

[*3.1.1.*](#_heading=h.1ksv4uv) *Lineamiento 1.1. Mejorar las condiciones para el nacimiento saludable de los niñas y niños 13*

[*3.1.2.*](#_heading=h.44sinio) *Lineamiento 1.2. Fortalecer el vínculo afectivo entre las niñas y niños menores de 12 meses con su madre o adulto significativo 14*

[*3.1.3.*](#_heading=h.2jxsxqh) *Lineamiento 1.3. Mejorar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses. 15*

[*3.1.4.*](#_heading=h.z337ya) *Lineamiento 1.4. Mejorar el desarrollo de marcha estable y autónoma de las niñas y niños de 12 a 18 meses. 17*

[*3.1.5.*](#_heading=h.3j2qqm3) *Lineamiento 1.5. Mejorar el desarrollo de la comunicación verbal efectiva en las niñas y niños de 9 a 36 meses. 18*

[*3.1.6.*](#_heading=h.1y810tw) *Lineamiento 1.6. Mejorar la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y niños de 24 a 71 meses. 19*

[*3.1.7.*](#_heading=h.4i7ojhp) *Lineamiento 1.7. Mejorar el desarrollo de la función simbólica de las niñas y niños de 55 a 71 meses. 20*

[3.2.](#_heading=h.2xcytpi) Objetivo prioritario 2: Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía 21

[*3.2.1.*](#_heading=h.1ci93xb) *Lineamiento 2.1. Mejorar el desarrollo físico y mental en niñas, niños y adolescentes. 21*

[*3.2.2.*](#_heading=h.3whwml4) *Lineamiento 2.2. Mejorar las competencias de niñas, niños y adolescentes para desempeñarse productivamente en la sociedad. 23*

[*3.2.3.*](#_heading=h.2bn6wsx) *Lineamiento 2.3. Fortalecer la autoestima y confianza de niñas niños y adolescentes a través de la construcción de su identidad. 24*

[3.3.](#_heading=h.qsh70q) Objetivo prioritario 3: Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible 24

[*3.3.1.*](#_heading=h.3as4poj) *Lineamiento 3.1. Mejorar las condiciones de salud de jóvenes y adultos. 25*

[*3.3.2.*](#_heading=h.1pxezwc) *Lineamiento 3.2. Mejorar el estado nutricional de jóvenes y adultos. 25*

[*3.3.3.*](#_heading=h.49x2ik5) *Lineamiento 3.3. Incrementar el acceso al trabajo de calidad en jóvenes y adultos. 27*

[*3.3.4.*](#_heading=h.2p2csry) *Lineamiento 3.4. Incrementar el acceso a educación de calidad en jóvenes y adultos. 28*

[3.4.](#_heading=h.147n2zr) Objetivo prioritario 4: Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores 29

[*3.4.1.*](#_heading=h.3o7alnk) *Lineamiento 4.1. Incrementar la independencia física, mental y emocional de las personas adultas mayores 29*

[*3.4.2.*](#_heading=h.23ckvvd) *Lineamiento 4.2. Incrementar la autonomía económica de las personas adultas mayores. 30*

[*3.4.3.*](#_heading=h.ihv636) *Lineamiento 4.3. Incrementar la autonomía social de las personas adultas mayores. 31*

[3.5.](#_heading=h.32hioqz) Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población 32

[*3.5.1.*](#_heading=h.1hmsyys) *Lineamiento 5.1. Incrementar el acceso de la población a servicios básicos e infraestructura. 32*

[*3.5.2.*](#_heading=h.41mghml) *Lineamiento 5.2. Mejorar las condiciones de la vivienda y su entorno. 33*

[*3.5.3.*](#_heading=h.2grqrue) *Lineamiento 5.3. Disminuir la incidencia de la violencia en el entorno de la población. 34*

[**Bibliografía 36**](#_heading=h.vx1227)

[**Anexo 1. Matriz de evaluación de alternativas de solución 40**](#_heading=h.3fwokq0)

[A1.1.](#_heading=h.1v1yuxt) Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años 42

[A1.2.](#_heading=h.4f1mdlm) Objetivo prioritario 2: Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía 47

[A1.3.](#_heading=h.2u6wntf) Objetivo prioritario 3: Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible 50

[A1.4.](#_heading=h.19c6y18) Objetivo prioritario 4: Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores 59

[A1.5.](#_heading=h.3tbugp1) Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población 61

[**Anexo 2: Matriz de objetivos prioritarios y lineamientos 65**](#_heading=h.28h4qwu)

[**Anexo 3: Fichas de indicadores 67**](#_heading=h.nmf14n)

[A3.1.](#_heading=h.37m2jsg) Objetivo prioritario 1. Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años 67

[A3.2.](#_heading=h.1mrcu09) Objetivo prioritario 2. Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía 69

[A3.3.](#_heading=h.46r0co2) Objetivo prioritario 3. Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible 71

[A3.4.](#_heading=h.2lwamvv) Objetivo prioritario 4. Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores 73

[A3.5.](#_heading=h.111kx3o) Objetivo prioritario 5. Mejorar las condiciones del entorno de la población 75

# Objetivos prioritarios

## Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es un proceso que abarca desde la etapa de gestación hasta los 5 años de vida de la niña o del niño. Este es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

Los primeros años de vida son de gran relevancia para el desarrollo general de las personas, pues en dicha etapa se establecen los fundamentos para el desarrollo de su potencial biológico, cognitivo y social. En esa etapa se define, en gran medida, la capacidad de una persona para desarrollarse y consolidarse, en la adultez, como ciudadana o ciudadano saludables, responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad (Center on the Developing Child, 2007; Shonkoff, J. y Phillips, D., 2000).

Los canales de transmisión entre el DIT y las condiciones de vida y logros en la etapa adulta son multidimensionales, aunque se puede afirmar de manera sintética que una condición inadecuada del DIT se visibilizará en la juventud y la adultez, a través de efectos en la salud física (Gluckman, P.D. y Hanson, M., 2005) y mental, la educación y el aprendizaje, la empleabilidad y el devenir económico (Heckman, J., 2007). Es así como la infancia temprana es un periodo crítico, tanto para promover el desarrollo pleno del potencial de los niños y niñas como para protegerlos de factores de riesgos que puedan afectar negativamente sus trayectorias de desarrollo.

El resultado esperado de esta etapa de vida es que las niñas y niños desde la gestación hasta los 5 años hayan alcanzado capacidades y tienen acceso a oportunidades que permiten su desarrollo físico, cognitivo y socioemocional.

## Objetivo prioritario 2: Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión

Esta etapa abarca el grupo de edad entre 6 y 17 años. El desarrollo integral de la niñez y adolescencia es un proceso multidimensional que involucra la construcción progresiva y oportuna de capacidades físicas-motoras, cognitivas y socioemocionales que permiten lograr una autonomía integral del individuo y un ejercicio ciudadano para contribuir con la sociedad.

La niñez y la adolescencia son etapas en las que se dan avances importantes en el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional. En el desarrollo físico, entre los 6 y 11 años, los niños crecen entre 5 y 7 centímetros y duplican su peso corporal (McDowell, M. A, et al, 2008) y se observa un progreso de las habilidades motoras (Papalia, D., et al, 2012).

En el desarrollo cognitivo, desde aproximadamente los 6 o 7 años, los niños entran en la etapa de las operaciones concretas que les permite una mejor comprensión de los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, seriación, inferencia transitiva, los razonamientos deductivo e inductivo y la conservación de propiedades, pero siempre aplicado a situaciones reales y concretas (Baron, R. 1996; Papalia, D., et al, 2012). Desde los 11 o 12 años se alcanza el dominio de las operaciones formales, que permite al adolescente alcanzar la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento hipotético deductivo (Papalia, D., et al, 2012; Baron, R. 1996).

En el ámbito socioemocional, durante la adolescencia se da un periodo de definición de la identidad que se construye en la medida que los futuros jóvenes definen la elección de una ocupación, la adopción de valores y una identidad sexual (Papalia, D., et al, 2012; Bordignon, N. A., 2005; Marcia, J. E., & Adelson, J., 1980), a los cuales otros autores suman identidad cultural y social (Bordignon, N. A., 2005).

El resultado que se espera en esta etapa de vida es que los niñas, niños y adolescentes alcancen un desarrollo físico, cognitivo y socioemocional óptimo y, de esta manera, cuenten con capacidades suficientes para superar una situación de exclusión.

## Objetivo prioritario 3: Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión

Este objetivo prioritario corresponde a la población de 18 a 59 años. Para incrementar sus capacidades para la inclusión económica deben desarrollar otro conjunto de capacidades, vinculadas con la salud, educación, seguridad alimentaria y habilidades para el acceso al mercado laboral que permiten su desarrollo sostenible.

El desarrollo se entiende como la expansión de las capacidades o libertades de las personas (Sen, 2000). Alcanzar ciertos umbrales mínimos en el sub-conjunto de capacidades básicas, permite la expansión de las capacidades de las personas, permitiendo el desarrollo de los jóvenes y adultos.

Finalmente, la sostenibilidad, es un elemento que implica que las personas jóvenes y adultas pueden afrontar momentos de estrés y crisis (shocks) y mantener o mejorar sus capacidades básicas, para lo cual es necesario que puedan mantener los medios que les permitan sostenerlas (Chambers, 1992).

Desde el enfoque de ciclo de vida, la juventud y la adultez constituyen la etapa más larga del ciclo de vida de las personas. Es durante esta etapa que las personas se enfrentan a importantes decisiones de vida, como la educación superior, la inserción laboral, la independencia y la formación de una familia. Es también durante esta etapa que las personas consolidan su rol económico y productivo en la sociedad.

Es así que como resultado de este objetivo prioritario se espera que los jóvenes y adultos desarrollen las capacidades necesarias para asegurar su inclusión económica.

## Objetivo prioritario 4: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión

La vejez es una etapa de la vida de las personas que se define en tres sentidos: a) cronológico, el cual determina el inicio de la vejez en función del número de años de la persona, siendo en el Perú, 60 años de edad; b) fisiológico que define la etapa por la pérdida de capacidades funcionales, es decir, por la disminución progresiva de la actividad física, mental y emocional, y por las dificultades en las respuestas adaptativas al entorno y medio ambiente y; c) social que concibe a la etapa según los roles, actitudes y comportamientos asumidos en base a los marcos normativos y culturales de cada sociedad (Huenchán y Rodríguez-Piñeo, 2010).

La calidad de vida de la persona adulta mayor está condicionada por su trayectoria de vida, la cual está marcada por una serie de acontecimientos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales, así como por factores de sexo, estado civil, lugar de procedencia, educación, posición social, etc. en el marco de una interacción dinámica entre las características de la persona y el entorno (familia, comunidad y sociedad más amplia). Estos diferentes recorridos y características van a condicionar diferentes formas de envejecimiento y situaciones de vejez.

Asimismo, la calidad de vida representa un conjunto de condiciones de vida a nivel personal, familiar y comunitario que permite satisfacer las necesidades individuales y colectivas y, por lo tanto, lograr el bienestar físico, mental, emocional, económico y social de las personas. Calidad de vida también alude a la percepción interna que tenemos las personas sobre las mencionadas condiciones. En el caso específico de las personas adultas mayores, la calidad de vida estará determinada por su trayectoria vida, la cual está marcada por una serie de acontecimientos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales; así como por factores como el sexo, la edad, el estado civil, el lugar de procedencia, la educación, la posición social, etc. que han generado un proceso de envejecimiento natural o patológico, lo cual influye en su percepción sobre la calidad de vida.

Finalmente, la calidad de vida de una persona adulta mayor está vinculada a su nivel de autonomía e independencia. Se entiende por autonomía a la facultad o capacidad que tienen las personas en todo su curso de vida para definir y/o redefinir e implementar su proyecto o plan de vida, lográndose la autodeterminación y autorrealización, mediante el uso de la razón y libertad, por lo que está asociada a la independencia, es decir, a la toma de decisiones libres e informadas[[1]](#footnote-1). En la vejez, las personas deberían continuar ejerciendo su proyecto o plan de vida, para lo cual necesitan las condiciones que permitan evitar, mitigar y/o superar la exposición a los riesgos como pobreza, violencia y dependencia.

La independencia es la capacidad de las personas para valerse por sí mismas y satisfacer sus propias necesidades sin recurrir a terceros o a elementos o sustancias que lo determinen. La independencia supone la libertad del ser humano de realizar determinadas actividades sin impedimento alguno por parte de otros individuos, la familia, la comunidad y el propio Estado según su propia auto regulación, pero respetando las normas de convivencia y las leyes civiles en el marco de un Estado Democrático y de Derecho. Esta capacidad de tomar decisiones en forma voluntaria y libre permite que las personas durante todo su curso de vida puedan definir, redefinir e implementar su proyecto o plan de vida, por lo que los conceptos de autonomía e independencia siendo diferentes se interrelacionan.

El resultado esperado de este objetivo es que los adultos mayores cuenten con oportunidades y capacidades que les permiten tener una mayor autonomía, participación e integración ciudadana, que le permitan una mejor calidad de vida.

## Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión

La teoría de las necesidades humanas o necesidades básicas desarrollada en la década de 1980, y que sirvió de base para la posterior formulación de la teoría de desarrollo humano propuesta por Sen (Hirai, 2017), identificó características universales que requieren ser satisfechas por las personas ya que contribuyen a su desarrollo, salud y autonomía en distintas culturas (Doyal & Gough, 1991). Estos requerimientos suelen estar asociados a un entorno adecuado y generan condiciones de vida de calidad que permitan que se lleve a cabo una mediación entre los seres humanos y su medio ambiente inmediato.

Este objetivo prioritario hace referencia a aquellos elementos que son transversales a todas las etapas del ciclo de vida, vinculados al entorno inmediato de las personas, que mejoran su calidad de vida y generan las condiciones que permiten potenciar su desarrollo humano. Aunque la forma como estas condiciones de vida afectan a cada grupo de edad pueden tener variaciones, el impacto que generan es transversal en las distintas generaciones. Además de considerar el impacto alcanzado en las personas, este Objetivo Prioritario incluye aspectos que son relevantes tanto para el desarrollo de los hogares como para el de los barrios, comunidades, organizaciones y/o asociaciones de ciudadanos/as.

Es importante considerar la importancia de un manejo adecuado del medio ambiente y del entorno inmediato de las personas en situación de pobreza tanto en el ámbito urbano como en el rural. De acuerdo con el Banco Asiático de Desarrollo (2004) muchos pobres rurales viven en áreas ecológicas frágiles con un creciente grado de degradación, de igual manera los pobres urbanos se encuentran expuestos a enfermedades que son el resultado de condiciones de vida degradadas y el hacinamiento en el que viven. Mittlin & Satterthwaite (2013) han resaltado la importancia del acceso universal a los servicios básicos y de adecuadas condiciones de vivienda para la superación de la pobreza. El acceso de estos servicios a los grupos excluidos puede contribuir a su inclusión social (Banco Mundial, 2013). Finalmente, la OECD (2013, Territorial approach) ha señalado que los altos índices de inseguridad alimentaria en el territorio requieren la implementación de políticas públicas innovadoras que consideren las particularidades de los territorios tomando en cuenta que los pobres rurales no cuentan con los servicios básicos y que en la zona urbana hay una creciente expansión de la pobreza.

Por estos motivos, este Objetivo Prioritario centrado en facilitar un entorno y/o ambiente adecuado a las personas se centra en el acceso a los servicios básicos (agua segura, saneamiento, electricidad y telecomunicaciones) así como la conectividad. Asimismo, se considera relevante tanto el acceso a un documento de identidad para el acceso a servicios básicos y el reconocimiento de derechos fundamentales. Finalmente, se busca eliminar la violencia, en todas sus manifestaciones, así como la percepción de inseguridad en la población con un énfasis especial en combatir la violencia de género.

Como resultado de este objetivo prioritario se espera que la población cuente con acceso a servicios públicos, condiciones de vivienda y su entorno adecuados y no se encuentra expuesta a problemas de delincuencia o violencia.

# Alternativas de solución seleccionadas

Con el fin de alcanzar la situación futura deseada de cada objetivo prioritario, se identificaron alternativas de solución. Estas fueron identificadas en base a evidencia. El detalle de la evidencia encontrada para cada alternativa de solución se encuentra en el Anexo 1 de este documento.

Luego, cada alternativa de solución fue analizada en base a los siguientes criterios:

* Viabilidad política (VP): se refiere a la aceptación política de la propuesta. Permite verificar la consistencia de la propuesta con las Políticas de Estado y los objetivos del PEDN (CEPLAN, 2018).
* Viabilidad social (VS): se refiere a la aceptación del público afectado por la política. Esta depende en muchos casos del grado de consistencia de las políticas con sus tradiciones y culturas (CEPLAN, 2018).
* Viabilidad administrativa (VA): se refiere a la capacidad de gestión y de realizar arreglos institucionales en los ministerios para implementar la alternativa de solución (CEPLAN, 2018).
* Efectividad (EF): se refiere al impacto de la alternativa de solución en el logro del objetivo (CEPLAN, 2018).

A continuación se muestra el análisis de las alternativas de solución, según estos criterios; así como la condición de estas: si suponen intervenciones nuevas o la mejora de intervenciones existentes.

## Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Criterios de evaluación** | | | | **Total** | **Condición** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Proveer de métodos de planificación familiar a mujeres y hombres en edad fértil | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | Mejora |
| Brindar atención médica preventiva a las gestantes | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Brindar tratamiento médico oportuno a mujeres gestantes reactivas y niñas y niños expuestos al VIH/SIDA | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Prevenir trastornos mentales y de comportamiento en gestantes | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | Mejora |
| Brindar atención de parto | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Brindar atención médica al recién nacido | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Fortalecer el vínculo madre-niño y la sensibilidad materna | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Nueva / mejora |
| Incrementar la lactancia materna a través de intervenciones con la madre | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Brindar atención médica preventiva a niñas y niños menores de 36 meses | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Tratar la deficiencia de hierro completa y oportuna en niñas y niños menores de 36 meses | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Brindar atención médica a niñas y niños con enfermedades diarréicas o infecciones respiratorias agudas | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Prevenir situaciones de violencia contra niñas y niños en el hogar | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Fortalecer capacidades de madres padres o tutores en temas relacionados al desarrollo integral de la niña o el niño menor de 72 meses | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva / mejora |
| Brindar atención de problemas del desarrollo en niñas y niños menores de 72 meses | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | Nueva / mejora |
| Brindar servicios de cuidado integral y aprendizaje a niñas y niños menores de 72 meses, según rango de edad | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Brindar servicios de protección para niñas y niños en desprotección o riesgo de desprotección familiar | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Mejora |

## Objetivo prioritario 2: Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Criterios de evaluación** | | | | **Total** | **Condición** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Ampliar la jornada de estudios en la educación secundaria | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | Mejora |
| Brindar acompañamiento a docentes para mejora la calidad educativa | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | Mejora |
| Brindar educación sexual en escuelas y centros de salud a niñas, niños, adolescentes, madres y padres | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Brindar servicios de prevención y atención de violencia familiar y escolar para niñas, niños y adolescentes | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva |
| Brindar suplementación de hierro a niñas, niños y adolescentes | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 | Mejora |
| Diagnosticar y tratar oportunamente problemas de vista en niñas, niños y adolescentes | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | Mejora |
| Entregar alimentos en la escuela | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 | Mejora |
| Fortalecer habilidades conductuales y socioemocionales en niñas, niños y adolescentes a través de la educación | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | Nueva |
| Generar regulaciones en favor de la alimentación saludable | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Mejora |
| Incentivar la asistencia escolar a través de transferencias monetarias | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Incentivos a instituciones educativas de la educación básica para mejorar el desempeño | 2 | 2 | 3 | 2 | 10 | Mejora |
| Mejorar el rendimiento escolar a partir de actividades motivacionales | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | Nueva |
| Prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en niñas, niños y adolescentes a través de actividades educativas | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva / mejora |
| Prevenir la obesidad a través de la educación en salud pública | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva / mejora |
| Prevenir, detectar y atender problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Mejora |
| Promover la reinserción escolar | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | Nueva / mejora |

## Objetivo prioritario 3: Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Criterios de evaluación** | | | | **Total** | **Condición** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Acreditar instituciones de educación superior | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | Mejora |
| Asegurar la culminación de la educación básica en jóvenes y adultos | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Brindar formación técnica a jóvenes | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Brindar modalidades flexibles de la oferta de educación superior | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | Mejora |
| Brindar seguridad social contributiva y no contributiva universal | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Brindar servicios de prevención de violencia familiar | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Brindar servicios integrados de cuidado a menores, ancianos y personas con discapacidad | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Detectar y tratar oportunamente enfermedades no transmisibles | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Disminuir barreras de acceso al mercado laboral | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Nueva / mejora |
| Fomentar la formalización laboral | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | Nueva / mejora |
| Garantizar el acceso a seguro de salud | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Generar regulaciones para limitar el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes y adultos | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 | Mejora |
| Implementar y regular el salario mínimo | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Mejora |
| Otorgar becas y créditos educativos para educación superior | 3 | 3 | 3 | 3 | 11 | Mejora |
| Otorgar licencias parentales equitativas | 1 | 3 | 1 | 3 | 8 | Nueva |
| Prevenir accidentes de tránsito | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | Mejora |
| Prevenir la obesidad en jóvenes y adultos niñas y niños a través de la educación en salud pública | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva / mejora |
| Prevenir, detectar y atender problemas de salud mental en jóvenes y adultos | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Prevenir, detectar y tratar oportunamente enfermedades transmisibles | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Promover activamente el empleo | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Promover mercados itinerantes | 2 | 3 | 3 | 2 | 10 | Mejora |
| Promover y facilitar la producción agrícola, aprovechando la biodiversidad | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Promover y regular la organización de trabajadores y negociación colectiva | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 | Nueva |
| Proveer alimentos a población joven y adulta vulnerable | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | Mejora |

## Objetivo prioritario 4: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Criterios de evaluación** | | | | **Total** | **Condición** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Brindar acompañamiento a iniciativas de negocios de adultos mayores y a la reinserción laboral | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | Nueva |
| Brindar educación financiera a adultos mayores | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | Nueva |
| Brindar servicio de cuidado integral domiciliario y extradomiciliario a adultos mayores | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Nueva / mejora |
| Brindar talleres y capacitaciones a adultos mayores para promover su independencia física, mental y emocional | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Nueva / mejora |
| Garantizar un ingreso monetario mínimo para adultos mayores | 2 | 3 | 1 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Implementar la teleasistencia médica domiciliaria | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Prevenir, detectar y atender la violencia contra adultos mayores | 3 | 2 | 2 | 2 | 10 | Mejora |
| Promover espacios de participación de adultos mayores | 2 | 3 | 3 | 3 | 11 | Mejora |
| Promover la salud, educación y autocuidado de adultos mayores | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Promover la transmisión de saberes de adultos mayores | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 | Mejora |

## Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Criterios de evaluación** | | | | **Total** | **Condición** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Acompañar a jóvenes en riesgo de caer en infracciones | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | Mejora |
| Asegurar la conectividad en hogares rurales | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Mejora |
| Asegurar la provisión de servicios básicos en hogares con barreras para acceder a estos | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Crear y mejorar infraestructura para el acceso a servicios básicos | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Mejorar el entorno de las viviendas | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Mejorar el mantenimiento y operación de servicios básicos | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Mejorar o proveer viviendas adecuadas | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | Nueva / mejora |
| Prevenir delitos y violencia a través del cambios en el entorno y comportamientos | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Prevenir y atender delitos y violencia a través de estrategias policiales y de participación de la población | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Prevenir y atender el hostigamiento sexual en centros laborales | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Prevenir, detectar y atender la violencia de género | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Proveer agua segura a hogares rurales | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | Mejora |
| Proveer energías renovables | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | Nueva / mejora |
| Proveer sistemas de eliminación de excretas adecuados en hogares rurales | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | Mejora |
| Regular y supervisar las construcciones para garantizar viviendas seguras | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | Mejora |

# Lineamientos

## Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión

Las estrategias que se han determinado para lograr el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años son las siguientes:

* Mejorar las condiciones para el nacimiento saludable de los niñas y niños.
* Fortalecer el vínculo afectivo entre las niñas y niños menores de 12 meses con su madre o adulto significativo.
* Mejorar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses.
* Mejorar el desarrollo de marcha estable y autónoma de las niñas y niños de 12 a 18 meses.
* Mejorar el desarrollo de la comunicación verbal efectiva en las niñas y niños de 9 a 36 meses.
* Mejorar la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y niños de 24 a 71 meses.
* Mejorar el desarrollo de la función simbólica de las niñas y niños de 55 a 71 meses.

### Lineamiento 1.1. Mejorar las condiciones para el nacimiento saludable de los niñas y niños

En términos operacionales, la definición de un nacimiento saludable es cuando el recién nacido no presenta ningunas de estas tres condiciones:

* Bajo Peso al Nacer (BPN), cuya definición ampliamente ha sido establecida, corresponde al caso cuando un niño/a al nacimiento tiene un peso inferior a 2500 gr. El BPN es expresión que el niño/a padeció de Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) (Fall, y otros, 2003), por lo que es muy común utilizar el término “bajo peso al nacer” (BPN) para hacer referencia al RCIU.
* Prematuro, condición que según la OMS la define como aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación o en un periodo menor a 259 días contados desde el primer día del último periodo menstrual. La prematuridad puede ser subdividida de acuerdo con la edad gestacional: extremadamente pre término (<28 semanas), muy pre término (entre 28 y menos de 32 semanas) o moderadamente pre término (entre 32 y menos de 37 semanas). Este último subgrupo aún se subdivide en pre término tardío (entre 34 y menos de 37 semanas) (World Health Organization, 2012).
* Macrosomía, definida como peso al nacer igual o mayor de 4000 g en países latinos e igual o mayor de 4500 g en otros países.

### Lineamiento 1.2. Fortalecer el vínculo afectivo entre las niñas y niños menores de 12 meses con su madre o adulto significativo

El niño y la niña, desde que nacen, establecen un vínculo específico con un “adulto significativo”[[2]](#footnote-2). Este vínculo permite construir un lazo emocional íntimo de manera permanente y estable. Los investigadores de la conducta infantil entienden como apego seguro a la relación madre-infante o adulto significativo-infante, y describen que esta relación ofrece las bases para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1978).

López Moratalla y Sueiro (2008) sostienen que el vínculo afectivo se inicia en la gestación por la acción genética y hormonal, y se refuerza en el parto y la lactancia por la respuesta biológica de la madre a las señales y reclamos del hijo o la hija. Por su parte, Palacio Espasa (2006) destaca como requisitos para un vínculo saludable: (i) la solidez que tenga, es decir, que provea una plataforma segura de cuidados, protección y respuesta adecuada a sus iniciativas y necesidades, de modo de prestar atención a los estados emocionales y afectivos a los que el bebé está muy atento y con una capacidad innata de imitación y una tendencia a compartirlos, de forma de actuar como referencia en sus relaciones con el mundo circundante) y (ii) la suavidad, de forma que permita interacciones con el entorno que faciliten la autonomía. Sitúa el objetivo del desarrollo, precisamente, en permitir la autonomía de forma de preservar los vínculos sólidos y suaves con las personas significativas.

El vínculo de apego seguro tiene varios elementos clave (Bowlby, 1989):

* + Satisfacer las necesidades del niño.
  + Establecer una relación emocional perdurable con una persona en específico que brinda seguridad afectiva.
  + Producir seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer. Además, se señala que una relación sólida y saludable con la madre o adulto significativo (apego seguro), se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros.
  + Disminuir o evitar la ansiedad provocada por la ausencia o la amenaza de abandono del adulto significativo.
  + Para la formación del vínculo de apego seguro son necesarias las siguientes condiciones básicas.
  + La relación afectiva debe ser duradera, estable y consistente en el tiempo. Los quiebres y separaciones prolongadas, así como los cambios bruscos en la conducta de crianza, afectan esta relación.
  + La relación afectiva debe comprender un patrón de protección/regulación del estrés.
  + Ainsworth (citado en Berger, 2007:207) descubrió que casi todos los bebés desarrollan cierto apego especial hacia la persona que los cuida. A partir de un procedimiento denominado “Situación extraña”, identifica tres patrones de Apego:
  + a. Apego seguro.- Relación de confianza y seguridad en la que el niño pone de manifiesto el deseo de estar próximo a la persona que lo cuida. Esa seguridad promueve la predisposición a explorar su medio inmediato.
  + b. Apego inseguro-evasivo.- Patrón en el que una persona evita la conexión con otra, en el caso del niño o la niña que parecen no interesarse en reconocer la presencia, partida o retorno de la persona que lo cuida.
  + c. Apego inseguro ambivalente.- Patrón en el cual son evidentes la ansiedad y la incertidumbre, en el caso del niño o la niña que se disgustan al separarse del adulto significativo y que al mismo tiempo se resisten y busca contacto cuando se reúne con él.

Otra característica esencial de la formación de apego consiste en el proceso de individuación primordial para el desarrollo humano. Este proceso se inicia desde el primer año de vida, bajo condiciones básicas de cuidado. En la interacción con la madre o cuidador principal, se logra que el niño pueda diferenciarse del otro y actuar por sí mismo, haciendo uso de sus propios recursos y con iniciativa propia (JM. Hoffman, 2013). El proceso de individuación trae como resultado la individualidad del ser humano, quien al desarrollar al máximo sus potencialidades contribuye con los demás al desarrollo de la sociedad.

### Lineamiento 1.3. Mejorar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses.

Lograr un adecuado estado nutricional en los niños o las niñas antes de los 36 meses equivale a evitar la malnutrición en la niñez. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) malnutrición se define como “el desbalance a nivel celular entre el suministro de nutrientes y de energía y la demanda requerida por nuestro organismo para garantizar su óptimo crecimiento, mantenerlo y cumplir con sus funciones específicas”[[3]](#footnote-3). Esta definición, al señalar desbalance, incluye tanto el déficit (desnutrición) o el exceso (obesidad) de macronutrientes y micronutrientes y no hace diferencia entre niños y adultos. Son tres las condiciones identificadas de interés por sus efectos en el desarrollo infantil temprano: i) La desnutrición crónica o retraso en el crecimiento del niño; ii) la deficiencia de micronutrientes; iii) el sobrepeso y obesidad.

Desnutrición crónica

La OMS, desde inicios de los años 70, enfatizó la necesidad de adoptar una clasificación de la malnutrición basada en variables antropométricas como el peso y la talla. Señaló así que aquellos niños o niñas cuya talla para su edad está por debajo del valor esperado reflejan una historia de prolongada duración de la malnutrición (Waterlow, 1972). En 1956 se introdujo la definición de malnutrición basada en el peso del niño o la niña para su edad, pero para diferenciar la desnutrición aguda de la crónica, se agregaron los índices de peso para la talla y de talla para la edad, respectivamente (Gomez, 1956; Seoane L., 1971; Waterlow B. K., 1977).

En la actualidad, el crecimiento del niño o la niña – es decir, la ganancia de talla o la medición de la talla para su edad – es reconocida internacionalmente como el indicador más importante de salud pública para monitorear no solo el estado nutricional, sino también el estado de salud de los niños o las niñas. De acuerdo con la OMS, es la única medición que mejor refleja las alteraciones en la salud y la nutrición que experimenta y acumula un niño o niña independientemente de sus causas (Onis M. A.).

Deficiencia de Micronutrientes

De acuerdo con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, los niños o las niñas hasta antes de los 6 meses requieren consumir hierro biodisponible alrededor de 0.27 mg/día. Pero durante el segundo semestre de vida, el requerimiento es de 11 mg/día, para luego bajar a 7 mg/día entre los 12 y los 36 meses de edad (Baker G. , 2010). Los niños o las niñas durante este periodo de rápido crecimiento (los primeros cinco años) incrementan hasta en 10 veces su requerimiento de hierro por kilo de peso corporal en comparación con un adulto (Tolentino F. , 2007). Esta situación contrasta con la dieta baja en hierro biodisponible que consume la mayoría de niños de los países en vías de desarrollo, como el caso del Perú.

Con mucha frecuencia la deficiencia de hierro se mide mediante el diagnóstico de anemia. Sin embargo, puede existir deficiencia de hierro aún sin presentarse anemia. Para la OMS, las definiciones de anemia difieren según la edad, el sexo y el estado de embarazo de la siguiente manera: para niños o niñas de 6 meses a 5 años de edad, se define como un nivel de Hb<11g/dL; en niños de 5 a 11 años de edad, una Hb<11,5 g / dL; en los adultos varones, de Hb<13 g / dl; en mujeres no embarazadas Hb<12g/dL, y en las mujeres embarazadas Hb<11g/dL. La anemia severa se define como de Hb<7,0 g/dl (OMS, 2001).

Obesidad y sobrepeso

Según OMS, la obesidad y el sobrepeso se definen como una “acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros” (OMS, 2019).

El sobrepeso y la obesidad en niños se miden de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños. El sobrepeso es cuando el IMC para la edad y el sexo es superior a una o más de una desviación estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y la obesidad, cuando el IMC para la edad y el sexo es superior a dos desviaciones estándar por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2019).

### Lineamiento 1.4. Mejorar el desarrollo de marcha estable y autónoma de las niñas y niños de 12 a 18 meses.

El desarrollo motor, junto con el crecimiento físico, constituyen la estructura que posibilita el desarrollo de otros procesos, como es el caso de las habilidades cognitivas y socioemocionales (Piaget, 1969; Vigotsky, 1934; Pichón Riviere, 1985; Ajuriaguerra, 1977; Wallon, 1941; Da Fonseca, 1988; Pikler, E, 2000, Pollit, E. y Bacallao, 2009). Esto obedece a que el niño, al dominar y conocer de manera progresiva su cuerpo, se va convirtiendo en su medio de acción, de conocimiento y de relación con su entorno.

Los recién nacidos vienen al mundo con una serie de recursos que los ayudarán a adaptarse. A estos recursos se los denomina “reflejos”, que son respuestas automáticas que están fuera del control del bebé y son innatos. Existen tres grupos de reflejos necesarios para la supervivencia, como la respiración, los que manifiestan la temperatura corporal y los que controlan la alimentación (Berger, 2007).

Existen otros reflejos que, si bien no son necesarios para la supervivencia, son signos importantes de un correcto funcionamiento cerebral y corporal. Tales son el reflejo de Babinski o cutáneo, también llamado presión plantar (Koupernik, 1980 en Segovia, I. 2010, Palau, 2001.), que representa la futura marcha adecuada en el niño; de la marcha, de moro o abrazo (Palau, E. (2001), Sadurni, M., Rostán, C. y Serrat, E., 2008) que da a conocer si el niño responde a los sonidos y precede al equilibrio; o de agarre o presión palmar (Palau, E., 2001, Departamento de Salud del Estado de Nueva York (2006) División de Salud Familiar Oficina de Intervención Temprana, Sadurni, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2008), Antoranz, E. y Villalba, J. (2010), Dosman, C., Andrews, D., Goulden, K. (2012)), que representa la futura prensión de la mano en el niño. La progresiva desaparición de los reflejos (pasar de actos involuntarios a voluntarios, o pasar de la zona sub cortical a la corteza cerebral), da paso a las que se denominan adquisiciones motoras (Da Fonseca, 1988 en Gento, S. 2011), que son habilidades físicas que implican movimientos amplios del cuerpo, tales como rotar, caminar o saltar. Su no desaparición supone un importante signo de alarma de posibles problemas motores u otros problemas de desarrollo (Da Fonseca, 1988 en Gento, S. 2011, Antoranz, E y Villalba, J. (2010), Departamento de Salud del Estado de Nueva York (2006)).

El proceso de constitución del ser humano es producto de una compleja transformación evolutiva. Lo biológico, entre ello lo neurológico, constituye la base material para las relaciones adaptativas con el mundo externo. Por su parte, Chocler (s/f) señala que el gesto autónomo y la soltura del movimiento son signos, a la vez, de maduración neurológica y psíquica; así, conforme va madurando el cerebro del niño, los cambios en las habilidades motoras también irán evolucionando; este proceso de maduración, en su momento, se va dando a nivel más grueso para luego dar paso a movimientos más finos y precisos.

Para comprender la secuencia de las habilidades motoras, existen dos leyes básicas: próximo-distal y céfalo-caudal. El primer término se refiere que los bebés van controlando inicialmente las partes más cercanas al eje corporal, hasta llegar por último a los dedos de las manos. El segundo término se refiere a la dirección en que avanza el desarrollo: los bebés van controlando primero las partes más próximas a la cabeza, y llegan finalmente a los pies.

Así como se avanza según las dos leyes mencionadas, también se avanza de lo simple a lo complejo. Tal integración se evidencia en la formación de patrones más complejos y autónomos, tales como coordinar los movimientos de brazos y piernas para caminar. En términos generales, se espera que los niños y las niñas logren caminar de manera autónoma (por sí mismos) entre los 12 y los 18 meses de edad. La habilidad de caminar es un excelente ejemplo del desarrollo multidimensional; es el logro más importante a nivel motor para los primeros años de vida, pues la posición del cuerpo brinda al niño y a la niña otras perspectivas del espacio y los objetos que le permiten nuevas posibilidades de exploración, juego y otras actividades que antes no les eran posibles.

### Lineamiento 1.5. Mejorar el desarrollo de la comunicación verbal efectiva en las niñas y niños de 9 a 36 meses.

La capacidad de los niños y las niñas para comunicarse se da como fruto de la maduración y de una interacción de calidad permanente con las personas de su entorno, la que se conjuga de dos formas: (i) el bebé o la bebé que llaman con la mirada, los movimientos corporales, el balbuceo o los gritos a la madre o el adulto significativo y (ii) la madre o adulto significativo que inician la comunicación y a los que el bebé o la bebé responden desde sus capacidades nacientes. La comunicación es un proceso evolutivo en el que se encuentran involucradas las capacidades cognitivas y socio afectivas, que permite a los niños y a las niñas desde muy temprana edad estar sumergidos en el proceso de interacción comunicativa con los demás.

En la visión global del desarrollo de la comunicación en los niños y las niñas, se identifican componentes esenciales dentro de este proceso como el lenguaje no verbal, la expresión oral, la comprensión oral, la producción de textos y la comprensión de texto. Adicionalmente se identifica tres etapas en el desarrollo de la comunicación: (1) La comunicación No verbal, (2) la comunicación verbal (que comprende expresión y comprensión oral) y (3) el acercamiento a la escritura y la lectura (comprendiendo la producción y comprensión de textos).

La comunicación no verbal se refiere al uso de gestos, señas, sonidos y movimientos para interactuar con el otro. Se da con mayor incidencia en el primer año de vida. El ser humano al nacer cuenta con algunos recursos innatos como el llanto, que le permite expresar sensaciones de malestar como el hambre, el frío y el dolor. Conforme crecen y gracias a la interacción con las personas de su entorno (en especial con la figura significativa) el bebé o la bebé van discriminando los sonidos (4-9 meses), es decir, pasan a reconocer los fonemas de su lengua materna. Por esa razón se observa que los bebés o las bebés juegan con sonidos que imitan y repiten con disfrute para luego dar paso al uso de gestos y sonidos (de 9 a 15 meses), en los que es más evidente la intención comunicativa (las evidencias acerca del impacto en la comunicación verbal se explican en el acápite de los factores asociados). La discriminación de sonidos y el uso de gestos acompañado de sonidos (a manera de palabras-protopalabra) son considerados dos hitos precursores para la aparición de la comunicación verbal.

La comunicación verbal es un modo nuevo de comunicación para el niño. Supone un salto cualitativo importante en su desarrollo y aparece alrededor de los 9 meses, para pasar a observarse un mayor dominio hacia los 36 meses. Cuando el niño empieza a utilizar las palabras para comunicar sus deseos y necesidades, está revelando un progreso importante en su dimensión cognitiva pues es reflejo de las representaciones mentales que ha ido construyendo gracias a la interacción social, cultural y afectiva con las personas de su entorno (Konopcynski (1990-1991); Loocke (1986) Boysson-Bardies y Durand (1991) Huilt y Howeard (2006)). En esta etapa podemos apreciar que los niños:

* + Expresan sus intereses y necesidades a través de gestos, señas y pre-palabras (de los 10 a los 18 meses aproximadamente)
  + Siguen indicaciones y responden a preguntas sencillas que el adulto le hace. (19-36 meses aprox.)
  + Sostienen conversaciones utilizando oraciones simples y preguntas (19-36 meses aprox.)
  + Alternan turnos en conversaciones grupales. (19-36 meses)

La tercera etapa se refiere al acercamiento a la lectura y escritura. Se presenta entre los 3 y los 5 años de edad, cuando el niño cuenta con mayores capacidades y recursos para pasar del mundo concreto al mundo abstracto. Se inicia con la necesidad del niño de comunicar sus vivencias haciendo uso de los garabatos con sentido, para luego expresarse a través del dibujo figurativo y posteriormente el uso de símbolos y signos que sirven para comunicar ideas y vivencias de forma convencional; finalmente se da el desarrollo de habilidades para la lectura y escritura propiamente dicha (a partir de los 6 años).

### Lineamiento 1.6. Mejorar la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y niños de 24 a 71 meses.

Uno de los logros más complejos para el ser humano es desarrollar la habilidad de regular nuestras emociones y por ende nuestros comportamientos frente a los demás y en situaciones diversas. Fernández-Berrocal y Extremera (s/f) (Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (s/f). OEI, Revista Iberoamericana de Educación.) definen la regulación emocional como la habilidad para moderar o manejar nuestra reacción emocional propia ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas, tal como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo.

Agregan los autores, además, que regular las emociones implica algo más que simplemente alcanzar satisfacción con los sentimientos positivos y tratar de evitar o esconder los afectos propios más nocivos, sino que supone un paso más allá: consiste en percibir, sentir y vivenciar nuestro estado afectivo, y a partir de esta información actuar dentro de las normas sociales y culturales.

Como todo proceso complejo, su formación se inicia desde edades tempranas. Para llegar a la regulación de emociones y comportamientos, el niño ha pasado por varios momentos, siendo el apego seguro un hito precursor importante que se va estableciendo hacia el primer año de vida. Otro hito importante es la construcción de la identidad (o autoconciencia) que significa la comprensión de ser una persona diferente, cuyo cuerpo, mente y acciones son independientes de los otros (Berger, 2007). Esto da paso a la comprensión de la existencia del otro e iniciar la experiencia de sentir emociones por otra persona (en el segundo año de vida).

Esta comprensión de un “otro” y los aspectos vinculados con la socialización (que responde a patrones culturales) son mediadores en el logro de este lineamiento. Para regular las emociones y comportamientos, los niños deben desarrollar un entendimiento básico de que las acciones tienen consecuencias positivas o negativas, saber qué comportamientos son aceptables, ser conscientes de que tienen la capacidad de controlar su comportamiento y saber que pueden regular sus emociones (Bilmes, 2004).

### Lineamiento 1.7. Mejorar el desarrollo de la función simbólica de las niñas y niños de 55 a 71 meses.

La función simbólica es la evocación representativa de un objeto o acontecimiento ausente, que está compuesto de cinco conductas: (1) imitación diferida – imitación en ausencia del modelo, (2) Juego simbólico (o juego de ficción), (3) dibujo – imagen gráfica, (4) imagen mental – como imitación interiorizada y (5) lenguaje – evocación verbal de acontecimientos no actuales (Piaget, 1961).

La literatura científica señala que la función simbólica supone una serie de habilidades y capacidades cognitivas logradas gracias a una mayor destreza motora (Piaget, 1969; Wallon, 1941; Da Fonseca, 1988), al descubrimiento del mundo de los objetos y a la interacción social, como los plantearan Vigotsky y Piaget (citados en Berger, 2007).

El modelo conceptual desarrollado da cuenta de la permanencia del objeto (saber que las cosas no desaparecen si sale del campo visual del o la bebé) en edades tempranas como el primer precursor de la capacidad cognitiva en los niños o las niñas. Gracias a este logro, los niños y las niñas van construyendo esquemas de pensamiento (a partir de la asimilación y acomodación) que se van enriqueciendo y organizando a partir de habilidades cognitivas como la percepción, la atención y la memoria. La construcción de esquemas de pensamiento (o esquemas mentales) se va dando en dos momentos: (1) etapa pre simbólica y (2) etapa simbólica.

Durante la etapa pre simbólica, que se inicia con el logro de la permanencia del objeto (a partir de los 9 meses), el niño y la niña empiezan a relacionarse de manera más activa con su entorno (gracias al control progresivo de su cuerpo), lo que le permite ir descubriendo de manera intuitiva las relaciones de causa-efecto, las características de los objetos e ir iniciando la etapa del pensamiento simbólico a partir de la organización y categorización de la información para pasar de la dimensión concreta a la dimensión gráfica a través del uso de símbolos y signos. Este acercamiento progresivo a las cualidades/atributos de los objetos, a su cada vez mayor destreza motora y la evolución en el uso de formas de comunicación le permiten al niño o la niña ir construyendo las nociones de tiempo y espacio (hacia los 4 años).

Pero la función simbólica no sólo se da en la relación o conocimiento de los objetos, sino también (y tal vez lo más importante) en el mundo de las relaciones sociales que establece el niño con las personas que lo rodean. Es a partir del juego simbólico que se inicia con la imitación con modelo presente (hacia los 12 meses) que los niños van demostrando su progreso respecto a la capacidad de interiorizar y representar las situaciones de su vida cotidiana.

## Objetivo prioritario 2: Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión

Las estrategias que se han determinado para fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía son las siguientes:

* Mejorar el desarrollo físico y mental en niñas, niños y adolescentes.
* Mejorar las competencias de niñas, niños y adolescentes para desempeñarse productivamente en la sociedad.
* Fortalecer la autoestima y confianza de niñas niños y adolescentes a través de la construcción de su identidad.

### Lineamiento 2.1. Mejorar el desarrollo físico y mental en niñas, niños y adolescentes.

Cambios físicos en el tamaño y estructura del cuerpo que tienen lugar entre la concepción y la vida adulta de manera gradual, que afectan y son afectadas por el entorno sociocultural donde vive la persona.

Entre los 6 y 11 años, las niñas y niños crecen entre 5 y 7 centímetros y duplican su peso corporal (McDowell, M. A., et al, 2008). Se observa un progreso de las habilidades motoras y una práctica del juego espontáneo e informal (Papalia,D., et al, 2012). La menarquia y la espermarquia son los signos más visibles a nivel físico en la pubertad, lo que representa la madurez de los órganos sexuales acompañada del desarrollo de características secundarias como el crecimiento de senos, aparición de vello púbico, cambio de voz, piel grasa, entre otros (Papalia,D., et al, 2012). El crecimiento rápido a nivel de talla y peso origina un estirón del crecimiento, primero en las mujeres que en los varones (Baron, R., 1996; Papalia,D., et al, 2012). Con los cambios notorios a nivel físico surge preocupación por la imagen corporal que potencialmente ocasiona la necesidad de un mayor control sobre el peso y el control del acné producto de la mayor producción de grasa (Papalia,D., et al, 2012), aunque a la vez se reporta una menor actividad física en relación con la niñez (Nader, P. R., et al, 2008).

Los estudios de resonancia magnética han descubierto que los procesos de desarrollo del cerebro tienden a ocurrir en un patrón de atrás hacia adelante, siendo la corteza prefrontal una de las últimas regiones del cerebro en alcanzar la maduración. El desarrollo se logra mediante la poda dendrítica y la mielinización: La poda dendrítica erradica las sinapsis no utilizadas (materia gris), mientras que la mielinización (materia blanca) aumenta la velocidad de conducción de impulsos, optimiza la comunicación de información y aumenta la velocidad del procesamiento de la información (Arain, M., et al, 2013; Petanjek, Z., et al, 2011). Durante la niñez, existe una pérdida de materia gris en el cerebro que refleja una poda de dentritas que no se utilizan en las zonas temporal y parietal vinculadas a las capacidades básicas del lenguaje y la atención espacial (Papalia,D., et al, 2012). En la adolescencia, la mielina en los lóbulos frontales empieza a aumentar hasta aproximadamente la tercera edad de vida (Arain, M., et al, 2013; Luna, B., 2017). La corteza prefrontal es responsable varias funciones cerebrales ejecutivas como análisis cognitivo, planificación, autoconciencia, modulación de emociones, previsión de consecuencias, pensamiento abstracto y control de impulsos y memoria de trabajo (Arain, M., et al, 2013; Luna, B., 2017). Estudios de neuroimagen han determinado que las cortezas prefrontales de los adolescentes se usan con menos frecuencia durante las interacciones interpersonales y la toma de decisiones que sus contrapartes adultas. Los adolescentes recurren más a la región límbica de sus cerebros cuando leen las emociones de los demás, lo cual es más impulsivo en comparación con una interpretación lógica racional. La comprensión de cómo se utilizan el sistema límbico y la corteza prefrontal ha proporcionado una explicación parcial de los comportamientos de adolescentes, como la facilidad para el enojo, los cambios de humor intensos y la toma de decisiones sobre la base de los sentimientos viscerales (Arain, M., et al, 2013).

Durante la niñez, se espera el crecimiento del sistema muscular esquelético según peso y talla que permite autonomía motora funcional. Durante la adolescencia se espera el desarrollo del cerebro pre frontal con una salud sin presencia o riesgo de enfermedades no transmisibles o desórdenes mentales.

### Lineamiento 2.2. Mejorar las competencias de niñas, niños y adolescentes para desempeñarse productivamente en la sociedad.

Este lineamiento está vinculado al desarrollo cognitivo, que es la manera como el niño, niña o adolescente aprenden de su conformación biológica y su entorno. Los conocimientos básicos o los conocimientos acumulados también influyen en la manera de pensar. Los conocimientos básicos influyen en la manera que el niño, niña y adolescente procesan la información, la memoria, la capacidad para clasificar y resolver problemas, la adquisición del lenguaje y el aprendizaje de lectura y de las matemáticas (Bjorklund, 2005; McAfee&Leong, 1994).

Desde aproximadamente los 6 o 7 años, las niñas y niños entran a la etapa de las operaciones concretas que les permite una mejor comprensión que las niñas y niños pre operacionales sobre los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, la seriación, la inferencia transitiva, los razonamientos deductivo e inductivo y la conservación de propiedades, pero siempre aplicado a situaciones reales y concretas (Baron, R., 1996; Papalia,D., et al, 2012). Durante esta etapa, se incrementa la atención selectiva, la memoria de trabajo, la metamemoria y se desarrollan estrategias mnemotécnicas (repetición, organización en categorías y elaboración de asociaciones mentales) (Papalia,D., et al, 2012). En el contexto escolar, se desarrolla diversos tipos de inteligencia (Gardner, H., 2016), entre los que destacan la lectoescritura, el razonamiento matemático y la inteligencia espacial. Aproximadamente desde los 11 o 12 años se alcanza el dominio de las operaciones formales que, a diferencia de las operaciones concretas, le permite al adolescente alcanzar la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento hipotético deductivo (Papalia,D., et al, 2012; Baron, R., 1996). Si bien previamente pueden pensar de manera lógica, sólo lo hacen en relación con hechos y objetos concretos; mientras en esta etapa pueden alcanzar un pensamiento en base a hechos posibles, que no existen o que pueden ser imaginados (Papalia,D., et al, 2012; Baron, R., 1996). Es capaz de entender conceptos más abstractos como la libertad, la justicia, la ciudadanía; entienden mejor las metáforas; usan y entienden símbolos que representan otros símbolos (Papalia,D., et al, 2012). Mientras el niño puede amar u odiar un ente concreto como un compañero de clase; un adolescente puede amar la libertad u odiar la corrupción. Con el razonamiento hipotético puede elaborar y probar hipótesis, estableciendo relaciones, descartando alternativas falsas o erróneas hasta concluir en alguna verdad (Papalia,D., et al, 2012).

Durante la niñez se espera que se desarrollen las principales competencias cognitivas de lectoescritura, matemáticas e indagación en situaciones concretas; y durante la adolescencia el pensamiento abstracto, hipotético deductivo y la metacognición en combinación con habilidades digitales y técnicas.

### Lineamiento 2.3. Fortalecer la autoestima y confianza de niñas niños y adolescentes a través de la construcción de su identidad.

En esta etapa se espera que se desarrolle la identidad, que alude al sentido de ser uno mismo a través del tiempo y los diversos cambios experimentados. El logro de la identidad supone la posibilidad de sentir que seguimos siendo “la misma persona” frente a diversas situaciones que enfrentamos y que exigen de nosotros comportamientos disímiles. Es la conciencia de que una persona tiene que ser ella misma y distintas de los demás. Involucra la noción de singularidad, que hace única y diferente a cada persona, y alude, a la vez, a lo que se comparte con otros, lo que permite ubicar a una persona como parte de un grupo de referencia. Se desarrolla desde el nacimiento y, por lo general, se consolida hacia el final de la adolescencia y continúa su desarrollo a lo largo del ciclo vital y se construye a través de un proceso de diferenciación de la persona con respecto a los otros y de un proceso de integración que permite la pertenencia e identificación con un grupo. La identidad es tanto una construcción personal como una construcción social. De acuerdo con la teoría psicosocial de Erikson hacia el final de la adolescencia se debe alcanzar una identidad en torno al ámbito sexual, vocacional y valorativa, con un sentido de pertinencia.

Se espera que los adolescentes desarrollen su identidad sexual, ocupacional, valorativa y de pertinencia que se forma por integrar historia pasada, presente y proyecto de vida (lo que uno es, lo que uno ha sido o ha hecho, y lo que se proyecta ser o hacer), superando etapa de moratoria. Para ello, se consolida autoconcepto (imagen integrada y realista de lo que uno es) y la autoestima (apreciación valorativa y emocional del autoconcepto).

Asimismo, debe lograrse un buen desarrollo socioemocional, que implica que los niños aprendan a entender sus propios sentimientos y los de los demás, a regular y expresar sus emociones apropiadamente, a formar relaciones con los demás y a interactuar en grupos (Rubin, Bukowski & Parker, 1998) .

Se espera que niños y adolescentes superen el egocentrismo y competencia para un dominio de habilidades interpersonales que permite relación, integración y participación en entornos sociales.

## Objetivo prioritario 3: Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión

Las estrategias que se han determinado para incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible son las siguientes:

* Mejorar las condiciones de salud de jóvenes y adultos.
* Mejorar el estado nutricional de jóvenes y adultos.
* Incrementar el acceso al trabajo de calidad en jóvenes y adultos.
* Incrementar el acceso a educación de calidad en jóvenes y adultos.

### Lineamiento 3.1. Mejorar las condiciones de salud de jóvenes y adultos.

Según un análisis de carga de enfermedad (Ministerio de la Salud, 2018b) en el grupo de edad de 15 a 44 años se determina que los problemas de salud que generan mayor carga de enfermedad son los trastornos mentales y del comportamiento (depresión unipolar, dependencia y abuso de alcohol, esquizofrenia), lesiones no intencionales e intencionales (accidentes de tránsito, violencia) y enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus).

En el grupo de edad de 45 a 59 años los problemas de salud con mayor carga de enfermedad son enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, cirrosis, artrosis, enfermedad hipertensiva), trastornos mentales y del comportamiento (depresión unipolar, dependencia de alcohol), tumores malignos y lesiones no intencionales.

Según un análisis de las causas de mortalidad (Ministerio de Salud, 2018a), se establece que las principales causas de mortalidad en los jóvenes son accidentes de tránsito, homicidio, infección respiratoria aguda baja, tuberculosis enfermedades por VIH (SIDA).

En adultos, las principales causas de mortalidad son las siguientes accidentes de tránsito, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, neoplasia maligna del cuello del útero, infección respiratoria aguda baja y enfermedad cerebrovascular.

Se entiende como mejora de las condiciones de salud para jóvenes y adultos cuando se cumple lo siguiente:

* Los jóvenes y adultos disminuyen factores de riesgo y evitan daños a la salud producidos por enfermedades crónicas no trasmisibles
* Los jóvenes y adultos disminuyen factores de riesgo y evitan daños a la salud producidos por problemas de salud mental
* Los jóvenes y adultos disminuyen factores de riesgo y evitan daños a la salud producidos por enfermedades trasmisibles
* Los jóvenes y adultos disminuyen factores de riesgo y evitan daños a la salud producidos por lesiones

### Lineamiento 3.2. Mejorar el estado nutricional de jóvenes y adultos.

La seguridad alimentaria está asociada a una adecuada nutrición de las personas que deriva en su buen estado de salud y bienestar. Una adecuada nutrición es una parte esencial para generar resultados positivos en la salud. En contraposición, la inseguridad alimentaria afecta de forma diferenciada a lo largo del ciclo de vida de las personas. Las personas jóvenes y adultas que se encuentran en una situación de inseguridad alimentaria tienen un mayor riesgo de padecer alguna forma de malnutrición sea por déficit o por exceso que incluye desnutrición, anemia, así como sobrepeso y obesidad entre otras afecciones.

Según FAO (2018), los países de ingresos medios como Perú, además de afrontar problemas de desnutrición, tienden a presentar mayores problemas de sobre peso y obesidad en las personas adultas, tendencia que se encuentra en crecimiento en los últimos años. Además, existen implicancias de género que están presentes en la inseguridad alimentaria. Así, Miranda y otros (2016) encontraron que los hogares encabezados por mujeres constituyen un segmento de la población con mayor vulnerabilidad a padecer de inseguridad alimentaria. También, de acuerdo con Moradi y otros (2018; 2019), las afecciones nutricionales descritas antes tienen una mayor incidencia en mujeres adultas con inseguridad alimentaria, quienes padecen con más frecuencia de anemia y obesidad. La malnutrición en las personas es un factor de riesgo para diferentes enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión en adultos (Arteaga, 2012).

La oportunidad de afectar resultados en la salud no solo se puede dar durante los periodos críticos del ciclo de vida (como la primera infancia), sino también en el día a día en otros momentos como es la adultez. Nueva evidencia está mostrando que hay oportunidad para generar cambios. Así un estudio de Juonala et al (2011) encontró que personas que fueron obesas o tuvieron sobrepeso en su niñez, pero dejaron de ser obesas como adultos tuvieron riesgos similares de enfermedades crónicas que aquellas personas que nunca fueron obesas. Asimismo, una adecuada nutrición es importante como prevención secundaria en individuos susceptibles a factores de riesgo genéticos (Herman et al 2014). Por ello es necesario que se mantenga el énfasis de una adecuada alimentación en el periodo de adultez y juventud que incluso pueda ayudar a revertir los efectos negativos de una pobre alimentación en edades más tempranas y generar círculos virtuosos de alimentación en los hogares en las futuras generaciones.

Además de consecuencias en la salud física, la inseguridad alimentaria también tiene efectos negativos en la salud mental (Jones 2017). Un incremento en la inseguridad alimentaria puede amplificar los estresores psicosociales en las personas como es la ansiedad, dado que este grupo etario es el responsable de asegurar los alimentos en la mayoría de los hogares. En una revisión sistemática, Na et al (2019) encontraron que las personas con inseguridad alimentaria, tendrían un mayor riesgo de experimentar una baja función cognitiva tanto en la niñez como en la adultez. Asimismo, la inseguridad alimentaria trae efectos indirectos sociales y económicos en los adultos. Neovius et al (2009) señalan que la obesidad genera mayores bajas por enfermedad afectando la productividad de las personas en comparación con aquellas con peso normal. En resumen, la calidad de vida de las personas se encuentra afectada por inseguridad alimentaria generando trampas de pobreza.

Se entiende como mejora en el estado nutricional para jóvenes y adultos cuando se cumple lo siguiente:

* Los jóvenes y adultos tienen acceso a alimentos nutritivos
* Los jóvenes y adultos hacen un uso adecuado de los alimentos (consumo de dieta nutritiva)

### Lineamiento 3.3. Incrementar el acceso al trabajo de calidad en jóvenes y adultos.

De acuerdo con la OIT (2003), el trabajo decente hace referencia a “la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, tanto para hombres como mujeres”. Contar con un trabajo decente es una de las capacidades inherentes al grupo etario de jóvenes y adultos. El trabajo decente sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral, generando bienestar de largo plazo para las personas y sus hogares.

Esta acepción pone al relieve el abordaje de diferentes aspectos relacionados a la calidad del empleo que desarrollan los adultos y jóvenes que también se encuentra recogido en el octavo objetivo de desarrollo sostenible.

Las condiciones adecuadas de trabajo engloban tres aspectos: ingresos (salario mínimo), horas de trabajo y seguridad en el ambiente de trabajo. Respecto al ingreso, sin duda el trabajo constituye el principal activo o fuente de recursos para la mayoría de las personas y sus hogares que permite generar los ingresos para cubrir diferentes necesidades de vida y en consecuencia asegurar el bienestar de las personas y sus familias. Los ingresos que provienen del trabajo también brindan a las personas una mayor sensación de autoestima, así como la apreciación de cómo son valorados por sus pares que impacta en el incremento de su empoderamiento y de otras capacidades (Sehnbruch, y otros 2020). Como señala la OECD (2014), existe una relación positiva entre mayores ganancias provenientes del trabajo y el bienestar subjetivo. Así, al establecer un punto de referencia para evaluar la calidad, se considera que un empleo es decente cuando los ingresos generados por el trabajo permiten cubrir las necesidades básicas de las personas y sus familias, en otras palabras, les permiten generar ingresos por encima de la línea de la pobreza. La OIT (2012) a este tipo le denomina “empleo productivo”, mientras que el BID (2017) los denomina “ingresos suficientes”. En el Perú, el INEI en su definición de empleo adecuado incorpora percibir un ingreso mínimo equivalente al ingreso mínimo de referencia (IMR), construido por el INEI sobre la base de una canasta mínima de consumo. De igual manera, el Estado Peruano a través del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) regula el ingreso mínimo vital.

Otro elemento son los aspectos no económicos del trabajo, como es la seguridad en el ambiente de trabajo. Esta comprende a los riesgos en la salud física y mental de las personas que la realización del trabajo puede generar, los cuales están relacionados a la naturaleza e intensidad del trabajo realizado, así como el apoyo que recibe del empleo para desarrollar las tareas encargadas OECD (2014), que incluye las características físicas del lugar donde se lleva a cabo el empleo. Un ambiente de trabajo es seguro cuando la integridad física y mental de las personas no es afectada por el trabajo realizado.

En esa misma línea, las horas de trabajo toman relevancia por su relación con la salud de las personas y por la importancia que tienen en permitir un equilibrio o balance entre el trabajo y otras actividades de vida de las personas, como han planteado diferentes autores (Floro y Messier 2010). Estudios muestran que excesivas horas de trabajo afectan negativamente a la salud de los trabajadores (Wong y otros 2019). Un punto de referencia para establecer que el empleo es decente, es que no exceda más de 48 horas semanales que es el límite que estableció la OIT, la cual también se encuentra en la Constitución Política del Perú.

De otro lado, un aspecto fundamental al que el trabajo está relacionado es a brindar la seguridad económica a las personas y hogares tanto en la vida presente como para su vejez en el futuro. Son diversos los eventos o shocks que pueden generar la pérdida del trabajo; una persona cuenta con un trabajo de calidad, cuando accede a protección básica para sobrellevar la pérdida de empleo y/o cuenta con un sistema básico de salud que le otorga la seguridad necesaria en caso de enfermedades o accidentes. De igual manera, el acceso a una pensión es una característica central de un trabajo de calidad, ya que brinda seguridad al trabajador.

Se entiende que los jóvenes y adultos cuentan con un trabajo de calidad cuando se cumple lo siguiente:

* Los jóvenes y adultos tienen buenas condiciones de empleo: ingresos mínimos por encima del ingreso mínimo de referencia, número de horas de trabajo por semana.
* Los jóvenes y adultos cuentan con un adecuada seguridad social: sistema de pensiones, sistema de protección al desempleo, seguro de salud.

### Lineamiento 3.4. Incrementar el acceso a educación de calidad en jóvenes y adultos.

Según Cepal (2009), concluir la educación básica es fundamental, dado que permite generar competencias en los jóvenes y, adicionalmente, otorga una credencial que es útil en el mercado laboral para acreditar la posibilidad de desempeño en múltiples servicios.

Sobre la educación superior, existen distintos estudios que muestran que esta genera retornos importantes. Psacharopolous y Patrinos (2018) indican que los retornos a la educación superior se han incrementado en el tiempo y que la inversión en este nivel educativo debe priorizarse una vez que se haya logrado el acceso universal a la educación básica. Adicionalmente, afirman que las tasas de retorno social que se suelen presentar están subestimadas porque no se incluyen externalidades generadas por tener una sociedad más educada.

En la misma línea un estudio sobre educación superior en países en desarrollo del Banco Mundial indica que el que la población tenga altos niveles educativos genera un ambiente propicio para el desarrollo económico en el país. Sobre la educación superior este documento afirma que “la existencia de personas con buenos niveles educativos es igualmente crucial en cuanto a crear un ambiente propicio para el desarrollo económico. Una buena administración, instituciones sólidas y una vasta infraestructura son elementos indispensables para la prosperidad de los negocios, y ninguno de ellos sería posible si la sociedad no contara con individuos de alto nivel educativo” (Banco Mundial, 2000).

Existe diversa literatura que analiza cómo el acceso a educación de calidad tiene un efecto importante en aspectos de la vida futura. Castro et al (2016) encuentran que, a mayor nivel educativo, el retorno de un año adicional de educación es más alto. Adicionalmente, completar un nivel educativo genera retornos mayores. De otro lado, Lavado et al (2016) analizan cómo la calidad de la educación superior influye en el subempleo profesional juvenil. Encontraron que en aquellos profesionales que estudiaron en universidades de menor calidad, la probabilidad de estar subempleados es mayor.

Se entiende que los jóvenes y adultos cuentan con educación de calidad cuando se cumple lo siguiente:

* Los jóvenes y adultos cuentan con competencias educativas básicas
* Los jóvenes y adultos cuentan con oportunidades de acceso a la educación superior

## Objetivo prioritario 4: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión

### Lineamiento 4.1. Incrementar la independencia física, mental y emocional de las personas adultas mayores

El Estado en sus tres niveles de gobierno, en corresponsabilidad con las familias y la comunidad, debe generar las condiciones necesarias para que las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza mantengan lo máximo posible su independencia física, mental y emocional, en el marco de un proceso natural de envejecimiento, para lo cual es necesario la preservación de su capacidad funcional, para que puedan tomar decisiones libres e informadas, toda vez que disponen de su capacidad física, cognitiva y emocional necesaria para la realización de su proyecto de vida.

Se entiende por independencia física, la capacidad de las personas adultas mayores de desarrollar solas las actividades básicas de la vida cotidiana, en la medida que representa el normal desarrollo de sus funciones biológicas, motoras, sensoriales e inmunológicas. Por lo tanto, se establecerán las intervenciones más efectivas para promover la salud y prevenir el envejecimiento patológico.

La independencia mental, aludirá a la funcionalidad cognitiva, lo que permitirá a las personas adultas mayores ejercer sus funciones intelectuales y responder adecuadamente ante tareas complejas a través de sus propias ideas, juicios u opiniones basadas en experiencias, impresiones u otras motivaciones sin ser afectados o influidos por otros y; de esta manera, continuar preservando su independencia física, emocional y autonomía económica y social.

Del mismo modo, la independencia emocional, alude a los conocimientos y habilidades que las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza deben desarrollar en 5 dimensiones (Ver Salovely y Sluyter, 1997): cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía y autocontrol, que le permitirán la demostración de la autoeficacia (Saarni, 2000), que supone la habilidad para lograr los objetivos deseados a partir del reconocimiento y regulación de las emociones, siendo necesario para ello la educación emocional, para reducir los niveles de ansiedad y depresión en las personas adultas mayores.

En forma indispensable y complementaria, se considerará también la promoción del estado nutricional adecuado de la persona adulta mayor, evitando la malnutrición (anemia, desnutrición, obesidad, delgadez).

De esta manera, enfocarse en la independencia física, mental y emocional implicará hacer énfasis en las acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

### Lineamiento 4.2. Incrementar la autonomía económica de las personas adultas mayores.

Lograr la autonomía personal en términos de definir, redefinir e implementar su proyecto de vida; así como, adquirir o mantener la independencia en la toma de decisiones, requiere de la capacidad de generar los ingresos y recursos propios; así como, de disponer el uso de los mismos para el autodesarrollo y bienestar de su familia, en tanto que no solo asumimos roles como ciudadanos/as sino también como trabajadores/as e incluso consumidores/as en una sociedad de mercado, lo cual forma parte de nuestra identidad. Esta propuesta de aproximación a la autonomía económica de las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza será abordada desde la economía gerontológica.

De acuerdo a lo impulsado por la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), los Estados en sus tres niveles de gobierno, en corresponsabilidad con las familias, la comunidad y el mercado debe proveer de seguridad económica a las personas adultas mayores, entendida ésta como “(…) la capacidad de disponer y usar, de forma independiente, una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (2006), suponiendo ello la generación de condiciones para la producción de ingresos a través del empleo o autoempleo; así como, la provisión de recursos mediante las pensiones por jubilaciones o transferencias monetarias u otros subsidios, las cuales, permitirán la adquisición o fortalecimiento de sus activos económicos como los bienes y los ahorros; todo lo cual permitirá el mejoramiento de la situación (poder adquisitivo) y posición económica (en relación a otros grupos etarios) de las personas adultas mayores para que ejerzan integralmente su autonomía e independencia personal.

De la misma manera, para promover una verdadera autonomía económica se deberá fomentar una disposición libre y administración directa de sus ingresos, orientada a la satisfacción de sus necesidades básicas e, incluso, si así lo decidiese, en el aporte a la economía familiar.

Lograr que las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza sean autónomas e independientes económicamente, refuerza las bases para una autonomía personal plena, para el ejercicio integral de sus derechos y calidad de vida.

### Lineamiento 4.3. Incrementar la autonomía social de las personas adultas mayores.

Considerando que, para lograr la autonomía personal, se requiere de la independencia como toma de decisiones libres y voluntarias y, calidad de vida, entendida ésta como una serie de condiciones del entorno, especialmente de las familias, comunidad, mercado y Estado, se necesita que las personas adultas mayores logren la autonomía social.

Todas las personas somos seres sociales que definimos nuestra identidad a partir de la interacción con otras personas, en cuanto elaboramos sentidos de pertenencia en diferentes grupos sociales. Reconociendo esta naturaleza social de las personas, para definir la identidad y vivir en sociedad, se requiere de un conjunto de competencias para establecer o mantener relaciones sociales, económicas, políticas y culturales, en todo espacio público y privado, lo que denominamos autonomía social, que va a repercutir en el ejercicio de la autonomía, independencia y calidad de vida de las personas adultas mayores.

En ese marco, para lograr la autonomía social de las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza implica proveer de una serie de condiciones mínimas como la *adquisición o fortalecimiento de capacidades de lecto-escritura y cálculo matemático* desde una mirada que reconoce el aprendizaje permanente que consolide la interacción con los diversos entornos para el logro de la independencia física, mental y emocional; así como, la autonomía económica; coadyuvando en la garantía de la dignidad humana y la autorrealización, pero también en el desarrollo y bienestar integral de la sociedad.

Del mismo modo, la autonomía social supone la promoción del *reconocimiento y transmisión intergeneracional de sus saberes previos*, dado que a lo largo de su vida las personas adultas mayores han podido acceder a una vasta información, que les ha permitido generar conocimiento y desarrollar experiencias inigualables, las cuales no solo contribuyen en el ejercicio de su autonomía e independencia sino también en el fortalecimiento de tradiciones, costumbres y cultura, elementos que refuerzan el sentido de pertenencia a la comunidad y el país en general.

La autonomía social también abarca la integración social de las personas adultas mayores en situación de pobreza y extrema pobreza, es decir que sean reconocidos, respetados y considerados como iguales (en su condición de ciudadanos/as) dentro de la sociedad en todos los ámbitos familiares, comunitarios, de mercado, estatales y, en todas las dimensiones: salud, educación, empleo, vivienda, justicia, cuidados, etc. Para ello, es necesario fomentar socializaciones positivas, a partir del conocimiento de sus derechos, participación en diferentes espacios públicos y privados, especialmente en aquellos donde se tomen decisiones y, reforzamiento de las redes de protección social no solo para la atención integral en casos de vulneración de derechos sino también para la promoción de una imagen positiva de la vejez y buen trato.

La autonomía social contribuirá en la minimización de los riesgos sociales y a la respuesta adecuada y oportuna a problemáticas como la dependencia, la pobreza y la violencia, que se incrementan por las limitaciones físicas, mentales, emocionales, económicas y sociales en el ejercicio de la autonomía e independencia; evitando que los entornos sean espacios de vulneración de derechos, pero sobre todo, permitiéndoles continuar disfrutando la vida como un proyecto constante y realizable, en una sociedad para todas las edades.

## Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión

### Lineamiento 5.1. Incrementar el acceso de la población a servicios básicos e infraestructura.

Las adecuadas condiciones de habitabilidad se circunscriben a dos dimensiones específicas. Por un lado, las características constructivas de la vivienda (condiciones de vivienda y hacinamiento); y por el otro, al acceso a servicios públicos básicos.

El acceso a servicios públicos básicos se refiere a servicios adecuados de agua y saneamiento, contar con energía eléctrica y que la vivienda cuente con conectividad. Al respecto se ha encontrado que los ingresos bajos son una barrera para contar con estos servicios básicos. El no poder cubrir los costos requeridos para contar con agua segura y un sistema de saneamiento adecuado, incrementan la probabilidad de no tener acceso a estos servicios (Sinharoy *et al*., 2019, Behera & Sethi, 2020). De otro lado, existen estudios que determinan que el nivel de gasto de un hogar es un predictor significativo para el acceso a energía rural y que la falta de acceso a energía se concentra en las familias con menores recursos en áreas rurales (Adusah-Poku, 2019, Jimenez, 2017).

El enfoque de pobreza multidimensional toma en cuenta dimensiones distintas a la monetaria. Distintos autores definen las dimensiones que componen la pobreza multidimensional y muchos de ellos incluyen una o más de una vinculada a las condiciones de habitabilidad: condiciones mínimas o acceso a servicios básicos.

Clausen y Flor (2014) realizan un estudio acerca de la naturaleza multidimensional de la pobreza y proponen un marco conceptual y de implementación para el Perú. En este documento incorporan la dimensión de hábitat humano en el que incluyen el acceso inadecuado a servicios.

Clausen y Trivelli (2019) realizan un estudio en el que se analiza la pobreza multidimensional rural. En él incluyen tres dimensiones vinculadas a la vivienda, dos de las cuales son agua y saneamiento y energía. En la primera se considera el acceso al agua clorada y al saneamiento. En la segunda se considera el acceso a electricidad y el uso de combustibles contaminantes.

Sáenz, Gutierrez y Minor (2015) realizan un estudio en México en el que comparan la formulación del índice de pobreza de ese país con la medida original de Alkire y Foster. En este documento se considera la dimensiones acceso a servicios básicos, en el que se considera el origen del agua que se utiliza en el hogar, la presencia y tipo de drenaje o desagüe, el acceso a energía eléctrica y el tipo de combustible que se utiliza para cocinar.

Villarroel y Hernani-Limarino (2013) analizan la evolución de la pobreza multidimensional en Bolivia. Ellos consideran la dimensiones acceso a servicios básicos en los que se incluye agua potable, electricidad, alcantarillado, gas y telecomunicaciones.

### Lineamiento 5.2. Mejorar las condiciones de la vivienda y su entorno.

Una vivienda precaria no es buena para la salud, ya que puede convertirse en un caldo de cultivo para las enfermedades. Por un lado, los pisos de tierra tienden a propagar las enfermedades parasitarias, materiales de paredes y techos no permanentes pueden generar problemas de excesivo frío, calor o humedad, que pueden causar enfermedades respiratorias, además del discomfort térmico que estas generan. El hacinamiento agrava el problema, pues aumenta la probabilidad de que las enfermedades contagiosas se propaguen, además de los problemas mentales que estos provocan (BID, 2012).

Por otro lado, es importante considerar que una vivienda adecuada en nuestro país incluye no solamente la seguridad sanitaria, sino que también incluyen la seguridad antisísmica (INDECI, 2019) y la seguridad ante fenómenos catastróficos (por ejemplo, inundaciones) asociada a la ubicación de la vivienda en zonas de alto riesgo (CENEPRED, 2014).

Clausen y Flor (2014) identifican como parte de la dimensión de hábitat humano los problemas como abarrotamiento y vivienda inadecuada. De otro lado, Clausen y Trivelli (2019) incluyen una dimensión vinculadas a las condiciones de la vivienda en las que se toma en cuenta la seguridad de su tenencia, los materiales de esta y las condiciones de hacinamiento.

Sáenz, Gutierrez y Minor (2015) consideran la dimensión de calidad de la vivienda incluye le material de los pisos, techos y muros y el hacinamiento. De otro lado, Villarroel y Hernani-Limarino (2013) consideran en la dimensión de vivienda adecuada el hacinamiento y el material del piso, el techo y las paredes.

Finalmente, Colafranceschi, Peyrou y Sanguinetti (2011) realizan un análisis de pobreza multidimensional en Uruguay. En este análisis, la dimensión de vivienda incluye los materiales de las paredes, el piso y el techo y el hacinamiento.

### Lineamiento 5.3. Disminuir la incidencia de la violencia en el entorno de la población.

Arriagada y Godoy (1999) indican que es necesario reconocer que la delincuencia y la violencia, si bien están interrelacionados y constituyen amenazas a la integridad de las personas, son fenómenos distintos. No todo delito es violento ni todo acto de violencia es tipificado como delito en las leyes. Adicionalmente, en el caso de la violencia es necesario diferenciar niveles y formas dado que “no todas las formas de violencia son delictuales y afectan la seguridad ciudadana, de otra parte, no todos los delitos son violentos y algunos no producen alarma ni inseguridad pública”.

La violencia se presenta en una complejidad de formas. Abd (2016) reconociendo esta complejidad identifican un conjunto de seis atributos para clasificar la violencia, estableciendo un continuo que va desde la violencia doméstica hasta la violencia del estado. Los atributos están fuertemente asociados entre sí y comprenden el nivel de letalidad o capacidad para causar lesiones físicas graves; el entorno donde ocurre la violencia que puede ser público o privado; el número de personas involucradas; la espontaneidad o nivel de preparación de la violencia; la motivación subyacente que puede ser emocional o instrumental para lograr algo; y la frecuencia de la violencia. De esta forma Abd (2016) establecen seis tipos de violencia que van en un continuo: del hogar, la escuela, la comunidad, la pandilla, organizada y del estado.

Según Abd (2016) la violencia del hogar suele ocurrir entre miembros de una familia o individuos conocidos entre sí, su naturaleza no es planificada, sino desorganizada y es emocional e impulsiva. Se suele considerar que ocurre en el ámbito privado, entre miembros de la familia, parejas íntimas o amigos. Mientras que la violencia comunitaria ocurre principalmente en entornos públicos y se caracteriza por suceder entre individuos y pequeños grupos que pueden o no conocerse entre sí. Suele ser poco planeada y de una naturaleza impulsiva. El impacto de la violencia comunitaria es severo y suele terminar en lesiones incapacitantes e incluso la muerte. “La violencia comunitaria puede derivarse de disputas o de formas convencionales de delincuencia callejera, como, por ejemplo, el robo, e involucra tanto a las áreas de salud y de seguridad pública, así como respuestas multisectoriales y multidisciplinaria” (Abd, 2016).

De lo revisado en la literatura sobre seguridad, se desprenden dos dimensiones a considerar desde un enfoque centrado en las personas. De acuerdo con el PNUD (2013), por un lado, está la dimensión objetiva de la seguridad ciudadana, la cual se relaciona con el delito y la violencia; y por el otro, la dimensión subjetiva que depende de la percepción de inseguridad que se manifiesta en sentimientos de temor y vulnerabilidad. Atender la seguridad objetiva es de suma importancia debido a que implica salvaguardar la integridad de las personas y su patrimonio; pero también atender la seguridad subjetiva es de gran importancia, debido a que el temor, el miedo o la desconfianza pueden tener consecuencias reales en el desarrollo humano de las personas como limitar el uso y la movilidad en el espacio público o incrementar sus gastos en protección o seguridad. Asimismo, considerando el tipo de violencia se enfocará en la violencia del hogar que para efectos del grupo etario comprenden la violencia que ocurre dentro de las relaciones de pareja, así como la violencia comunitaria que incluye diferentes delitos patrimoniales y delincuencia callejera que afecta la integridad de las personas.

# Bibliografía

* Abd, T. (2017). Towards a framework for preventing community violence among youth, Psychology, Health & Medicine, 22:sup1, 266-285, DOI: 10.1080/13548506.2016.1257815
* Antoranz, E. y Villalba, J. (2010). Desarrollo Cognitivo y Motor. Editorial Editex: Madrid En red: http://books.google.com.pe/books?id=p0wJtascC7UC&pg=PA96&dq=reflejos+bebes &hl=es&sa=X&ei=B4OvUvDDNKbMsATlv4GgBg&ved=0CDgQ6wEwAQ#v=onepage &q=reflejos%20bebes&f=false
* Arain, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., ... & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. Neuropsychiatric disease and treatment, 9, 449.
* Arriagada, I., & Godoy, L. (1999). Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa. Cepal.
* Baker, G. (2010). Clinical Report Diagnosis and prevention of iron deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). Padiatrics, 1040-1050.
* Banco Mundial (2013). Inclusion Matters. The foundation for shared prosperity. Washington, D.C.
* Banco Mundial (2000). La educación superior en los países en desarrollo: peligros y promesas. Washington, D.C.
* Baron, R. (1996). Psicología. Juarez, México. Prentice Hall Hispanoamérica.
* Bordignon, N. A. (2005) El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63.
* Castro, J., Yamada, G., & Asmat, R. (2013). Inversión en educación e ingresos laborales. Más allá de la ecuación de Mincer (Vol. 1). Fondo Editorial Universidad del Pacífico.
* Center on the Developing Child (2007). The Science of Early Childhood Development. National Scientific Council on the Developing Child. <http://www.developingchild.net>
* Centro Nacional de Estimación, Prevención, y Reducción del Riesgo de Desastres - CENEPRED (2014). Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres. PLANAGERD 2014-2021. Lima.
* CEPAL (2009). Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Santiago de Chile.
* Claussen, J. & J.L. Flor Toro (2014). Sobre la naturaleza multidimensional de la pobreza humana: propuesta conceptual e implementación empírica para el caso peruano. En: Exclusión e inclusión social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo, editado por Rodríguez, J., & Francke, P. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
* Clausen, J., & Trivelli, C. (2019). Explorando la pobreza multidimensional rural. Una propuesta comprehensiva y sensible al contexto peruano. Lima
* Colafranceschi, M., Peyrou, M., & Sanguinetti, M. (2011). Pobreza multidimensional en Uruguay: una aplicación de técnicas multivariadas1 E C. QUANTUM, 6(1), 28.
* Departamento de Salud del Estado de Nueva York (2006). División de Salud Familiar Oficina de Intervención Temprana. Normas de Práctica Clínica. Guía Rápida de Consulta. Trastornos de la Motricidad. Evaluación e Intervención para Niños Pequeños (de 0 a 3 años). En red: http://www.health.ny.gov/publications/5308.pdf
* Dosman, C., Andrews, D., Goulden, K. (2012). Evidence-Based Milestone Ages As A Framework for Developmental Surveillance. Pediatrics Child Health, 17 (10), 561-568
* Doyal, L., & Gough, I. (1991). A Theory of Human Needs. London: MacMillan Press.
* FAO, FIDA, UNICEF, PMA, & OMS. (2018). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO.
* Fernández-Berrocal, P y Extremera, N (s.f.). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. OEI, Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681 – 5653).
* Gardner, H. (2016). Estructuras de la mente: la teoría de las inteligencias múltiples. Fondo de Cultura Económica.
* Gento, S., Ferrándiz, I. y Orden, V (2011) Educación Física para el tratamiento de la Diversidad. Madrid: Librería UNED. En red: http://books.google.com.pe/books?id=dGU2wmZqRVUC&pg=PA25&dq=pikler+reflejo s&hl=es&sa=X&ei=0h2vUu7xLcXisASX4IGICw&ved=0CDUQ6AEwAQ#v=onepage& q=pikler%20reflejos&f=false
* Gluckman, P. D. and M. Hanson (2005). The Fetal Matrix: Evolution, Development, and Disease. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
* Gomez, R. F. (1956). Mortality in second and third degree malnutrition. Bull World Health Organization, 1275-1280.
* Heckman, J. (2007). The economics, technology, and neuroscience of human capability formation. Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(33), 13250-13255.
* Hirai, T. (2017) History of Development: Towards Human Development. The Creation of the Human Development Approach. Palgrave Macmillan. Londres.
* Huenchuan, S., & Rodríguez-Piñero Royo, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección.
* Lavado, P., Martínez, J. J., & Yamada, G. (2014). ¿Una promesa incumplida? La calidad de la educación superior universitaria y el subempleo profesional en el Perú. Documento de trabajo, (2014-021).
* Luna, B. (2017). Neuroimaging and the adolescent brain: A period of plasticity for vulnerabilities and opportunities. Publications produced by the Office are contributions to a global debate on children and may not necessarily reflect UNICEF policies or approaches. The views expressed
* McDowell, M. A., Fryar, C. D., Ogden, C. L., & Flegal, K. M. (2008). Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2003–2006. National health statistics reports, 10(1-45), 5.
* Ministerio de Salud (2018a). Análisis de las causas de mortalidad en el Perú, 1986-2015. Lima.
* Ministerio de Salud (2018b). Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. Lima.
* Miranda, N., Souza, F., Pascoal, M., Pauli, S., & Borges, M. (2016). Gender differences in the prevalence of household food insecurity: a systematic review and meta-analysis. Public Health Nutrition, 902–916.
* Moradi, S., Mirzababaei, A., Dadfarma, A., Rezaei, S., Mohammadi, H., Jannat, B., & Mirzaei, K. (2019). Food insecurity and adult weight abnormality risk: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Nutrition, 45-61.
* Nader, P. R., Bradley, R. H., Houts, R. M., McRitchie, S. L., & O’Brien, M. (2008). Moderate-to-vigorous physical activity from ages 9 to 15 years. Jama, 300(3), 295-305.
* OMS (s.f.). .Sobrepeso y obesidad infantiles. Recuperado 6 de septiembre de 2019, de WHO website: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/
* Onis, M. A. (s.f.). The world wide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. Bulletin of the World Health Organization, 703-712.
* Palau, E. (2001) Aspectos Básicos del Desarrollo Infantil – La Etapa de 0 a 6 meses. CEAC: España En red: http://books.google.com.pe/books?id=lkupHJydSUIC&pg=PA14&dq=reflejos+del+reci en+nacido+PALAU&hl=es- 419&sa=X&ei=EhevUuLFHrPNsASDoIC4Dg&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=r eflejos%20del%20recien%20nacido%20PALAU&f=false
* Palau, E. (2001), Departamento de Salud del Estado de Nueva York (2006) División de Salud Familiar Oficina de Intervención Temprana, Sadurni, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2008), Antoranz, E. y Villalba, J. (2010), Dosman, C., Andrews, D., Goulden, K. (2012)
* Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. DF: McGraw-Hill/Interamericana editores.
* PNUD. (2013). Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014: Seguridad ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina.
* Petanjek, Z., Judaš, M., Šimić, G., Rašin, M. R., Uylings, H. B., Rakic, P., & Kostović, I. (2011). Extraordinary neoteny of synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(32), 13281-13286.
* Pollit, E. y Bacallao J. (2009). Informe Técnico: La utilización de hitos motores en estudios poblacionales como indicadores de desarrollo de los niños menores de dos años. 2009. OPS/OMS.
* Psacharopoulos, G., & Patrinos, H. A. (2018). Returns to investment in education: a decennial review of the global literature. The World Bank.
* Sadurni, M., Rostán, C. y Serrat, e. (2008). El Desarrollo de los niños paso a paso. Editorial UOC: Barcelona. En red: http://books.google.com.pe/books?id=o10PlxFGVDIC&pg=PA47&dq=reflejos+bebes &hl=es&sa=X&ei=lV- vUruQBrPQsASmg4GIBg&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=reflejos%20bebes&f =false
* Sáenz Vela, H. M., Gutiérrez Flores, L., & Minor Campa, E. E. (2015). Aproximación para analizar el índice de intensidad de la pobreza multidimensional de México. Iztapalapa. Revista de ciencias sociales y humanidades, 36(79), 111-129.
* Seoane, L. (1971). Nutritional anthropometry in the identification of malnutrition in childhood. J Trop Pediat Environ Child Health, 98-104.
* Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad. Editorial Planeta. Buenos Aires.
* Shonkoff, J. P. y Phillips, D. A. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, DC: National Academies Press.
* Tolentino, F. (2007). An Update on Anemia in Less Developed Countries. Am. J. Trop.Med.Hyg, 44-51.
* Villarroel, P., & Hernani-Limarino, W. L. (2013). La evolución de la pobreza en Bolivia: un enfoque multidimensional. Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico, (20), 7-74.
* Waterlow. (1972). Classification and definition of protein-calorie malnutrition. British medical journal, 566.
* Waterlow, B. K. (1977). The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. Bull World Health Organ, 489-498.

# Anexo 1. Matriz de evaluación de alternativas de solución

Siguiendo la Guía de Políticas Nacionales de CEPLAN, para analizar las alternativas de solución se utilizó los criterios de viabilidad política, viabilidad social, viabilidad administrativa y efectividad. Para el análisis de cada criterio se han establecido 3 niveles.

Viabilidad política (VP):

Se refiere a la aceptación política de la propuesta. Permite verificar la consistencia de la propuesta con las Políticas de Estado y los objetivos del PEDN. (CEPLAN, 2018)

|  |  |
| --- | --- |
| **Puntaje** | **Descripción** |
| 1 | No existe voluntad política de implementar la alternativa de solución y no existen instancias con capacidad institucional y técnica que la apoyen. |
| 2 | Existe voluntad política de implementar la alternativa de solución, pero no existen instancias con capacidad institucional y técnica que la apoyen. |
| 3 | Existe voluntad política de implementar la alternativa de solución y existen instancias con capacidad institucional y técnica que la apoyen. |

Viabilidad social (VS):

Se refiere a la aceptación del público afectado por la política. Esta depende en muchos casos del grado de consistencia de las políticas con sus tradiciones y culturas. (CEPLAN, 2018)

|  |  |
| --- | --- |
| **Puntaje** | **Descripción** |
| 1 | La población no se encuentra identificada con la alternativa de solución y no considera que esta tendrá un efecto positivo en los resultados esperados. |
| 2 | Parte de la población se encuentra identificada con la alternativa de solución y/o considera que esta tendrá un efecto positivo en los resultados esperados. |
| 3 | La población se encuentra identificada con la alternativa de solución y considera que esta tendrá un efecto positivo en los resultados esperados. |

Viabilidad administrativa (VA):

Se refiere a la capacidad de gestión y de realizar arreglos institucionales en los ministerios para implementar la alternativa de solución. (CEPLAN, 2018)

|  |  |
| --- | --- |
| **Puntaje** | **Descripción** |
| 1 | La alternativa no se puede ejecutar, dado que no capacidades del sector o sectores involucrados para gestionar y administrar los requerimientos de la implementación de la alternativa de solución. |
| 2 | Existen capacidades del sector o sectores involucrados para gestionar y administrar, parcialmente, los requerimientos de la implementación de la alternativa de solución. |
| 3 | Existen capacidades del sector o sectores involucrados para gestionar y administrar, de manera completa y eficiente, los requerimientos de la implementación de la alternativa de solución. |

Efectividad (EF):

Se refiere al impacto de la alternativa de solución en el logro del objetivo. (CEPLAN, 2018)

|  |  |
| --- | --- |
| **Puntaje** | **Descripción** |
| 1 | No existe evidencia de que la implementación de la alternativa de solución tenga un efecto positivo en el logro de los resultados esperados. |
| 2 | Existe evidencia parcial de que la implementación de la alternativa de solución tenga un efecto positivo en el logro de los resultados esperados. |
| 3 | Existe suficiente evidencia de que la implementación de la alternativa de solución tenga un efecto positivo en el logro de los resultados esperados. |

## A1.1. Objetivo prioritario 1: Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Evidencia** | **Criterios de evaluación** | | | | **Puntaje total** | **Alternativa seleccionada** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Proveer de métodos de planificación familiar a mujeres y hombres en edad fértil | * + - * Miller, G., & Singer Babiarz, K., 2016. Family Planning Program Effects: A Review of Evidence from Microdata       * Baqui, A. H. et al., s. f. Impact of integrating a postpartum family planning program into a community-based maternal and newborn health program on birth spacing and preterm birth in rural Bangladesh. | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | X |
| Brindar atención médica preventiva a las gestantes | * + - * Peña‐Rosas, J. P. et al., 2015. Daily oral iron supplementation during pregnancy.       * Bothwell, 2000. Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them.       * Hofmeyr, G. J. et al., 2014. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems       * Muktabhant, B., et al., 2015. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Brindar tratamiento médico oportuno a mujeres gestantes reactivas y niñas y niños expuestos al VIH/SIDA | * + - * Rogozińska, E. et al., 2016. Accuracy of Onsite Tests to Detect Asymptomatic Bacteriuria in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis       * Gliddon, H. D. et al., 2017. A systematic review and meta-analysis of studies evaluating the performance and operational characteristics of dual point-of-care tests for HIV and syphilis       * Pai, N. P., et al. 2007. Rapid point-of-care HIV testing in pregnant women: A systematic review and meta-analysis.       * Smaill, F. M., & Vazquez, J. C., 2015. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy       * Widmer, M. et al., 2015. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy.       * Walker, G. J., 2001. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database of Systematic.       * Veroniki, A. A. et al., 2018. Comparative safety and effectiveness of perinatal antiretroviral therapies for HIV-infected women and their children: Systematic review and network meta-analysis including different study designs.       * Brocklehurst, P., & Volmink, J., 2002. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir trastornos mentales y de comportamiento en gestantes | * + - * Evins, G. et al, 2000. Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation.       * Hewitt, C. & Gilbody, S.M., 2009. Is it clinically and cost effective to screen for postnatal depression: A systematic review of controlled clinical trials and economic evidence.       * Clarke, K. 2013. Psychosocial interventions for perinatal common mental disorders delivered by providers who are not mental health specialists in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.       * Hübner-Liebermann, 2012. | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | X |
| Brindar atención de parto | * + - * Hutton, E. & Hassan, E. 2007. Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials. | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Brindar atención médica al recién nacido | * + - * Flores-Robles, C.M., et al., 2018. Tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito, análisis de la evidencia actual y propuesta de tamizaje para la población mexicana.       * Hanley, W. B., et al. 1997. Newborn phenylketonuria (PKU) Guthrie (BIA) screening and early hospital discharge.       * Gidlöf, S., Wedell, A., et al. 2014 R3       * Delgado Pecellín, I., et al, 2018. Resultados del programa de screening neonatal de fibrosis quística en Andalucía tras 5 años de su implantación.       * Dai, S., et al, 2011. Efficacy of wide-field digital retinal imaging for retinopathy of prematurity screening. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Fortalecer el vínculo madre-niño y la sensibilidad materna | * + - * Copper, P. J.. et al, 2009. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial.       * Bakermans-Kranenburg, J. et al., 2003. Less is more: Meta-Analyses of sensitivity and Attachment Interventions in early childhood       * Moss, E., et al, 2011. Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial.       * Cassidy, J., et al, 2011. Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility.       * Anisfeld, E., et al, 1990. Does Infant Carrying Promote Attachment? An Experimental Study of the Effects of Increased Physical Contact on the Development of Attachment. | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Incrementar la lactancia materna a través de intervenciones con la madre | * + - * Moore, E.R., et al., 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.       * Shakya, P., et al, 2017. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis.       * Caulfield L, et al, 1998. WIC-based interventions to promote breastfeeding among African-American Women in Baltimore: Effects on breastfeeding initiation and continuation.       * Chapman, D.J., , 2010. Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up.       * Merewood A, 2006. The Effect of Peer Counselors on Breastfeeding Rates in the Neonatal Intensive Care Unit: Results of a Randomized Controlled Trial.       * Agrasada G, 2005. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: A randomized, controlled trial.       * Sinha, B., et al., 2015. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis.       * Chen, Y. C., et al, 2006. Effects of work-related factors on the breastfeeding behavior of working mothers in a Taiwanese semiconductor manufacturer: A cross-sectional survey.       * Kozhimannil, K. B., et al., 2016. Access to workplace accommodations to support breastfeeding after passage of the Affordable Care Act.       * Tsai, S.-Y., 2013. Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother’s intention to continue breastfeeding after returning to work. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar atención médica preventiva a niñas y niños menores de 36 meses | * + - * Soares‐Weiser, K., et al, 2019. Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: Vaccines in use.       * Griffin, M. R., et al, 2013. U.S. Hospitalizations for Pneumonia after a Decade of Pneumococcal Vaccination.       * Pavia, M., et al, 2009. Efficacy of pneumococcal vaccination in children younger than 24 months: A meta-analysis. | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Tratar la deficiencia de hierro completa y oportuna en niñas y niños menores de 36 meses | * + - * Ziegler, E.E., et al, 2011. Iron supplementation of breastfed infants. Nutrition Reviews.       * Friel, J.K., et al, 2003 R3 A double-masked, randomized control trial of iron supplementation in early infancy in healthy term breast-fed infants.       * Baker, R. D. & Greer, F.R., 2010. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age).       * Pasricha, S.-R., 2013. Effect of daily iron supplementation on health in children aged 4–23 months: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.       * Zlotkin, S. et al., 2003. Home-fortification with iron and zinc sprinkles or iron sprinkles alone successfully treats anemia in infants and young children. | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | X |
| Brindar atención médica a niñas y niños con enfermedades diarréicas o infecciones respiratorias agudas | * + - * Kielmann, A. A., et al, 1985. Control of deaths from diarrheal disease in rural communities. I. Design of an intervention study and effects on child mortality.       * Blum, L. S. et al, 2011. Examining the use of oral rehydration salts and other oral rehydration therapy for childhood diarrhea in Kenya.       * Bhutta, Z. A., et al, 1999. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: Pooled analysis of randomized controlled trials. Zinc Investigators’ Collaborative Group.       * Lazzerini, M. & Wanzira, H., 2016. Oral zinc for treating diarrhoea in children.       * Reyes, H., et al, 1997. Infant mortality due to acute respiratory infections: The influence of primary care processes.       * Agweyu, A. et al, 2015. Oral amoxicillin versus benzyl penicillin for severe pneumonia among kenyan children: A pragmatic randomized controlled noninferiority trial.       * Patel, A. B., et al, 2015. A randomized controlled trial of hospital versus home based therapy with oral amoxicillin for severe pneumonia in children aged 3 – 59 months.       * Lodha, R., et al, 2013. Antibiotics for community-acquired pneumonia in children.       * Lassi, Z. S. et al, 2014. Systematic review on antibiotic therapy for pneumonia in children between 2 and 59 months of age.       * Mathur, S. et al., 2018. Antibiotic use for community-acquired pneumonia in neonates and children | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Prevenir situaciones de violencia contra niñas y niños en el hogar | * + - * Knerr, W., Cluver, L., 2011. Parenting and the prevention of child maltreatment in low- and middle-income countries.       * Sanders, M.R., 2008. Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting       * Mc Closkey, L, 2011. A systematic review of parenting interventions to prevent child abuse tested with RCT design in high income countries.       * Lozano-Rodriguez, I. & Valero-Aguayo, L., 2017. Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres.       * MacMillan, H. L., et al, 2009. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment.       * Gómez, E., et al, 2009. Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile       * Van der Put, C. E., et al, 2018. Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Fortalecer capacidades de madres padres o tutores en temas relacionados al desarrollo integral de la niña o el niño menor de 72 meses | * + - * Dewey, K.G. & Adu-Afarwuah, S., 2008. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries.       * Penny, M. E., et al, 2005. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: A cluster-randomised controlled trial.       * Zhang, J., et al, 2013. Effectiveness of an educational intervention to improve child feeding practices and growth in rural China: Updated results at 18 months of age.       * Curtis, V. & Cairncross, S., 2003. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review.       * Luby, S.P., et al, 2004. Effect of intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan: A randomized controlled trial.       * Kendrick, D., et al, 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis       * Leyton, K. & Medina, D., 2011. Impacto del Enfoque Kinésico Moverse en Libertad como una Alternativa para la Atención Temprana.       * Yousafzai, A.K., et al, 2014. Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health programme in Pakistan on child development growth, and health outcomes: a cluster – randomized factorial effectiveness trial.       * Rao, N., et al, 2017. Effectiveness of early childhood interventions in promoting cognitive development in developing countries: A systematic review and meta-analysis.       * Grindal, T, et al, 2016. The added impact of parenting education in early childhood education programs: A meta-analysis.       * Barkley, R.A., et al, 2000. Multi-method Psycho-educational Intervention for Preschool Children with Disruptive Behavior: Preliminary Results at Post-treatment.       * Somech, L.Y. & Elizur, Y., 2012. Promoting self regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A Randomized Controlled Trial.       * Mingebach, T., et al, 2018. Meta-meta- analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems.       * Leijten, P., et al, 2018. Parenting behaviors that shape child compliance: A multilevel meta- analysis. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar atención de problemas del desarrollo en niñas y niños menores de 72 meses | * + - * Spittle, A., et al, 2015. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | X |
| Brindar servicios de cuidado integral y aprendizaje a niñas y niños menores de 72 meses, según rango de edad | * + - * Barros, R., et al, 2011. A short-Term Cost-Effectiveness Evaluation of Better – Quality Daycare Centers.       * Valdez-Menchaca, M.C., et al, 1994. Accelerating Language Development Through Picture Book Reading: A Systematic Extension to Mexican Day Care.       * Conner, J., et al, 2014. A play and language intervention for two-year-old children: implications for improving play skills and language.       * Toub, T.S., et al, 2018. The language of play: developing preschool vocabulary through play following shared book-reading.       * Lake, G. & Evangelou, M., 2019. Lets´s Talk! An interactive intervention to support children´s language development.       * Elias, C.L. & Berk, L.E., 2002. Self-regulation in young children: Is there a role for sociodramatic play?       * Domitrovich, C.E., et al, 2007. Improving Young Children’s Social and Emotional Competence: A Randomized Trial of Preschool “PATHS” Curriculum.       * Perels, F., et al, 2009. Improving self-regulated learning of preschool children: Evaluation of training for kindergarten teachers.       * Gmitrová, V. & Gmitrov, J., 2003. The Impact of Teacher-Directed and Child-Directed Pretend Play on Cognitive Competence in Kindergarten Children.       * GRADE, 2018. Evaluación de impacto del Programa de mejoramiento de la Educación Inicial en Ayacucho, Huancavelica y Huánuco.       * KaufmanL, et al, 2007. Effects of a specific numeracy educational program in kindergarten children: A pilot study.       * Dillon, M., et al, 2017. Cogntive science in the field: A preschool interventiom durably enhances intuitive but no formal mathematics       * Moromizato, R., et al, 2015. El Método de la Indagación en el Desarrollo de las Competencias Matemáticas en Niños de 3 a 5 Años de Edad de Comunidades Indígenas de la Selva Central-Perú. | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Brindar servicios de protección para niñas y niños en desprotección o riesgo de desprotección familiar | * + - * Groessmann, H, et al, 2016. Fostering Child Development by Improving Care Quality: A Systematic Review of the Effectiveness of Structural Interventions and Caregiver Trainings in Institutional Care       * Winokur, M., et al, 2005. Kinship Care in the United States: A Systematic Review of Evidence-Based Research       * Smyke, A.T., et al, 2009. A New Model of Foster Care for Young Children: The Bucharest Early Intervention Project       * Quiroga, M.G., et al, 2016. Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature       * Dozier, M., et al, 2012. Institutional care for young children: Review of literature and policy implications.       * Drozd y otros, 2017. A Systematic Review of Courses, Training, and Interventions for Adoptive Parents | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |

## A1.2. Objetivo prioritario 2: Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Evidencia** | **Criterios de evaluación** | | | | **Puntaje total** | **Alternativa seleccionada** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Ampliar la jornada de estudios en la educación secundaria | * + - * Agüero, J., 2016. Evaluación de impacto de la Jornada Escolar Completa. | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | X |
| Brindar acompañamiento a docentes para mejora la calidad educativa | * + - * Rodríguez, J., et.al., 2016. El efecto del Acompañamiento Pedagógico sobre los rendimientos de los estudiantes de escuelas públicas rurales del Perú.       * Chinen y Bonilla, 2017. Evaluación de impacto del programa de soporte pedagógico del Ministerio de Educación del Perú. | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | X |
| Brindar educación sexual en escuelas y centros de salud a niñas, niños, adolescentes, madres y padres | * + - * Douboda, S., et.al., 2017. Effects of an internet-based educational intervention to prevent high-risk sexual behavior in Mexican adolescents.       * Fernandez, I., et.al., 2011. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo.       * Rodriguez, L., et.al., 2014. Intervención educativa para prevenir embarazos en la adolescencia.       * Atienzo, E.,el.al, 2011. Interventions involving parents in order to impact adolescent sexual behavior.       * Metzler, et.al., 2000. A Randomized Controlled Trial of a Behavioral Intervention to Reduce High-Risk Sexual Behavior Among Adolescents in STD Clinics.       * Fernandez, H., Cuní, V., 2010. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes       * Fadragas, A., 2012. Intervención sobre ITS/VIH/sida en adolescentes pertenecientes a dos consultorios del policlínico "Plaza" | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Brindar servicios de prevención y atención de violencia familiar y escolar para niñas, niños y adolescentes | * + - * Davis, K. y Gidycs, C.,2010. Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Meta-Analysis.       * Fryda, C. y Hulme, P., 2014. School-Based Childhood Sexual Abuse Prevention Programs: An Integrative Review.       * Sánchez-Meca, J., et al, 2011. The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis.       * Corcoran, J. y Pillai, V., 2015. A Meta-Analysis of Parent-Involved Treatment for Child Sexual Abuse.       * Skowron, E. y Reinemann, D., 2005. Effectiveness of psycological interventions for child maltreatment: a meta analysis.       * Davis, K. y Gidycs, C., 2010. Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Meta-Analysis.       * Yllescas, R., 2013. Intervención educativa para resolver un caso de acoso escolar.       * Espelage, D., et al, 2014. Clinical trial of Second Step© middle-school program: Impact on aggression & victimization.       * Murrieta, P., et.al., 2014. Cambios en la percepción de la violencia y el comportamiento agresivo entre niños a partir de un programa de habilidades socioemocionales.       * Cabello, V., et al, 2011. Acoso escolar y ansiedad social en niños (ii): una propuesta de intervención en formato lúdico.       * Ferrer-Cascales, R., et.al., 2019. Efectividad del Programa TEI en la reducción del Bullying y Cyberbullying y la mejora del clima escolar.       * Rue, et al, 2016. A Meta-Analysis of School-Based Interventions Aimed to Prevent or Reduce Violence in Teen Dating Relationships.       * Cunningham, R., et.al., 2013. Dating violence: outcomes following a brief motivational interviewing intervention among at-risk adolescents in an urban emergency department. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar suplementación de hierro a niñas, niños y adolescentes | * + - * Perez, E., Yépez, P., 1996. Efecto de la suplementación con hierro sobre la función cognitiva en escolares con deficiencia de hierro.       * Falkingham, M., et.al, 2010. The effects of oral iron supplementation on cognition in older children and adults: a systematic review and meta-analysis. | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 | X |
| Diagnosticar y tratar oportunamente problemas de vista en niñas, niños y adolescentes | * + - * Kvarnström, G., et. al., 2001. Visual screening of Swedish children: An ophthalmological evaluation. | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | X |
| Entregar alimentos en la escuela | * + - * Cueto, S. , Chinen, M., 2000. Impacto educativo de un programa de desayunos escolares en escuelas rurales del Perú. | 3 | 3 | 3 | 2 | 11 | X |
| Fortalecer habilidades conductuales y socioemocionales en niñas, niños y adolescentes a través de la educación | * + - * Redondo-Pacheco, J., et.al., 2015. Efectos comportamentales de un programa de habilidades sociales en jóvenes de 14 a 18 años en situación de vulnerabilidad. | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | X |
| Generar regulaciones en favor de la alimentación saludable | * + - * Newman, C., et. al., 2014. Shopper Responseto Front-of-Package Nutrition Labeling Programs: Potential Consumer and Retail Store Benefits.       * Jáuregui, A., et.al., 2020. Impact of front-of-pack nutrition labels on consumer purchasing intentions: a randomized experiment in low- and middle-income Mexican adults.       * Sánchez, V.,Silva, C., 2017. El impacto de la nueva ley de etiquetados de alimentos en la venta de productos en Chile.       * Santos-Atonio, G., et.al., 2019. Efectos del etiquetado nutricional frontal de alimentos y bebidas: sinopsis de revisiones sistemáticas.       * Mytton, O., et.al., 2016. Could targeted food taxes improve health?       * Briggs, A.,et.al., 2013. The potential impact on obesity of a 10% tax on sugar-sweetened beverages in Ireland, an effect assessment modelling study.       * French, S., et. al., 2010. Pricing and Availability Intervention in Vending Machines at Four Bus Garages.       * Peñalvo, J., et. al., 2017. The potential impact of food taxes and subsidies on cardiovascular disease and diabetes burden and disparities in the United States.       * Aquino-Vivanco, O., Aramburu, A., Munares-Garcia, O., Gomez-Guizado, G., Garcia-Torres, E., Donaires-Toscano, F., Fiestas, F., 2013. Intervenciones para el control del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el Perú. | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Incentivar la asistencia escolar a través de transferencias monetarias | * + - * Mata y Hernández, 2015. Evaluación de impacto de la implementación de transferencias monetarias condicionadas para educación secundaria en Costa Rica (Avancemos).       * Villatoro, P., 2005. Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina. | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Incentivos a instituciones educativas de la educación básica para mejorar el desempeño | * + - * León, J., 2016. Evaluación de Impacto del Bono de Incentivo al Desempeño Escolar o “Bono Escuela” | 2 | 2 | 3 | 2 | 10 | X |
| Mejorar el rendimiento escolar a partir de actividades motivacionales | * + - * Outes, I., Sánchez, A., Vakis, R., 2017. Cambiando la mentalidad de los estudiantes: evaluación de impacto de ¡Expande tu Mente! sobre el rendimiento académico en tres regiones del Perú | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | X |
| Prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas en niñas, niños y adolescentes a través de actividades educativas | * + - * Alonso-Castillo, M., Esparza-Almanza, S., Frederickson, K., Guzmán-Facundo, F., López-García, K., Martínez-Maldonado, R., 2008. Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México       * Spoth, R., et al, 2004. Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline" | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir la obesidad a través de la educación en salud pública | * + - * Gortmaker, S., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A., Dixit, S., Fox, M., Laird, N, 1999. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health       * Mabli, J., Bleeker, M, Fox, M., 2017. The Impact of Healthy Harlem on the Prevalence of Child Overweight and Obesity and Contributing Factors: Interim Evaluation Report       * Chiero, J., 2018. Evaluating the Impact of Local Vegetable Messaging on Elementary School Students’ Vegetable Choice and Nutrition Behaviors       * Kelder, S., Springer, A., Barroso, C., Smith, C., Sanchez, E., Ranjit, N., Hoelscher, D., 2009. Implementation of Texas Senate Bill 19 to Increase Physical Activity in Elementary Schools       * Evenson, K., Ballard, K., Lee, G., Ammerman, A., 2009. Implementation of a school-based state policy to increase physical activity       * Kain, B., et.al., 2008. Efectividad de una intervención en educación alimentaria y actividad física para prevenir obesidad en escolares de la ciudad de Casablanca, Chile (2003-2004) | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir, detectar y atender problemas de salud mental en niñas, niños y adolescentes | * + - * Alvarado, R., et.al., 2005. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile       * Kumar, K.,et.al., 2014. Impact evaluation of the community mental health program at habra | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Promover la reinserción escolar | * + - * Sucre, 2016. Reinserción escolar para jóvenes vulnerables en América Latina | 2 | 3 | 2 | 2 | 9 | X |

## A1.3. Objetivo prioritario 3: Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Evidencia** | **Criterios de evaluación** | | | | **Puntaje total** | **Alternativa seleccionada** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Acreditar instituciones de educación superior | * + - * Rodriguez, G, et al., 2014. Calidad institucional y rendimiento académico. El caso de las universidades del Caribe colombiano.       * Hernaneez, R., et al, 2019. Los proceso de acreditación en educación superior como mecanismos para incrementar el rendimiento académico. | 2 | 2 | 3 | 3 | 10 | X |
| Asegurar la culminación de la educación básica en jóvenes y adultos | * + - * C. Mata, K. Hernández, 2015. Evaluación de impacto de la implementación de transferencias monetarias condicionadas para educacion secundaria en Costa Rica.       * F. Sucre, 2016. Reinserción escolar para jóvenes vulnerables en América Latina.       * J. Blasco, D. Casado, F. Todeschini, L. Ferrer, C. Costa, 2013. Evaluación de los Programas de cualificación profesional inicial (PCPI).       * J. Blasco, D. Casado, F. Todeschini, L. Ferrer, C. Costa, 2013. Evaluación de los Programas de cualificación profesional inicial (PCPI). | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar formación técnica a jóvenes | * + - * Ñopo, H., et al, 2002. Una medición del impacto del Programa de Capacitación Laboral Juvenil PROJoven.       * S. Bentolila, A. Cabrales, M. Jansen, 2018. El impacto de la FP dual sobre la inserción laboral de los jóvenes: Evidencia para la comunidad de Madrid.       * M. Santa María, M. Olivera, P. Acosta, T. Vásquez, A. Rodríguez, 2009. Evaluación de impacto programa Jóvenes con Futuro.       * E. Abdala, 2009. La evaluación de impacto de los programas de capacitación laboral para jóvenes en América Latina. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar modalidades flexibles de la oferta de educación superior | * + - * Donavant, B., 2009. The New, Modern Practice of Adult Education Online Instruction in a Continuing Professional Education Setting. | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | X |
| Brindar seguridad social contributiva y no contributiva universal | * + - * Escobar et al (2013). El impacto de la renta dignidad: política de redistribución del ingreso, consumo y reducción de la pobreza en hogares con personas adultas mayores.       * Hernni-Limarino y Mena (2015). Intended and Unintended Effects of Unconditional Cash Transfers: The Case of Bolivia's Renta Dignidad.       * Martinez et al (2015). Pensions for the Poor: The Effects of Non-Contributory Pensions in El Salvador.       * Kassouf y Rodriguez de Oliveira (2012). Impact evaluation of the brazilian non-contributory pension program Benefício de Prestação Continuada (BPC) on family welfare.       * Galiani et al (2016). Non-contributory pensions.       * Dethier et al (2010). Universal Minimum Old Age Pensions. Impact on Poverty and Fiscal Cost in 18 Latin American Countries.       * Gertler et al (2016). Evaluación de Impacto del Programa Pensión 65: Nueva evidencia causal de las pensiones no contributivas en Perú.       * Bosch y Guajardo (2012). Labor market impacts of non-contributory pensions: The case of Argentina's moratorium.       * González-Rosada y Ruffo (2017). Non-Contributory Pensions and Savings: Evidence from Argentina.       * Gontero y Weller (2019). Protección social para trabajadores por cuenta propia.       * Ghislandi et al (2013). The impact of Universal Health Coverage on healthcare consumption and risky behaviours: evidence from Thailand.       * Moreno-Serra y Smith (2011). The Effects of Health Coverage on Population Outcomes: A Country-Level Panel Data Analysis.       * Aterido et al (2011). Does Expanding Health Insurance Beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico’s Seguro Popular.       * Knaul et al (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico.       * Azuara y Marinescu (2013). Informality and the expansion of social protection programs: Evidence from Mexico.       * Cruces y Bergolo (2013). Informality and Contributory and Non-Contributory Programmes. Recent Reforms of the Social- Protection System in Uruguay.       * Lalive (2007). How do extended benefits affect unemployment duration? A regression discontinuity approach.       * Bosch y Esteban-Pretel (2013). Labor Market Effects of Introducing Unemployment Benefits in an Economy with High Informality.       * Robalino (2014). Designing unemployment benefits in developing countries. | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Brindar servicios de prevención de violencia familiar | * + - * Green, D., et al, 2018. Silence Begets Violence: A mass media experiment to prevent violence against women in rural Uganda.       * Das, A., et al., 2012. Reviewing responsibilities and renewing relationships: an intervention with men on violence against women in India.       * Doyle, K., et al, 2018. Gender-transformative Bandebereho couples’ intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: Findings from a randomized controlled trial. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar servicios integrados de cuidado a menores, ancianos y personas con discapacidad | * + - * Berlinski, S. (2020). Child Care Markets, Parental Labor Supply, and Child Development.       * Contreras et al (2012). Female labor supply and child care supply in Chile.       * Hegewisch y Gornick (2011). The impact of work-family policies on women's employment: a review of research from OECD countries.       * Lefebvre y Merrigan (2016). Child‐Care Policy and the Labor Supply of Mothers with Young Children: A Natural Experiment from Canada.       * Akgunduz, Y. (2018). Child care prices and maternal employment: a meta-analysis.       * Havnes y Mogstad (2014). Is universal child care leveling the playing field?       * Bauernschuster, S. (2015). Public child care and mother's labor supply - Evidence from two quasi-experiments. | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Detectar y tratar oportunamente enfermedades no transmisibles | * + - * Macinko, J., et al, 2010. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline       * In Unnecessary Hospitalization.       * Molina-de Salazar, D., et al, 2015. Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Disminuir barreras de acceso al mercado laboral | * + - * Miller, C. (2017). The Persistent Effect of Temporary Affirmative Action.       * Kurtulus, F.A. (2016). The impact of affirmative action on the employment of minorities and women: a longitudinal analysis using three decades of EEO-1 filings.       * Lalive et al (2013). Do financial incentives affect firms demands for disabled workers?       * Valfort, M.A (2018). Do anti-discrimination policies work?       * Ibanez, M. y G. Riener (2015). Sorting through Affirmative Action: Three Field Experiments in Colombia.       * Holzer, H. y D. Neumark (2000). Assessing affirmative action. | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Fomentar la formalización laboral | * + - * Loayza (2007). Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú.       * La Porta y Shleifer (2014). Informality and Development.       * Tello (2015). ¿Es la informalidad una opción voluntaria o una alternativa de empleo en el Perú?       * Chacaltana (2019). Crecimiento, cambio estructural y formalización en el Perí en el período 2002-2012.       * Fields (2008). Guía para los modelos multisectoriales del mercado de trabajo en los países en Desarrollo.       * Banegas et al (2019). Determinantes de la formalización laboral en México en el período 2010 – 2016.       * Kanbur (2019). Informality: Causes, consequences and policy responses.       * Jesse y Kluve (2019). The Effectiveness of Interventions to Reduce Informality in Low- and Middle Income Countries.       * Salazar y Chacaltana (2019). Políticas de formalización en América Latina: avances y desafíos.       * Jessen y Kluve (2019). The Effectiveness of Interventions to Reduce Informality in Low- and Middle Income Countries.       * De Andrade et al (2013). A helping hand or the lon arm of the law? Experimental evidence of what governments can do to formalize firms.       * De Mel et al (2012). The demand for, and consequences of, formalization among informal firms in Sri Lanka.       * De Giorgi y Rahman (2013). SME’s registration: Evidence from an RCT in Bangladesh.       * Galiani et al (2017). On the effect of the cost of operating formally: new experimental evidence.       * Jessen y Kluve (2019). The Effectiveness of Interventions to Reduce Informality in Low- and Middle Income Countries.       * Bruhn (2011). License to sell: the effect of business registration reform on entrepreneurial activity in Mexico.       * Cardenas y Rozo (2012). La Informalidad Empresarial y Sus Consecuencias: ¿Son los CAE Una Solución?       * Mullainathan y Schnabl (2010). Does Less Market Entry Regulation Generate More Entrepreneurs? Evidence from a Regulatory Reform in Peru.       * Bruhn y McKenzie (2013). Using administrative data to evaluate municipal reforms: an evaluation of the impact of Minas Fácil Expresso.       * Ronconi y Colina (2011). Simplificación del registro laboral en Argentina. Logros obtenidos y problemas pendientes.       * Jessen y Kluve (2019). The Effectiveness of Interventions to Reduce Informality in Low- and Middle Income Countries.       * Fajnzylber et al (2012). Does formality improve micro-firm performance? Evidence from the Brazilian SIMPLES program.       * Monteiro y Assunção (2012). Coming out of the shadows? Estimating the impact of bureaucracy simplification and tax cut on formality in Brazilian microenterprises.       * Piza (2016). Revisiting the Impact of the Brazilian SIMPLES Program on Firms’ Formalization Rates.       * Galiani et al (2017). On the effect of the cost of operating formally: new experimental evidence.       * Chacaltana (2008). Una evalución del régimen laboral especial para microepresas en el Perú, al cuarto año de vigencia.       * Fernandez y Villar (2016). The Impact of Lowering the Payroll Tax on Informality in Colombia.       * Bernal et al (2017). Switching from Payroll Taxes to Corporate Income Taxes: Firms' Employment and Wages after the Colombian 2012 Tax Reform.       * Kluger et al (2017). Do payroll tax breaks stimulate formality? Evidence from Colombia's reform.       * Jessen y Kluve (2019). The Effectiveness of Interventions to Reduce Informality in Low- and Middle Income Countries.       * De Andrade et al (2013). A helping hand or the lon arm of the law? Experimental evidence of what governments can do to formalize firms.       * Pomeranz (2017). No taxation without information: deterrence and self-enforcement in the value added tax.       * Pignatti (2017) . Compliance with Labour Legislation: Evidence from a Natural Experiment.       * Almeida y Carneiro (2012). Enforcement of Labor Regulation and Informality.       * Ronconi (2010). Enforcement and compliance with labor regulations in Argentina.       * Alcázar y Jaramillo (2013). El impacto de la licencia municipal en el desempeño de las microempresas en el Cercado de Lima.       * De Andrade et al (2013). A helping hand or the lon arm of the law? Experimental evidence of what governments can do to formalize firms.       * De Mel et al (2012). The demand for, and consequences of, formalization among informal firms in Sri Lanka. | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | X |
| Garantizar el acceso a seguro de salud | * + - * Trujillo, A., et al, 2005. The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching.       * Cercone, J. et al, 2010. Impact of Health Insurance on Access, Use, and Health Status in Costa Rica.       * Shen, X, 2017. The impact of insurance status on hypertension-related medical utilization in china. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Generar regulaciones para limitar el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes y adultos | * + - * Pinilla, J., 2002. Análisis comparado del impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco.       * Tobacconomics, 2019. Effective tobacco taxes in Latin America. Obstacles and recommendations based on national experiences.       * The Task Force on Fiscal Policy for Health, 2019. Health Taxes to Save Lives. Employing Effective Excise Taxes on Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverages.       * Shang, C., et al, 2015. The Association between Point-of-Sale Advertising Bans and Youth Experimental Smoking: Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS).       * Shang, C., 2015. The Effect of Smoke-Free Air Law in Bars on Smoking Initiation and Relapse among Teenagers and Young Adults.       * Chaloupka, F., et al, 2019. The Use of Excise Taxes to Reduce Tobacco, Alcohol, and Sugary Beverage Consumption.       * Bosque-Prous, M., et al, 2014. Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries.       * Middleton, J., et al, 2010. Effectiveness of Policies Maintaining or Restricting Days of Alcohol Sales on Excessive Alcohol Consumption and Related Harms.       * Wicki, M., et al, 2020. Estimated changes in hospital admissions for alcohol intoxication after partial bans on off-premises sales of alcoholic beverages in the canton of Vaud, Switzerland: an interrupted time–series analysis. | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 |  |
| Implementar y regular el salario mínimo | * + - * Neumark (2018). Employment effects of minimum wages. When minimum wages are introduced or raised, are there fewer jobs?       * Card y Krueger (1995a). Time-Series Minimum-Wage Studies: A Meta-analysis.       * Card y Krueger (1995b). Minimum Wages and Employment: A Case Study of the Fast-Food Industry in New Jersey and Pennsylvania.       * Doucouliagos y Stanley (2009). Publication Selection Bias in Minimum-Wage Research? A Meta-Regression Analysis.       * Boockmann (2010) . The Combined Employment Effects of Minimum Wages and Labor Market Regulation: A Meta-Analysis.       * Linde et al (2013). Does the UK Minimum Wage Reduce Employment? A Meta-Regression Analysis       * Hafner et al (2017). The impact of the National Minimum Wage on employment. A meta-analysis.       * Chletsos y Giotis (2015). The employment effect of minimum wage using 77 international studies since 1992: A meta-analysis.       * Maloney y Mendez (2000). Measuring the Impact of Minimum Wages. Evidence from Latin America.       * Mora y Muro (2016). Dynamic Effects of the Minimum Wage on Informality in Colombia.       * Khamis (2008). Does the Minimum Wage Have a Higher Impact on the Informal than on the Formal Labor Market? Evidence from Quasi-Experiments.       * Grau et al (2018). The Effects of the Minimum Wage on Employment and Wages.       * Canelas (2014). Minimum wage and informality in Ecuador.       * Nataraj et al (2013). The impact of labor market regulation on employment in low-income countries: a meta-analysis.       * Broecke et al (2017). The effect of minimum wages on employment in emerging economies: a survey and meta-analysis. | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Otorgar becas y créditos educativos para educación superior | * + - * MG Oloriz, JM Fernandez, MV Amado, 2014. Impacto de programa de becas de la Universidad Nacional del Lujan en la disminución del abandono.       * L. Luchillo, 2009. El impcto de programas de becas de CONACYT mexicano: un análisis sobre la trayectoria ocupacional de los ex becarios (1997-2006).       * M. Mediavilla, 2013. Heterogeneidad en el impacto de la política de becas en la escolaridad secundaria postobligatoria en España: un análisis por subgrupos poblacionales.       * M. Basurto, 2019. Evaluación de impacto del Programa Beca 18 (Cohorte 2015 - Modalidad Ordinaria).       * F. Sánchez, T. Velasco, 2014. ¿Los préstamos para educación superior mejoran el salario? Crédito Educativo y Mercado Laboral: una aproximación de regresión discontinua para Colombia. | 3 | 3 | 3 | 3 | 11 | X |
| Otorgar licencias parentales equitativas | * + - * Valfort, M.A (2018). Do anti-discrimination policies work?       * Andersen, S. (2018). Paternity Leave and the Motherhood Penalty: New Causal Evidence.       * Farré. L. (2016). Parental leave policies and gender equality: a survey of the literature.       * Farré, L. (2017). The Effects of Paternity Leave on Fertility and Labor Market Outcomes.       * Arnanson y Mitra (2010). The paternity leave act in Iceland: Implications for gender equality in the labour market.       * Patnaik, A. (2019). Reserving time for daddy: the consequences of fathers' quotas.       * Steingrimsdottir y Vardardottir (2020). How Does Daddy at Home Affect Marital Stability?       * Avdic y Karimi (2018) . Modern Family? Paternity Leave and Marital Stability.       * Ekberg et al (2013) . Parental leave — A policy evaluation of the Swedish “Daddy-Month” reform.       * Naldi, L. et al (2019). Gender (in)equality within the household and business start-up among mothers. | 1 | 3 | 1 | 3 | 8 | X |
| Prevenir accidentes de tránsito | * + - * Sabatés, L. & Capdevila, J., 2010. Educación vial y cambio de actitudes: algunos resultados y líneas de futuro.       * Izquierdo, F., et al, 2011. The endurance of the effects of the penalty point system in Spain three years after. Main influencing factors.       * Nazif-Munoz, J., et al, 2014. Did Chile’s traffic law reform push police enforcement? Understanding Chile’s traffic fatalities and injuries reduction.       * Razapour, M., et al, 2017. Impact of traffic Enforcement on Traffic Safety.       * Vanerio, P., et al, 2018. Impacto de la ley uruguaya de seguridad vial en la mortalidad por siniestros de tránsito. | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | X |
| Prevenir la obesidad en jóvenes y adultos niñas y niños a través de la educación en salud pública | * + - * Tuomilehto, J, et al, 2001 Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle Among subjects with impaired glucose tolerance.       * Lien, L, et al, 2007. Effects of PREMIER Lifestyle Modifications on Participants With and Without the Metabolic Syndrome.       * Ríos, N., et al, 2017. Efecto de una intervención educativa nutricional en un entorno laboral.       * Bazzano, A. et al, 2009. The Healthy Lifestyle Change Program. A Pilot of a Community-Based Health Promotion Intervention for Adults with Developmental Disabilities.       * García-Sánchez, L, et al, 2011. Impacto de un programa de promoción de actividad física en mujeres trabajadoras de dos empresas de Bogo. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir, detectar y atender problemas de salud mental en jóvenes y adultos | * + - * Alvarado, R., 2005. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile.       * Patel, V., 2015. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition.       * Kumar, K., 2014. Impact evaluation of the community mental health program at Habra. | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Prevenir, detectar y tratar oportunamente enfermedades transmisibles | * + - * Bowen, A., et al, 2006. A randomized control trial of Internet-delivered HIV prevention targeting rural MSM.       * Evans, A., et al, 2000. Computer-Assisted Instruction: An Effective Instructional Method for HIV Prevention Education?.       * Xiaoming, S., et al, 2000. Integrating HIV Prevention Education into Existing Family Planning Services: Results of a Controlled Trial of a Community-Level Intervention for Young Adults in Rural China.       * Painter, T., 2001. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa.       * Coates, T., 2000. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial.       * Vo, L., et al, 2020. A comparative impact evaluation of two human resource models for community- based active tuberculosis case finding in Ho Chi Minh City, Viet Nam.       * Khan, A., et al, 2012. Engaging the private sector to increase tuberculosis case detection: an impact evaluation study.       * Fang, C., 2004. Decreased HIV Transmission after a Policy of Providing Free Access to Highly Active Antiretroviral Therapy in Taiwan.       * Cardo, D., et al, 1997. A case–control study of hiv seroconversion in health care workers after percutaneous exposure.       * Roland, M., et al, 2005. Seroconversion Following Nonoccupational Postexposure Prophylaxis against HIV.       * Connor, E., et al, 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment.       * Wiktor, S, et al, 1999. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d’Ivoire: a randomised trial. | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Promover activamente el empleo | * + - * Ibarrarán y Shady (2009).Evaluating the impact of job training programmes in Latin America: evidence from IDB funded operations.       * González-Velosa (2012).¿Cómo mejorar las oportunidades de inserción laboral de los jóvenes en América Latina?       * Lavado et al (2016). Calidad de la educación superior y desigualdad en los retornos en el Perú, 2012. En: Productividad en el Perú: medición, determinantes e implicancias. Céspedes, Lavado y Ramirez (eds).       * Jaramillo (2013). Perú's PROJOVEN training programme.       * Gehrke y Hartwig (2018). Productive effects of public works programs: What do we know? What should we know?       * Chacaltana (2003). El impacto del programa "A trabajar urbano" Ganancias de ingreso y utilidad de las obras.       * Macrconsult (2012). Evaluación de Impacto del Programa Construyendo Perú       * Jalan y Ravallion (1999). Income Gains to the Poor from Workfare. Estimates for Argentina's Trabajar program.       * Galasso y Ravallion (2004). Social Protection in a Crisis: Argentina's Plan Jefes y Jefas.       * Acero et al (2009). Evaluación de impacto del programa Jóvenes al bicentenario para la cohorte de participantes en el año 2008.       * Mazza (2011). Labor intermediation services: A review for Latin America and Caribbean Countries.       * Chacaltana y Sulmont (2004). Políticas activas del mercado laboral peruano: el potencial de la capacitaión y los servicios de empleo.       * Card et al (2010). Active labour market policy evaluations: A meta-analysis.       * Kluve (2016). A review of the effectiveness of Active Labour Market Programmes with a focus on Latin America and the Caribbean.       * Kluve et al (2017). Interventions to improve the labour market outcomes of youth: a systematic review.       * Card et al (2018). What works? A meta-analysis of recent active labor market program evaluations.       * Vooren et al (2019). The effectiveness of active labor market policies: a meta-analysis.       * Levy (2019). What Works for Active Labor Market Policies?       * Bouillon & Tejerina (2006). A Systematic Review of Impact Evaluations of Social Programs in Latin America and the Caribbean. | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Promover mercados itinerantes | * + - * Hsiao et al., 2019. A Systematic Review of Mobile Produce Markets: Facilitators and Barriers to Use, and Associations with Reported Fruit and Vegetable Intake. | 2 | 3 | 3 | 2 | 10 | X |
| Promover y facilitar la producción agrícola, aprovechando la biodiversidad | * + - * Ruel et al., 2018. Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far?       * Pandey et al., 2016. Impact of agricultural interventions on the nutritional status in South Asia: A review.       * Domènech, 2015. Improving irrigation access to combat food insecurity and undernutrition.       * Sunderland y Vasquez, 2020. Forest conservation, rights, and diets: Untangling the issues.       * Oldekop et al., 2016. A global assessment of the social and conservation outcomes of protected areas.       * Andrades y Rhodes, 2012. Protected areas and local communities: An inevitable partnership toward successful conservation strategies? | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Promover y regular la organización de trabajadores y negociación colectiva | * + - * Freeman (2009). Labor regulations, unions, and social protection in developing countries: market distortions or efficient institutions?       * Betcherman (2012). Labor Market Institutions. A Review of the Literature.       * Aidt y Tzannatos (2002). Unions and collective bargaining. Economic effects in a global environment.       * Rios-Avila y Hirsch (2012). Unions, Wage Gaps, and Wage Dispersion: New Evidence from the Americas.       * Doucouliagos y Laroche (2003). What Do Unions Do to Productivity? A Meta-Analysis.       * Lamarche (2015). Collective bargaining in developing countries. Negotiating work rules at the firm level instead of the industry level could lead to productivity gains.       * Saavedra y Torero (2002). Union density changes and union effects on irm performance in Peru.       * Ríos-Avila (2014). Unions and Economic Performance in Developing Countries: Case Studies from Latin America. | 2 | 2 | 1 | 3 | 8 | X |
| Proveer alimentos a población joven y adulta vulnerable | * + - * Aparco, J., 2012. Variación del estado nutricional durante el tratamiento antituberculoso en beneficiarios del programa PANTBC.       * Salazar V., 2005. Variación del estado nutricional de los beneficiarios del programa pantbc en arequipa metropolitana, 1996 – 2002. | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 | X |

## A1.4. Objetivo prioritario 4: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Evidencia** | **Criterios de evaluación** | | | | **Puntaje total** | **Alternativa seleccionada** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Brindar acompañamiento a iniciativas de negocios de adultos mayores y a la reinserción laboral | * + - * Kutera, R., 2017. Business model for occupational activation of elderly people via the service e-marketplace platform – research study of Polish market | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | X |
| Brindar educación financiera a adultos mayores | * + - * Selvadurai, V., et al, 2018. Financial literacy education and retirement planning in Malaysia | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | X |
| Brindar servicio de cuidado integral domiciliario y extradomiciliario a adultos mayores | * + - * Aranco, N., Ibarrarán, P., 2020. Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados.       * Landers, S., et al, 2016. The Future of Home Health Care: A Strategic Framework for Optimizing Value       * De Jonge, K., et al, 2014. Effects of Home-Based Primary Care on Medicare Costs in High-Risk Elders       * Gramain, A., Malavolti, L., 2003. Evaluating the effect of care programs for elderly persons with dementia on caregiver’s well-being | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Brindar talleres y capacitaciones a adultos mayores para promover su independencia física, mental y emocional | * + - * Salinas, J., et al, 2005. Actividad física integral con adultos y adultos mayores en chile: resultados de un programa piloto.       * Alberto, Y., 2017. Centro integral de atención al adulto mayor y la calidad de vida       * Cattan, M., et al, 2014. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Garantizar un ingreso monetario mínimo para adultos mayores | * + - * Getler, P., Galiani, S., 2016. Evaluación de Impacto del Programa Pensión 65: Nueva evidencia causal de las pensiones no contributivas en Perú       * Bruno, S., 2018. Impacto redistributivo de la pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza (Paraguay)       * Martinez, S., et al, 2015. Atacando la vulnerabilidad en los adultos mayores.       * Rubio, G., Garfias, F., 2010. Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México. | 2 | 3 | 1 | 3 | 9 | X |
| Implementar la teleasistencia médica domiciliaria | * + - * Ansehl, A., Leddy, T., 2020, Telehealth and Homecare Agencies       * Shah, M., et al, 2016. High-Intensity Telemedicine Decreases Emergency Department Use by Senior Living Community Residents | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir, detectar y atender la violencia contra adultos mayores | * + - * Jagielska, K., et al, 2015. Violence against the elderly Challenges – Research – Action | 3 | 2 | 2 | 2 | 10 | X |
| Promover espacios de participación de adultos mayores | * + - * Krzemien, D., Lombardo, E., 2003. Espacios de participación social y salud en la vejez femenina       * Cattan, M., et al, 2014. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions | 2 | 3 | 3 | 3 | 11 | X |
| Promover la salud, educación y autocuidado de adultos mayores | * + - * Campo-García, A., 2018. Autocuidado: nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores       * Santillán, M., et al, 2018. Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana       * DeFriese, G., Woomert, A., 1983. Self-care among U.S. Elderly | 3 | 2 | 2 | 3 | 10 | X |
| Promover la transmisión de saberes de adultos mayores | * + - * Vilchez, S., 2018. Funcionalidad y dificultades de la intervención saberes productivos del programa pensión 65 en el distrito de Sicaya 2018. | 3 | 2 | 3 | 2 | 10 | X |

## A1.5. Objetivo prioritario 5: Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alternativa de solución** | **Evidencia** | **Criterios de evaluación** | | | | **Puntaje total** | **Alternativa seleccionada** |
| **VP** | **VS** | **VA** | **EF** |
| Acompañar a jóvenes en riesgo de caer en infracciones | * + - * Tolan et al., 2013. Mentoring interventions to affect juvenile delinquency and associated problems: A systematic review.       * Jolliffe y Farrington, 2007. A rapid evidence assessment of the impact of mentoring on re-offending: A summary. | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | X |
| Asegurar la conectividad en hogares rurales | * + - * Calvache, S. & Salazar, E., 2008. Evaluación del estado actual de los programas de telecomunicaciones sociales en las comunidades indígenas del departamento del Cauca       * Meléndez,G. & Huaroto,C., 2013. Evaluando las complementariedades de proyectos de infraestructura rural. El Impacto conjunto de Electrificación y Telecomunicaciones en el bienestar del hogar y la formación de capital humano | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Asegurar la provisión de servicios básicos en hogares con barreras para acceder a estos | * + - * Revollo-Fernández, D., et al,2019. Impacto de los subsidios al agua en los hogares pobres de la Ciudad de México       * Meléndez,G. & Huaroto,C., 2013. Evaluando las complementariedades de proyectos de infraestructura rural. El Impacto conjunto de Electrificación y Telecomunicaciones en el bienestar del hogar y la formación de capital humano | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Crear y mejorar infraestructura para el acceso a servicios básicos | * + - * Meléndez, G. & Huaroto, C., 2013. Evaluando las complementariedades de proyectos de infraestructura rural. El Impacto conjunto de Electrificación y Telecomunicaciones en el bienestar del hogar y la formación de capital humano       * Aparicio, C., et al, 2011. Desarrollo de la infraestructura y reducción de la pobreza: el caso peruano       * Altomonte, H., et al, 2003. Energías renovables y eficiencia energética en América Latina y el Caribe: restricciones y perspectivas | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Mejorar el entorno de las viviendas | * + - * Barreto, C., et al, 2017. Efectos de un programa de mejoramiento integral de barrios sobre los valores del suelo y del área construida: el caso de la localidad de Bosa Occidental, en Bogotá, 2012 – 2015       * Ordoñez-Barba, G., et al, 2013. Alcances e impactos del Programa Hábitat en comunidades pobres urbanas de México       * Alegría, T., et al, 2014. Evaluación de impacto en valor inmobiliario del Programa Hábitat 2009-2012 en ciudades de México | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Mejorar el mantenimiento y operación de servicios básicos | * + - * Hutchings, P., et al 2015. A systematic review of success factors in the community management of rural water supplies over the past 30 years       * Moriarty, P., et al, 2013. Trends in rural water supply: Towards a service delivery approach | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Mejorar o proveer viviendas adecuadas | * + - * Rocha, R, et al, 2003. Estimación del efecto de Metrovivienda sobre el bienestar de la población de Bogotá       * Chiossi, J. & Piñeiro, R., 2018. Evaluación de impacto del Programa Compra de Vivienda Nueva       * Held, G., 2000. Políticas de viviendas de interés social orientadas al mercado: experiencias recientes con subsidios a la demanda en Chile, Costa Rica y Colombia       * Gertler, P., et al, 2005. Evaluación de Resultados de Impacto del Programa de Ahorro, Subsidio y Crédito para la Vivienda Progresiva, Tu Casa       * Kirby, M.A., et. al, 2019. Effects of a large-scale distribution of water filters and natural draft rocket-style cookstoves on diarrhea and acute respiratory infection: A cluster-randomized controlled trial in Western Province, Rwanda.       * Schilmann, A., et al, 2015. Salud respiratoria de los niños después de una intervención eficiente de la estufa de biomasa (Patsari). | 2 | 3 | 2 | 3 | 10 | X |
| Prevenir delitos y violencia a través del cambios en el entorno y comportamientos | * + - * Welsh y Farrington, 2008. Effects of Improved Street Lighting on Crime       * Shepley et al., 2019. The Impact of Green Space on Violent Crime in Urban Environments: An Evidence Synthesis       * Braun, Gallego y Soares 2017. Recuperación participativa de áreas verdes: Evidencia a partir de la evaluación experimental de Mi Parque en Chile       * Blattman et al., 2019. Place based interventions at scale: The direct and spillover effects of policing and city services on crime       * Wilkinson, 2016. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: A systematic review 2005-2015       * Mello et al., 2013. The Pharmacological Channel Revisited: Alcohol Sales Restrictions and Crime in Bogota       * Black et al., 2016 . Computer-delivered interventions for reducing alcohol consumption: Meta-analysis and meta-regression using behaviour change techniques and theor       * Lefio et al., 2013. Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas       * Black et al., 2016. Computer-delivered interventions for reducing alcohol consumption: meta-analysis and meta-regression using behaviour change techniques and theory       * Holloway y Bennett, 2016. What Works in Crime Prevention and Rehabilitation. Section Drug Abuse       * Santaella-Tenorio et al., 2016. What Do We Know About the Association Between Firearm Legislation and Firearm-Related Injuries? | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Prevenir y atender delitos y violencia a través de estrategias policiales y de participación de la población | * + - * Bennett et al., 2008. The effectiveness of neighborhood watch       * Braga et al., 2019. Hot spots policing and crime reduction: an update of an ongoing systematic review and meta-analysis       * Telep y Weisburd, 2016. What Works in Crime Prevention and Rehabilitation. Section "Policing"       * Braga y Weisburd, 2012. The Effects of Focused Deterrence Strategies on Crime: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Empirical Evidence       * Hinkle et tal., 2020. Problem-oriented policing for reducing crime and disorder: An updated systematic review and meta-analysis       * Gill et al., 2014. Community-oriented policing to reduce crime, disorder and fear and increase satisfaction and legitimacy among citizens: A systematic review.       * Perry, 2016. What Works in Crime Prevention and Rehabilitation: Lessons from Systematic Reviews. Section Sentencing and deterrence       * Abt et al. 2018. ¿Qué funciona para prevenir y reducir la violencia entre los jóvenes? Revisión sistemática de la evidencia sobre prevención y reducción de la violencia juvenil, con un análisis aplicado al contexto mexicano | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir y atender el hostigamiento sexual en centros laborales | * + - * Buchanan et al., 2014. A review of organizational strategies for reducing sexual harassment: Insights from the U. S.       * Barak et al., 1994. A cognitive-behavioral educational workshop to combat sexual harassment in the workplace | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Prevenir, detectar y atender la violencia de género | * + - * Braithwaite y Fincham, 2014. Computer-based prevention of intimate partner violence in marriage       * Karakurt et al., 2016. Couples therapy for intimate partner violence: A systematic review and meta‐ analysis       * Katz y Moore, 2013. Bystander education training for campus sexual assault prevention: An initial meta-analysis       * Anderson y Whiston, 2005. Sexual assault education programs: A meta-analytic examination of their effectiveness.       * Green, et al., 2018. Silence Begets Violence: A mass media experiment to prevent violence against women in rural Uganda.       * Das et al., 2012. Reviewing responsibilities and renewing relationships: an intervention with men on violence against women in India       * Doyle et al., 2018. Gender-transformative Bandebereho couples’ intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: findings from a randomized controlled trial       * Calderon et al., 2013. Business literacy and development: Evidence from a randomized controlled trial in rural Mexico       * Gutiérrez y Bourgon, 2016. Do Domestic Violence Courts Work? A Meta-Analytic Review Examining Treatment and Study Quality.       * Exum et al., 2014. Policing domestic violence in the post-SARP era: The impact of a domestic violence police unit       * Hanson et al., 2014. A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, Need, and Responsivity.       * Ahmad, et al., 2009. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized tria       * Glass et al., 2017. The Longitudinal Impact of an Internet Safety Decision Aid for Abused Women       * Taft et al., 2011. Mothers’ AdvocateS In the Community (Mosaic)- non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: A cluster randomised trial in primary care       * Holt et al., 2002. Civil protection orders and risk of subsequent police-reported violence       * Deprince et al., 2011. Effectiveness of coordinated outreach in intimate partner violence cases: A randomized, longitudinal design       * Perova y Reynolds, 2017. Women’s police stations and intimate partner violence: Evidence from Brazil       * Kavanaugh, Sviatschi y Trako, 2018. Women Officers, Gender Violence and Human Capital: Evidence from Women’s Justice Centers in Peru | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Proveer agua segura a hogares rurales | * + - * Wolf, et.al (2018). Impact of drinking water, sanitation and handwashing withsoap on childhood diarrhoeal disease: updated meta-analysisand meta-regression       * Ercumen, et. al, (2015). Upgrading a Piped Water Supply from Intermittent to Continuous Delivery and Association with Waterborne Illness: A Matched Cohort Study in Urban India       * Cairncross, et.al (2010). Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea       * Fewtrell, L., et. Al, 2005. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis | 3 | 3 | 2 | 3 | 11 | X |
| Proveer energías renovables | * + - * Altomonte, H., et al, 2003. Energías renovables y eficiencia energética en América Latina y el Caribe: restricciones y perspectivas       * Castelao, M. ,2016. Impactos de proyectos de bioenergía a través de cooperativas eléctricas en Argentina | 2 | 2 | 2 | 3 | 9 | X |
| Proveer sistemas de eliminación de excretas adecuados en hogares rurales | * + - * Wolf et.al, 2018. Impact of drinking water, sanitation and handwashing withsoap on childhood diarrhoeal disease: updated meta-analysisand meta-regression       * Ercumen et. al, 2019. Effects of water, sanitation, handwashing and nutritional interventions on soil-transmitted helminth infections in young children: A cluster-randomized controlled trial in rural Bangladesh       * Ramlal, et al (2019). Relationships between shared sanitation facilities and diarrhoeal and soil-transmitted helminth infections: an analytical review | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | X |
| Regular y supervisar las construcciones para garantizar viviendas seguras | * + - * Carazo, C., 2011. Regulación urbana, precio e informalidad de la vivienda en Cartagena de Indias | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | X |

# Anexo 2: Matriz de objetivos prioritarios y lineamientos

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Objetivo priorizado** | **Indicador del objetivo** | **Logro esperado** | **Lineamientos** | **Responsable del objetivo** |
| OP1 | Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión | * Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5 kg) * Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses * Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica | Al 2030, todos los niños y niñas desde la etapa de gestación hasta los 5 años han alcanzado capacidades y tienen acceso a oportunidades que permiten su desarrollo físico, cognitivo y socioemocional. | * L1.1. Mejorar las condiciones para el nacimiento saludable de los niñas y niños. * L1.2. Fortalecer el vínculo afectivo entre las niñas y niños menores de 12 meses con su madre o adulto significativo. * L1.3. Mejorar el estado nutricional de las niñas y niños menores de 36 meses. * L1.4. Mejorar el desarrollo de marcha estable y autónoma de las niñas y niños de 12 a 18 meses. * L1.5. Mejorar el desarrollo de la comunicación verbal efectiva en las niñas y niños de 9 a 36 meses. * L1.6. Mejorar la regulación de emociones y comportamientos de las niñas y niños de 24 a 71 meses. * L1.7. Mejorar el desarrollo de la función simbólica de las niñas y niños de 55 a 71 meses. | MINSA / MINEDU / MIMP / MIDIS |
| OP2 | Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión | * Porcentaje de estudiantes egresados de secundaria que transitan a educación superior * Tasa de deserción acumulada. secundaria (% de edades 13-19 con secundaria incompleta) * Tasa de embarazo adolescente | Al 2030, los niños, niñas y adolescentes cuentan con oportunidades y capacidades para desarrollar su identidad y autoconfianza para desenvolverse con autonomía y competencia en su comunidad. | * L.2.1. Mejorar el desarrollo físico y mental en niñas, niños y adolescentes. * L2.2. Mejorar las competencias de niñas, niños y adolescentes para desempeñarse productivamente en la sociedad. * L2.3. Fortalecer la autoestima y confianza de niñas niños y adolescentes a través de la construcción de su identidad. | MINEDU / MINSA / MIDIS / MIMP |
| OP3 | Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión | * Tasa de subempleo (urbano/rural) * Tasa de desempleo juvenil * Porcentaje de personas de 15 a 29 años que conocen las formas de prevenir y rechazan ideas erróneas de transmisión del VIH | Al 2030, los jóvenes y adultos cuentan con capacidades y oportunidades para alcanzar su desarrollo sostenible. | * L3.1. Mejorar las condiciones de salud de jóvenes y adultos. * L3.2. Mejorar el estado nutricional de jóvenes y adultos. * L3.3. Incrementar el acceso al trabajo de calidad en jóvenes y adultos. * L3.4. Incrementar el acceso a educación de calidad en jóvenes y adultos. | MINSA / MIMP / MINEDU / MTPE / MTC / MIDAGRI / PRODUCE |
| OP4 | Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión | * Población adulta mayor con algún problema de salud crónico * Porcentaje de personas de 60 años o mas con alguna discapacidad * P5oblación adulta mayor con algún tipo de pensión * Población adulta mayor con algún seguro de salud | Al 2030, las personas adultas mayores, cuentan con oportunidades y capacidades que les permiten tener una mayor autonomía, participación e integración ciudadana. | * L4.1. Incrementar la independencia física, mental y emocional de las personas adultas mayores. * L4.2. Incrementar la autonomía económica de las personas adultas mayores. * L4.3. Incrementar la autonomía social de las personas adultas mayores. | MINSA / MIMP / PRODUCE / MIDAGRI / MTPE / MINEDU |
| OP5 | Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión | * Porcentaje de hogares con piso de tierra * Porcentaje de la población de 15 y más años de edad victima de algún hecho delictivo | Al 2030, la población cuenta con acceso a servicios públicos, condiciones de vivienda y su entorno adecuados y no se encuentran expuestas a problemas de delincuencia o violencia. | * L5.1. Incrementar el acceso de la población a servicios básicos e infraestructura. * L5.2. Mejorar las condiciones de la vivienda y su entorno. * L5.3. Disminuir la incidencia de la violencia en el entorno de la población. | MVCS / MINEM / MTC / MININTER / MTPE |

# Anexo 3: Fichas de indicadores

## A3.1. Objetivo prioritario 1. Mejorar el desarrollo infantil temprano para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5 kg)** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total nacidos vivos en los 5 años previos a la encuesta que al momento de la aplicación de la encuesta cumplen con la definición de haber pernoctado en el hogar la noche anterior a la encuesta.  **Numerador**: Total de nacidos vivos en los 5 años previos a la encuesta que cumple con la condición del denominador cuyo peso al nacer fue mayor a 2.5 kg. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Ascendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 7.0% | 7.3% | 7.3% | | 6.5% | | 5.6% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | El resultado de la medición de hemoglobina realizada durante la encuesta depende de la calibración de los equipos utilizados y de la capacitación del equipo a cargo de la toma de la muestra. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de Niños de 6 a 35 meses, hijos de las mujeres entrevistadas.  **Numerador**: Total de niños de 6 a 35 meses con anemia (carece de suficiente glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud). | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 43.6% | 43.6% | 43.6% | | 40.1% | | 20.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Mejorar el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado:   * Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos antropométricos. * Dificultades en el recojo del dato antropométrico. * Sub registro e inadecuado reporte del dato. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla.  **Numerador**: Total de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS). | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 13.1% | 12.9% | 12.2% | | 12.2% | | 5.6% |

## A3.2. Objetivo prioritario 2. Mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de niñas, niños y adolescentes para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de estudiantes egresados de secundaria que transitan a educación superior** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Ministerio de Educación | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de estudiantes que aprobaron el quinto año de secundaria en el año previo a la encuesta.  **Numerador**: Total de ingresantes a superior en el año de la encuesta que aprobaron el quinto año de secundaria en el año previo a la encuesta. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Ascendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 37.2% | 35.6% | 32.3% | | 36.6% | | 44.7% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Tasa de deserción acumulada secundaria (% de edades 13-19 con secundaria incompleta)** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Ministerio de Educación | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de adolescentes de 13 a 19 años con secundaria incompleta en el año de la encuesta.  **Numerador**: Total de adolescentes de 13 a 19 años con secundaria incompleta y que no se encuentran matriculados en una institución educativa en el año de la encuesta. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 7.2% | 6.3% | 5.6% | | 5.9% | | 2.1% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Fortalecer las capacidades de niñas, niños y adolescentes para que conduzcan sus proyectos de vida haciendo ejercicio de su autonomía y ciudadanía | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Tasa de embarazo adolescente** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | La ENDES recoge información de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, no considerando a las menores de 15 años que podrían sumarse al indicador. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años entrevistadas.  **Numerador**: Número de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez). | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2015 | 2016 | 2017 | | 2018 | | 2030 |
| Valor | 13.6% | 12.7% | 13.4% | | 12.6% | | 6.5% |

## A3.3. Objetivo prioritario 3. Mejorar las capacidades para la inclusión económica de jóvenes y adultos para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Tasa de subempleo (urbano/rural)** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: |  | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de individuos que pertenecen a la población ocupada de 14 a 60 años de edad.  **Numerador**: (Total de personas de 14 a 60 años de edad que trabajan menos de 40 horas a la semana pero que desean y pueden trabajar más tiempo) + (Total de personas de 14 a 60 años de edad que trabaja 40 horas o más y que recibe una remuneración menor a la del salario mínimo) | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica, discapacidad | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2015 | 2016 | 2017 | | 2018 | | 2030 |
| Valor | 45.7% | 44.9% | 44.7% | | 43.6% | | 31.6% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Tasa de desempleo juvenil** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de la población económicamente activa de 14 a 24 años a más.  **Numerador**: Total de la población económicamente activa de 14 a 24 años a más en condición de desempleo. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica, discapacidad | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2015 | 2016 | 2017 | | 2018 | | 2030 |
| Valor | 6.9% | 8.4% | 8.6% | | 8.5% | | 6.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de personas de 15 a 29 años que conocen las formas de prevenir y rechazan ideas erróneas de transmisión del VIH** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Ministerio de Salud | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | Al requerirse la respuesta correcta de cinco preguntas, disminuye la sensibilidad sobre el conocimiento de aspectos específicos de la transmisión del VIH, es por esto por lo que es necesario también analizar cada pregunta por separado y conocer que concepciones erradas son más frecuentes en la población. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Número de encuestados de 15 y 24 años, con información completa en las preguntas incluidas en el indicador.  **Numerador**: Número de personas de 15 a 29 años que conoce las formas de prevenir la transmisión sexual y rechaza ideas erróneas de la transmisión VIH (respondieron “Sí” a las preguntas 606 y 607 y respondieron “No” a las preguntas 608 a 610). | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Ascendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2015 | 2016 | 2017 | | 2018 | | 2030 |
| Valor | 16.6% | 15.1% | 18.8% | | 16.1% | | 20.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar las capacidades básicas de personas jóvenes y adultas para el logro de su desarrollo sostenible | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de personas de 50 a 59 años con presión arterial alta de acuerdo con medición efectuada** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | La medición Puede verse afectada por la validez del instrumento portátil que será́ utilizado. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de personas de 50 a 59 años con medición de presión arterial  **Numerador**: Total de personas de 50 a 59 años con medición de presión arterial con presión arterial elevada (Se considera presión arterial elevada cuando cumple el criterio de medición promedio de la PAS mayor o igual a 140mmHg y/o criterio de medición promedio de la PAD mayor o igual a 90mmHG). | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2015 | 2016 | 2017 | | 2018 | | 2030 |
| Valor | 18.1% | 20.3% | 20.5% | | 20.8% | | 15.0% |

## A3.4. Objetivo prioritario 4. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Población adulta mayor con algún problema de salud crónico** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de personas de 60 años a más.  **Numerador**: Total de personas de 60 años a más que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 35.3% | 36.7% | 36.5% | | 37.0% | | 35.8% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de personas de 60 años o más con alguna discapacidad** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de personas de 60 años a más.  **Numerador**: Total de personas de 60 años a más que reportó tener una discapacidad (tiene limitaciones de forma permanente para moverse, caminar, usar brazos o piernas; ver, aun usando anteojos; hablar o comunicarse, aun usando lenguaje de señas u otro; oír, aun usando audífonos; entender o aprender; relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas) | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 15.5% | 15.6% | 16.7% | | 17.9% | | 15.5% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Población adulta mayor con algún tipo de pensión** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de personas de 60 años a más.  **Numerador**: Total de personas de 60 años a más que reportó estar afiliado a algún sistema de pensiones. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Ascendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 35.3% | 36.7% | 36.5% | | 37.0% | | 50.0% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Incrementar la calidad de vida con autonomía e independencia en las personas adultas mayores | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Población adulta mayor con algún seguro de salud** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de personas de 60 años a más.  **Numerador**: Total de personas de 60 años a más que reportó estar afiliado a al menos un tipo de seguro de salud. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Ascendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
| Nivel de reporte | Área de residencia, departamento, autopercepción étnica | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 81.3% | 82.4% | 82.6% | | 83.1% | | 95.0% |

## A3.5. Objetivo prioritario 5. Mejorar las condiciones del entorno de la población para disminuir su situación de exclusión

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Mejorar las condiciones del entorno de la población | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de hogares con piso de tierra** | | | | | | |
| Responsable del indicador: |  | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | - | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de hogares entrevistados.  **Numerador**: Total de hogares entrevistados en los que el material predominante de los pisos es tierra. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) – Instituto Nacional de Estadística en Informática | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 28.1% | 27.2% | 26.2% | | 24.9% | | 17.9% |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Objetivo prioritario: | Mejorar las condiciones del entorno de la población | | | | | | |
| **Nombre del indicador:** | **Porcentaje de la población de 15 y más años de edad víctima de algún hecho delictivo** | | | | | | |
| Responsable del indicador: | Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
| Limitaciones del indicador: | No se solicita en la encuesta ningún tipo de medio de verificación o de confrontación a los hechos de victimización que el informante manifiesta.  No se considera en ninguno de los casos eventos de victimización ocurridos a menores de 15 años. | | | | | | |
| Método de cálculo: | **Denominador**: Total de la población de 15 y más años de edad.  **Numerador**: Total de la población de 15 y más años de edad, que en los últimos 12 meses fue víctima de algún evento efectivo que atentó contra su seguridad. | | | | | | |
| Parámetro de medición: | Porcentaje | | | Sentido esperado del indicador: | | Descendente | |
| Fuente y base de datos: | Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES) – Instituto Nacional de Estadística e Informática | | | | | | |
|  | Últimos valores | | | | | | Logros esperados |
| Año | 2016 | 2017 | 2018 | | 2019 | | 2030 |
| Valor | 28.8% | 26.4% | 25.7% | | 26.6% | | 13.8% |

1. Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada en la sesión 45° de la Asamblea General de las Naciones Unidas, realizada el 15 de junio del año 2015. [↑](#footnote-ref-1)
2. Es aquel padre, madre o cuidador permanente que establece lazos emocionales íntimos con el niño, niña durante la infancia; y a quien recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. [↑](#footnote-ref-2)
3. Extraído de: http://www.who.int/inf-fs/en/fact119.html. [↑](#footnote-ref-3)