



PERÚ

Presidencia  
del Consejo de Ministros

Comisión Interministerial de Asuntos  
Sociales - CIAS  
Secretaría Técnica



# OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



## INFORME DE CUMPLIMIENTO PERÚ - 2008

### RESUMEN EJECUTIVO





# Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Perú - 2008

Resumen Ejecutivo



## Contenido

Prólogo / pág. 5

Presentación / pág. 7

Introducción / pág. 9



**Objetivo 1** / pág. 12

Erradicar la pobreza extrema y el hambre



**Objetivo 2** / pág. 16

Lograr la educación primaria universal



**Objetivo 3** / pág. 18

Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer



**Objetivo 4** / pág. 21

Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años



**Objetivo 5** / pág. 23  
Mejorar la salud materna



**Objetivo 6** / pág. 26  
Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades



**Objetivo 7** / pág. 31  
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente



**Objetivo 8** / pág. 40  
Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Desafíos / pág. 49

Instituciones que participaron en la elaboración  
del Informe / pág. 55

Acrónimos y abreviaturas / pág. 56





## Prólogo

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

En ese sentido, se ha duplicado el presupuesto de los programas sociales de lucha contra la pobreza de 3 mil a 6 mil millones de nuevos soles en el año 2008, mostrando, a la fecha, importantes resultados que este documento presenta, tales como la reducción de la pobreza total al 36,2 por ciento y la pobreza extrema al 12,6 por ciento, lo que indica que más de 3 millones y medio de peruanos han salido de la situación de pobreza. Asimismo, los niveles de universalización de la educación primaria, la disminución de la desnutrición crónica infantil al 21,9 por ciento y la mortalidad infantil a 18 por mil nacidos vivos, muestran –entre otros resultados– que estamos en el camino correcto de lograr mejorar la calidad de vida del pueblo peruano y alcanzar la justicia social con una sociedad desarrollada, justa, donde el bienestar humano y la calidad de vida sea una norma y asegure un futuro mejor para nuestros hijos.

Sin embargo, a pesar de los avances logrados, queda mucho por hacer para superar las metas planteadas al año 2015, por lo cual el Estado con total transparencia viene promoviendo la inversión social en las zonas más pobres, así como la participación de la sociedad civil en el seguimiento, gestión y evaluación de los diversos programas y proyectos de alivio y superación de la pobreza, con la finalidad de mejorar su eficiencia y eficacia.

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

**Dr. Alan García Pérez**  
Presidente del Perú





## Presentación

El Estado peruano cumple con presentar el “Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Perú 2008”. De esta manera, responde a la tarea asumida en la Declaración del Milenio del año 2000 de reportar periódicamente el avance hacia dichos objetivos, y, principalmente, cumple con la responsabilidad y el compromiso que tiene con peruanas y peruanos de trabajar por un país más próspero y justo.

El primer informe de avances de los ODM fue presentado en el año 2004. Cuatro años después, los datos oficiales muestran un progreso notable en varias de las metas trazadas: reducción de la pobreza en más de diez puntos porcentuales, cumplimiento en 81% de la meta de desnutrición global, 90% de cumplimiento en la universalización de la educación primaria, entre otros logros. Si bien hay aún importantes retos que enfrentar, cabe reconocer los logros del país en relación con los compromisos asumidos e incorporarlos a la orientación general de la política social del Estado.

Los resultados que el presente informe nos brinda son, sin duda, un logro para el Perú. También lo es el proceso mismo de su formulación y desarrollo. Más de cien profesionales de distintos ministerios, representantes de la sociedad civil, de la cooperación internacional y de los organismos del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú llevaron a cabo una labor conjunta de reflexión, discusión constructiva y apoyo mutuo.

El Sistema de Naciones Unidas en el Perú se enorgullece por haber aportado a esta tarea. A cinco años de la fecha propuesta para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el actual es un momento propicio para hacer un balance de los logros, repensar estrategias de cara a los desafíos pendientes en el período restante, y renovar el compromiso de los distintos actores del país hacia el logro de una sociedad con más desarrollo humano.

De esta manera, el Perú se suma a las iniciativas mundiales de balance de los ODM. La Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a celebrarse en Nueva York en setiembre de 2010, constituye una oportunidad para compartir en dicho foro global los avances y los retos pendientes que tiene el Perú. El informe es un aporte para ello.

Presentamos este documento como una contribución al debate nacional y al reforzamiento de las estrategias para alcanzar las prioridades nacionales de desarrollo. Es nuestro deseo y compromiso que esta sea una labor que congregue a todas las peruanas y peruanos para lograr un Perú más democrático y con más oportunidades para todas y todos.

**Jorge L. Chediek**

Coordinador Residente, Sistema de Naciones Unidas en el Perú







## Introducción

En el período 2004 - 2008, el país ratificó y fortaleció los espacios constituidos entre 2001 y 2004 para la construcción de acuerdos entre el gobierno, la sociedad civil y las fuerzas políticas, como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza y el Acuerdo Nacional<sup>1</sup>. Los compromisos suscritos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas fueron incorporados plenamente como orientación general de la política social del Estado a todos sus niveles.

Se elaboraron de manera concertada estrategias y planes tales como la Estrategia y el Plan Nacional de Superación de la Pobreza, la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, la Estrategia de Desarrollo Rural, el Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Adolescencia, el Plan Nacional de Derechos Humanos, por mencionar aquellos más vinculados al primer Objetivo de Desarrollo del Milenio. Varios de estos documentos incluyen metas e indicadores en concordancia con los ODM.

Otros documentos concertados en el espacio del Acuerdo Nacional y que también han sido un referente importante en esta etapa son: el Pacto Social por la Inversión y el Empleo Digno y el Compromiso por la Mejora de la Calidad del Gasto a favor de la Infancia, ambos del año 2005. Este último incidió en que, a partir de 2006, se incluyera anualmente en la Ley de Equilibrio Financiero la protección de los recursos para acciones claves vinculadas a la infancia y se estableciera su prioridad para la asignación presupuestal.

El reconocimiento de la importancia de la participación de la sociedad en la elaboración de las políticas públicas ha sido otro de los consensos alcanzados en estos años. Se abrió el espacio a la participación en la gestión de los programas sociales en la etapa de priorización de proyectos como en el programa *A Trabajar Urbano* o, excepcionalmente, en la propia conducción como sucede en el programa *Juntos*; en éste, el Consejo Directivo es un órgano mixto conformado por representantes del Estado y de la sociedad civil.

Un paso importante en el actual período es la aprobación de doce políticas nacionales de obligatorio cumplimiento (DS 027-2007), en particular, las referidas a inclusión, aumento de capacidades sociales y empleo y MYPE. También hay metas explícitas para la gestión de gobierno al año 2011, por ejemplo, las relacionadas a la reducción de la pobreza y la desnutrición y a la generación de empleo.

Estas metas han sido incorporadas desde 2008 a un instrumento clave de gestión pública como es el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2009-2011 y a otro nuevo instrumento, el Marco Social Multianual (MSM) 2009-2011, en cumplimiento a lo dispuesto en el Plan de Reforma de Programas Sociales

<sup>1</sup> El Acuerdo Nacional fue creado en marzo de 2002 como espacio de diálogo y concertación entre los partidos políticos, la sociedad civil y el gobierno, habiendo concordado 31 políticas de Estado y varios compromisos sobre temas de política económica, política social y otros vinculados a coyunturas específicas.



2 Esta campaña fue promovida por la Asociación Nacional de Centros-ANC y 36 organizaciones de la sociedad civil que trabajan a favor de la infancia. Mayor información en: [www.anc.org.pe](http://www.anc.org.pe)

3 La Alianza para el Derecho Ciudadano-ADC es un colectivo que agrupa a 20 instituciones de la sociedad civil, el Estado y la cooperación internacional con el objetivo de abordar de manera integral la problemática de la indocumentación en el país.

Mayor información en: [www.alianzaciudadana.org.pe](http://www.alianzaciudadana.org.pe)

4 La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil es un espacio que reúne a instituciones de la sociedad civil y la cooperación internacional (OPS, FAO, PMA, UNICEF, UNFPA, USAID, MCLCP, ADRA, PRISMA, FG, CÁRITAS, IIN y CARE), con el propósito de hacer incidencia política para colocar el tema de nutrición en la agenda política del país.

Mayor información en: [www.caritas.org.pe](http://www.caritas.org.pe)  
[www.care.org.pe](http://www.care.org.pe)

(DS 029-2007). En el MSM se incluye una meta no considerada en el MMM sobre la disminución de la desigualdad. Finalmente, en la ley de Presupuesto para el Año 2009, se han ratificado las metas a 2011 referidas a desnutrición crónica y otros temas sociales priorizados como salud materna y neonatal, logros de aprendizaje, acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas, tiempo de acceso a centros de salud y educativos, entre otras. Con todo ello, se ha elevado de manera importante el nivel de compromiso del Estado con el cumplimiento de metas orientadas a superar las brechas sociales y no sólo a mantener los equilibrios macroeconómicos.

La prioridad puesta en estas metas relacionadas a la situación de la infancia y en particular a la desnutrición crónica infantil, es expresión no sólo del compromiso asumido por el Perú a través de la Declaración del Milenio y de los consensos alcanzados en el Acuerdo Nacional, sino también del impulso que se ha dado a este tema desde distintos espacios de la sociedad civil y de concertación. Entre ellos: las once acciones prioritarias a favor de la infancia propuestas por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza; la campaña Los Niños y las Niñas Primero en el Presupuesto Público<sup>2</sup> desarrollada a nivel nacional entre 2005 y 2007 buscando incidir en la prioridad de la infancia en el presupuesto nacional y los presupuestos participativos; la Alianza por el Derecho Ciudadano<sup>3</sup> con sus campañas por la identidad de los niños y niñas desde el año 2004 y la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil<sup>4</sup> que logró que todos los candidatos presidenciales en el año 2006 firmaran un compromiso para reducirla en cinco puntos porcentuales a 2011.

Asimismo, han sido muy importantes en estos años los esfuerzos de las agencias de Naciones Unidas en el Perú y de otros organismos de la cooperación internacional, vinculados a estos temas, para contribuir a afirmar estas

prioridades. También es necesario señalar que un paso importante para el involucramiento de las regiones en esta concertación de esfuerzos fue la suscripción de la Declaración de los Presidentes Regionales en marzo de 2007, en la que se comprometieron a contribuir al logro de la meta nacional de reducción de la desnutrición infantil. Posteriormente, entre 2007 y 2008, la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales-ANGR presentó varias propuestas al gobierno nacional en relación a la atención a la infancia, en particular en salud y educación. Finalmente, en julio de 2008, el Acuerdo Nacional ratificó nuevamente su compromiso con las prioridades a favor de la infancia y la lucha contra la desnutrición infantil.

El proceso de elaboración del presente informe se inició en agosto de 2008. Participaron en estrecha colaboración representantes del Estado, de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, de la sociedad civil, de universidades, organismos de cooperación internacional y personalidades diversas. La Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales asumió un rol protagónico y decisivo convocando a los sectores, participando en reuniones técnicas de discusión de avances y haciendo seguimiento de los procesos de cada uno de los grupos de trabajo.

El presente documento constituye un resumen ejecutivo que esperamos pueda aportar a la difusión de los Objetivos del Milenio y al fortalecimiento del compromiso de cada uno de nosotros por su cumplimiento. El informe completo de avances en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio se encuentra a disposición de los que deseen consultarlo en la página web del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú ([www.onu.org.pe](http://www.onu.org.pe)).



Programa de Desarrollo Alternativo - UNODC

## Objetivo 1

### Erradicar la pobreza extrema y el hambre

#### Meta

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

*El gran avance en la reducción de la pobreza extrema a nivel nacional no ha sido proporcional entre las áreas urbanas y rurales*

En el Perú, la meta de reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos niveles de ingresos están por debajo de la línea de pobreza extrema está a punto de lograrse ya que se ha alcanzado el 92% de su cumplimiento.

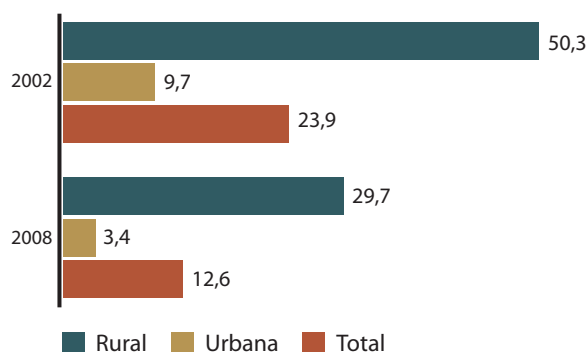
Cerca del 24% de la población se encontraba en esta situación crítica en el año 2002; este porcentaje bajó a 12,6% en 2008. La meta consiste en llegar a 2015 con 11,5%.

A nivel nacional, se ha reducido la incidencia de pobreza en todos los departamentos del Perú, salvo en Huancavelica, donde más del 60% de la población se encuentra en este estado. Por otro lado, se observan elevados porcentajes de población en situación de pobreza extrema en

*La brecha de la pobreza a nivel nacional se ha reducido; pero en las zonas rurales los valores son aún elevados*

Entre 2004 y 2008, la brecha de la pobreza a nivel nacional se redujo en 5,1% y tuvo un comportamiento similar a nivel urbano y rural. Si bien esta reducción es importante, la pobreza en el área rural es aún elevada (21%).

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

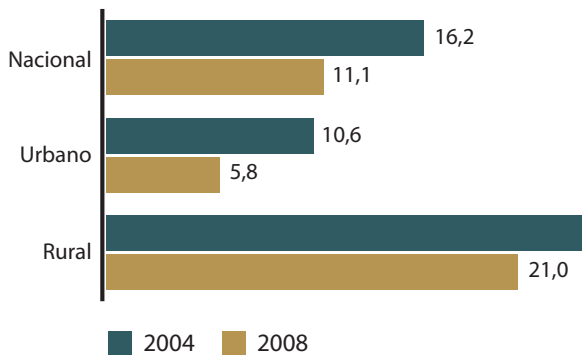


áreas rurales de la selva y la sierra.

Cabe recalcar que, entre los años 2001 y 2008, la reducción en la incidencia de la pobreza extrema fue mayor en los hogares monoparentales encabezados por mujeres, pasando de 18,6% a 7,4%.

Los valores que se obtienen en zonas donde la población tiene una lengua materna distinta al español son cerca de tres veces el promedio nacional.

Brecha de la pobreza



Programa de Desarrollo Alternativo - UNODC

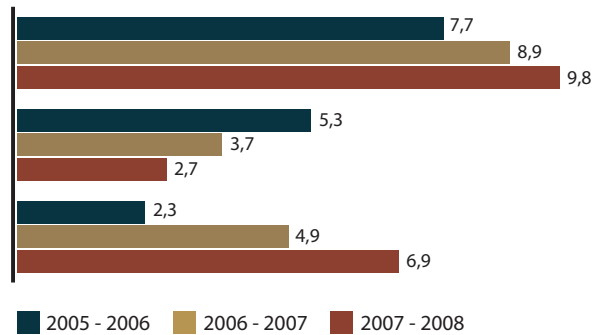
## Meta

### Lograr empleo pleno y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes

*El crecimiento económico del país ha influido positivamente en el incremento del nivel de ingresos por persona ocupada*

Las tasas del PBI y del PBI por persona ocupada han sido crecientes, llegando la última a 6,9% entre 2007 y 2008; sin embargo, la tasa de crecimiento de la población ocupada tuvo una tendencia decreciente pasando de 5,3% en el período 2005-2006, a 2,7% entre los años 2007 y 2008.

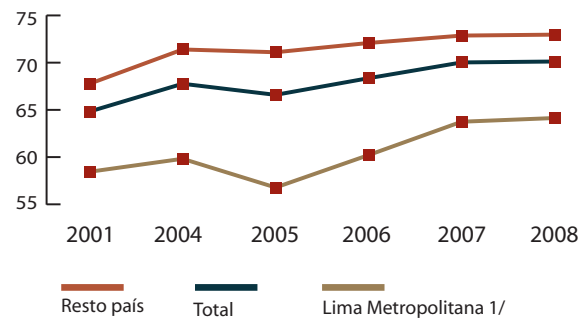
Tasa del crecimiento del Producto Bruto Interno –PBI– por persona ocupada



*Lima Metropolitana lidera el incremento nacional de la tasa de ocupación de la población en edad de trabajar*

A 2008, la tasa de ocupación de la población en edad de trabajar fue de 70,3% y la cuarta parte de la población ocupada tuvo ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema. En el caso de Lima Metropolitana, se hace evidente la oportunidad de mayores opciones de empleo.

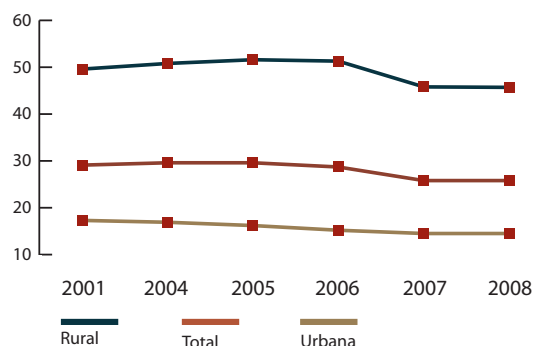
Tasa de ocupación de la población en edad de trabajar, 2001 - 2008



1/ Comprende provincia de Lima y provincia Constitucional del Callao



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



Programa de Desarrollo Alternativo - UNODC

*A nivel nacional va disminuyendo la población con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema, pero en las zonas rurales todavía el 45,7% se encuentra en esta situación*

Entre 2001 y 2008, la población ocupada con ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema pasó de 29,1% a 25,8%. En este mismo período, la reducción fue de 49,6% a 45,7% en el área rural. Los más afectados, en términos de percepción de ingresos, fueron las mujeres y los jóvenes que se insertaron por primera vez al mercado laboral. Mostraron un diferencial de 11 puntos porcentuales entre varones y mujeres ocupados con ingresos por debajo de un dólar de paridad. En el Perú, al año 2008, el 48,9% de la población ocupada tiene trabajos vulnerables, es decir, empleos autogenerados o servicios por los cuales no percibe una remuneración. Durante la última década no se han producido cambios relevantes a nivel nacional en este aspecto.

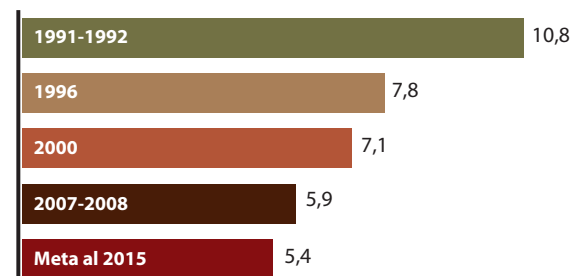
## Meta

**Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre**

*A 2008, disminuyó el número de niños y niñas con peso menor al correspondiente a sus edades a nivel nacional; sin embargo, en las zonas rurales la desnutrición infantil global todavía está en 9,5%*

El porcentaje de niños y niñas con peso por debajo al peso normal para su edad, se ha reducido de 10,8% en el período 1991-1992, a 5,9% en el periodo 2007-2008. Con ello, a nivel nacional, se acerca a la meta de 5,4%, establecida a 2015. En las áreas rurales este indicador permanece alto, afectando entre el 2007-2008 al 9,5% de las niñas y niños menores de 5 años, en especial a las niñas.

Porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal



*La desnutrición crónica de niñas y niños sigue afectando en mayor medida a las zonas rurales.*

Aunque la meta de desnutrición global registra el 81% de cumplimiento, la desnutrición crónica afecta a más del 20% de las niñas y niños peruanos menores de 5 años.

Desde 1991-1992 se observa una disminución significativa de la desnutrición infantil crónica, pasando de 36,5% a 21,9% en el 2007-2008.

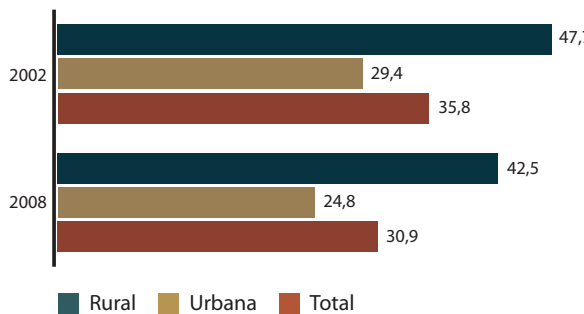
A pesar de ello, se observan nuevamente grandes diferencias entre las áreas urbanas (11,8%) y rurales (36,3%).

La anemia en niños es otro indicador crítico que afecta al 56,8% de niños menores de tres años, situación que en los últimos años no ha tenido una mejora significativa.

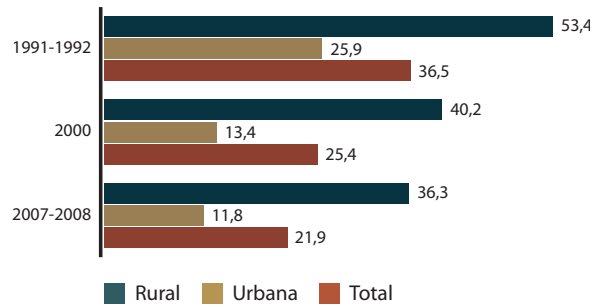
*Cerca de la tercera parte de la población peruana consume menos calorías de las que necesita en su dieta alimentaria*

En el año 2008, la tasa de personas con déficit calórico a nivel nacional fue 30,9%, lo que indica un descenso del 4,9% respecto a la tasa del año 2002. Si bien hay mejoras estadísticas en los ámbitos urbano y rural, es importante reconocer que el 42,5% de la población rural todavía no alcanza a consumir los requerimientos mínimos calóricos recomendados. Los departamentos que se encuentran superando el 50% de su población con déficit calórico son Huánuco, Pasco y Huancavelica, seguidos de Loreto, Ayacucho, Cusco y Puno, con porcentajes entre 40% y 50%.

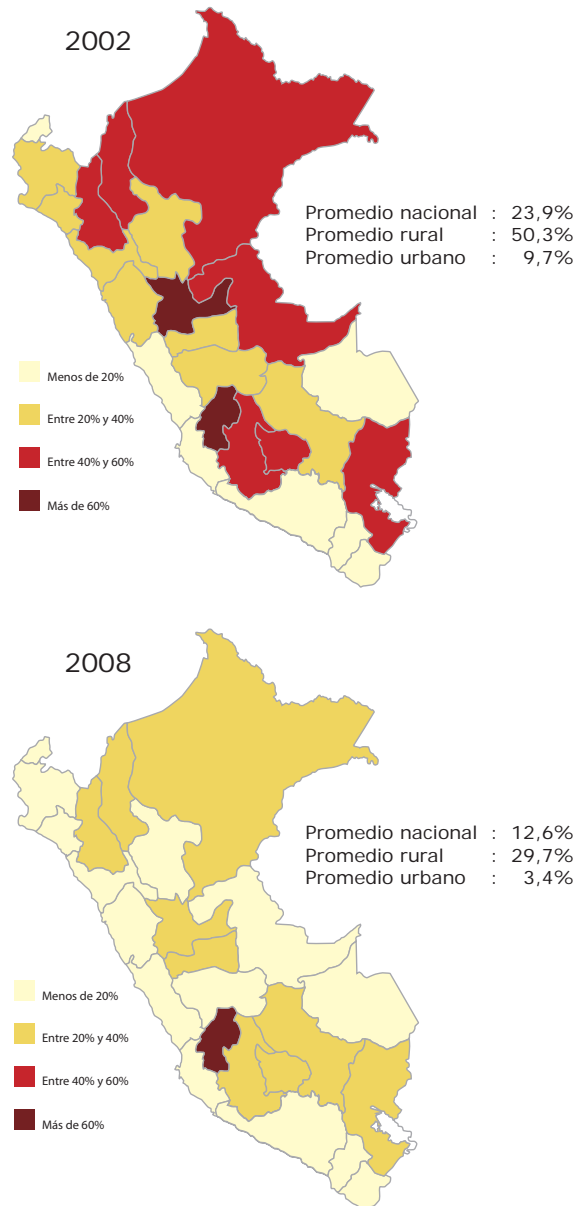
Proporción de la población que presenta déficit calórico



Tasa de desnutrición crónica en niños menores de 5 años



Tasa de pobreza extrema 2002 - 2008







Mónica San Martín / WFP Perú

## Objetivo 2

### Lograr la educación primaria universal

## Meta

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

*Se ha promovido el acceso de las niñas y niños peruanos a la educación primaria. En los últimos diez años, la tasa neta de matrícula ha fluctuado entre 90,6% y 94,2%*

#### **Tasa neta de matrícula en la educación primaria**

La tasa neta de matrícula indica la cantidad de alumnos en edad de asistir a la enseñanza primaria que se encuentran matriculados, expresada como porcentaje de la población total de ese grupo etario.

*La tasa de conclusión de la educación primaria en los estudiantes de 12 a 14 años ha evolucionado positivamente*

#### **Conclusión de la educación primaria**

La tasa de conclusión en la edad normativa -de 12 a 14 años- evolucionó sostenida y positivamente de 56,3% en 1994 a 77,7% en el año 2008. La información sobre la población de 15 a 19 años de edad indica que la culminación de la primaria en el año 2008 está muy cerca de la universalización. La brecha entre varones y mujeres ha sido prácticamente revertida en ambos grupos de edades, subsistiendo, sin embargo, diferencias de género entre la población de 15 a 19 años de edad en el área rural. La asociación entre área rural y pobreza afecta negativamente el término de la educación

A 2008, la tasa neta de matrícula de niños y niñas entre los 6 y los 11 años de edad fue de 94,2%. De esta manera se logró un incremento de 3,3 puntos con respecto al año 2004. Este avance no ha sido uniforme en todas las regiones.

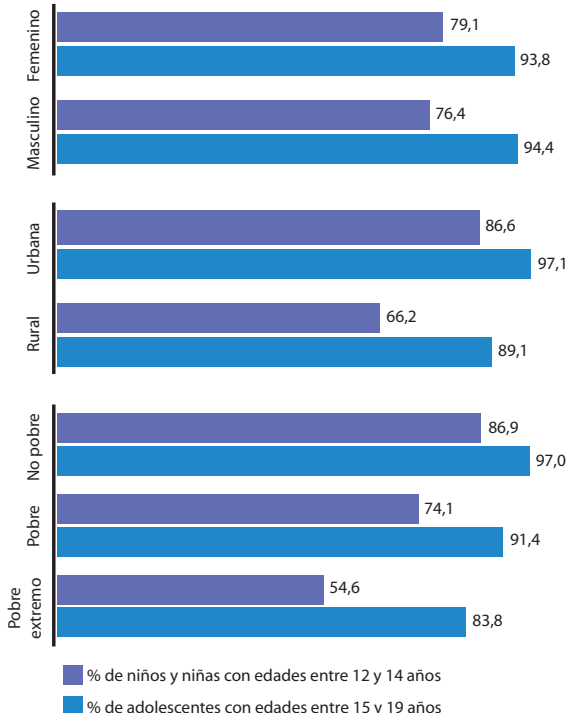
A nivel nacional, el acceso de varones y mujeres a la educación primaria es prácticamente equivalente y la cobertura por área de residencia y nivel de pobreza es similar. La mayor diferencia aparece cuando se comparan las tasas en la zona rural, donde se matriculó el 95,2% de los niños y el 93% de las niñas.



Edward Alba / WFP Perú

primaria. La tasa de conclusión de las niñas y los niños pobres extremos de 12 a 14 años de edad, es 32,3 puntos porcentuales menor que entre la población no pobre; en el grupo de 15 a 19 años, es 13,2 puntos más baja.

Tasa de conclusión de la educación primaria según sexo, área urbana y rural y nivel de pobreza. 2008



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2008



Mónica San Martín / WFP Perú

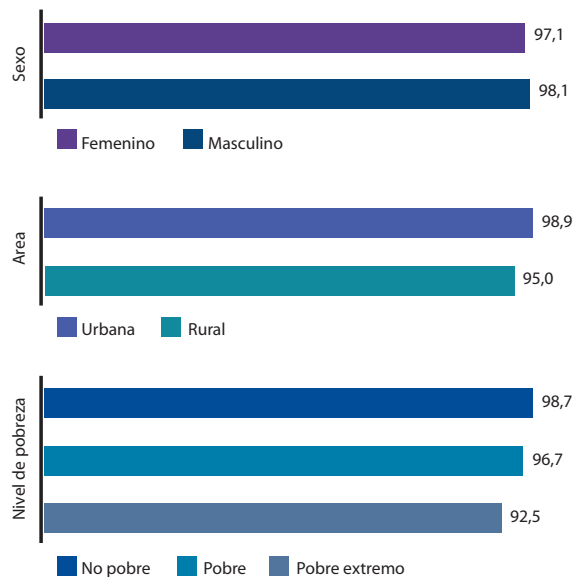
*Uno de cada diez pobres extremos, de 15 a 24 años, es analfabeto.*

**Alfabetismo en la población entre 15 y 24 años de edad**

En este grupo de edad, el alfabetismo de la población no muestra diferencias significativas entre la mayoría de las regiones, presentando porcentajes que van del 95 al 99,1%. La tasa nacional alcanzó 97,6%. Once regiones están por debajo de la tasa nacional siendo la más baja Cajamarca, con 92,9%.

A nivel nacional, la brecha entre hombres y mujeres, parece estar casi cerrada; sin embargo, en el área rural subsiste aún. En el año 2008, la tasa de alfabetismo alcanzó al 92,9% de las mujeres de la zona rural, mientras que entre los varones ésta fue del orden del 96,8%.

Tasa de alfabetismo en la población según sexo, área urbana y rural y nivel de pobreza



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares 2008



Anibal Solimano ©FAO / Archivo institucional

## Objetivo 3

Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

### Meta

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

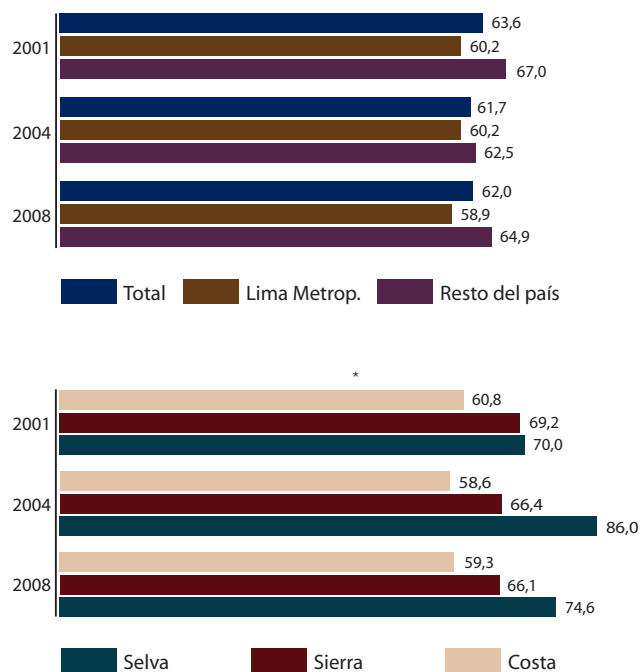
*A nivel nacional ya se ha alcanzado la meta en la enseñanza secundaria y superior y está cerca de lograrse en la educación primaria. En las áreas rurales se mantiene la inequidad de género*

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

La educación primaria corresponde a las niñas y niños de 6 a 11 años de edad. El acceso a esta etapa de la enseñanza es similar para ambos sexos. Aproximadamente el 6% de la población entre 6 y 16 años no asiste al colegio.

Las metas trazadas a 2015 sobre la relación de varones y mujeres en la matrícula de educación secundaria y superior ya han sido alcanzadas. En el área rural persisten los problemas de cobertura insuficiente en la educación secundaria (76%) y superior (23%), baja calidad de la enseñanza, repitencia y deserción. En esta misma área la brecha de género se mantiene en forma desfavorable para las niñas. Frente a los problemas económicos que se presentan en los hogares, 3% más de niñas que de niños deja la escuela y cuando hay problemas familiares o domésticos, 10% más de niñas que de niños asume las tareas de la casa reproduciendo la inequidad de género.

Porcentaje de ingreso mensual de las mujeres con 13 y más años de estudios aprobados respecto a los hombres, según ámbitos geográficos, 2001 - 2008



(\*) Comprende provincia de Lima y provincia Constitucional del Callao

Fuente: INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2002 - 2008



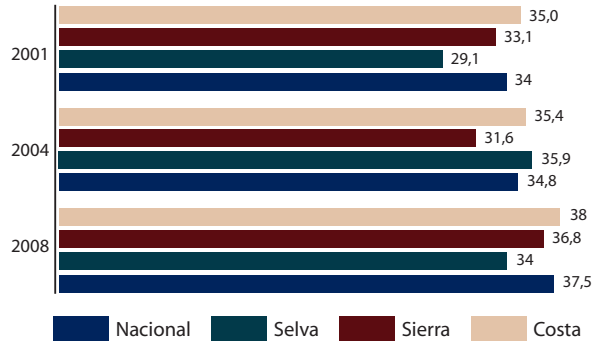
*La participación de las mujeres en trabajos no agrícolas ha aumentado. Las regiones naturales presentan resultados diferenciados con clara ventaja para la costa*

**Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.**

En términos generales, la participación de las mujeres a partir de los 14 años en empleos remunerados no agrícolas mostró una tendencia al alza que pasó de 34% en el año 2001 a 37,5% en 2008. Sin embargo, las regiones naturales presentan porcentajes que denotan un nivel de avance diferenciado.

La mayor brecha de género en los ingresos mensuales se expresa en la costa donde las mujeres perciben el 59,3% de lo que reciben los varones por el mismo trabajo desarrollado; en la sierra es el 66,1% y en la selva, el 74,6%.

Mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola, de 14 a más años de edad en el área urbana 2001 - 2008



Anibal Solimano ©FAO / Archivo institucional

*Mientras los porcentajes de parlamentarias aumentaron, los porcentajes de mujeres al frente de los gobiernos locales disminuyeron*

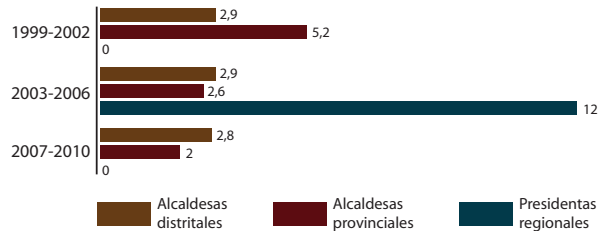
**Proporción de escaños ocupados por mujeres en el parlamento**

La presencia de las mujeres en el Parlamento ha sido progresiva. Aunque todavía está lejana su participación equitativa en relación con los hombres, pasó de 7,5% en el período 1990-1992 a 18,3% en el 2001-2006 y a 29,2% en el que corresponde al período 2006-2011.

Los distritos, provincias y regiones muestran una situación distinta: disminuyó el porcentaje de

mujeres alcaldesas y la presidenta regional de Lambayeque, única mujer con esta responsabilidad, asumió el cargo en reemplazo del presidente elegido cuando éste lo dejó.

Porcentaje de mujeres elegidas en los procesos electorales municipales y regionales



Fuente: Jurado Nacional de Elecciones, PROMUJER, Defensoría del Pueblo

*La violencia contra la mujer es un grave problema que se ha mantenido inalterable en la última década*

**Violencia contra la mujer**

Más del 40% de mujeres entre los 15 y los 49 años expresaron haber sufrido violencia física por parte de sus cónyuges en el período 2004-2006. En este campo apenas se ha reducido en 0,3 el porcentaje de mujeres víctimas de violencia por sus cónyuges desde el año 2000. En este período más del 9% de las mujeres fueron obligadas por sus parejas a tener relaciones sexuales.

El problema de la violencia contra la mujer no se circunscribe a las mujeres pobres y rurales; por el

contrario, atraviesa todos los estratos socioeconómicos y ámbitos geográficos teniendo una mayor incidencia en las zonas urbanas.

Violencia hacia las mujeres según área urbana y rural. 2000 - 2007



Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES



UNFPA, Perú



## Objetivo 4

### Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años

## Meta

**Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años**

*Aunque la meta haya sido alcanzada a nivel nacional, las variables socioeconómicas a nivel departamental y provincial expresan las desigualdades existentes en el país*

#### **Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años**

La tasa de mortalidad indica el número de fallecidos por cada mil nacidos vivos. La meta a 2015 consiste en la reducción de las dos terceras partes de las muertes, es decir, del 67%.

En los menores de cinco años la meta ha sido superada al lograr una reducción del 68%.

Sin embargo, los indicadores por ámbitos territoriales y variables económicas y sociales a nivel departamental y provincial denotan la gran desigualdad existente al interior del país.

Del total de 1 719 muertes de niños y niñas de uno a cuatro años de edad registradas por el Ministerio de Salud en 2006, el 35% corresponde a infecciones, 24% a accidentes, 5% a desnutrición y 36% a otras causas.

*Cada año mueren alrededor de 11 mil niños menores de un año*

#### **Tasa de mortalidad infantil**

La mortalidad infantil del país se redujo en 69% al 2006. Ese año el Ministerio de Salud registró 5 837 muertes de menores de un año; esta cantidad tiene



Sengo Perez. UNICEF Perú / RC0008

una omisión de casi 70% de muertes en relación a los datos del Censo de 2007. En cuanto a las causas de la muerte, 43% fue por problemas perinatales, 18% por infecciones, 13% por malformaciones congénitas, 10% por accidentes respiratorios, 2% por desnutrición y 14% por otras razones.

El análisis desagregado por regiones geográficas y variables socioeconómicas muestra el enorme grado de desigualdad del país. A nivel departamental, los porcentajes más bajos de mortalidad infantil lo presentan Ica con 10,8% y Lima con 11%; los más altos corresponden a Huancavelica con 29% y Puno, con 34%.

A pesar que la brecha urbano-rural se ha reducido, la mortalidad infantil y de la niñez del área rural es el doble de la urbana. Por otro lado, las tasas de mortalidad infantil muestran una mayor incidencia en la selva (33%) y sierra (38%) en comparación con la costa (22%).



Mónica San Martín / WPP Perú

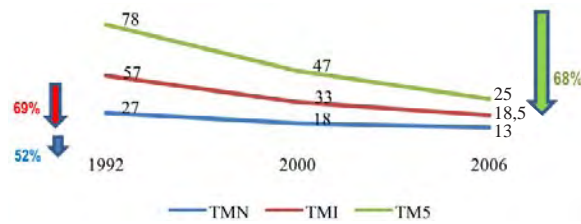
*La incidencia de la mortalidad neonatal en la mortalidad infantil podría reducirse en gran medida en el primer nivel de atención de los establecimientos de salud*

**Tasa de mortalidad neonatal**

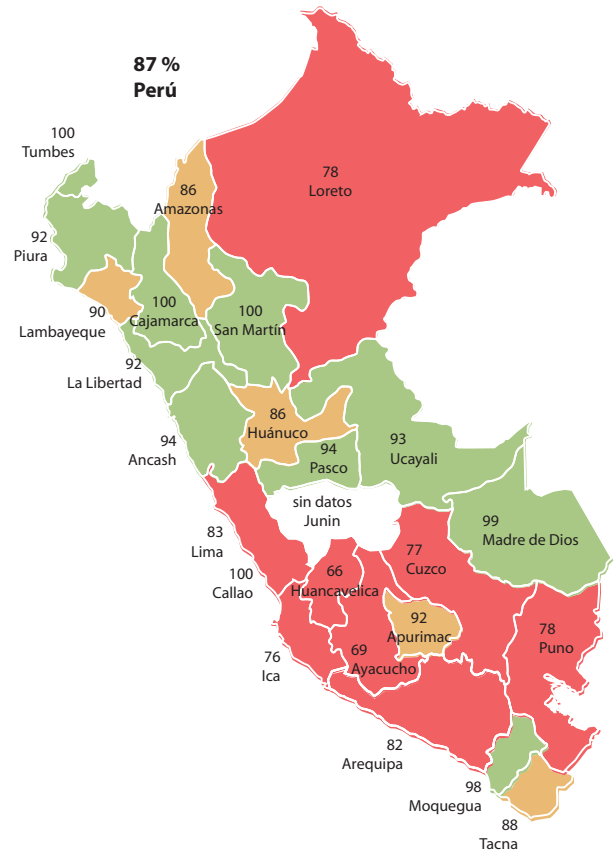
La mortalidad neonatal representa el 72% de la mortalidad infantil y es el mayor desafío para mantener el progreso en su reducción. Sin embargo, se estima que cerca del 40% de sus causas podría solucionarse con medidas de tecnología simple y de bajo costo que pueden aplicarse en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, la familia y la comunidad.

*La mortalidad neonatal, infantil y de la niñez está influenciada por condiciones asociadas a la pobreza, la educación de la madre y el lugar de residencia*

Evolución de la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez (1992-2006)



Porcentaje de cobertura de vacunación infantil contra el sarampión por región. 2008



*En la lucha contra el sarampión, la inequidad en la atención da como resultado diferencias sustantivas entre departamentos, provincias y distritos*

**Cobertura de vacunación contra el sarampión**

En 2008 el país alcanzó una cobertura promedio nacional de vacunación contra el sarampión de 90% en niñas y niños de 12 a 24 meses de edad. Esta cobertura se ha mantenido por encima del 80% como promedio nacional desde hace trece años, con un comportamiento fluctuante y una tendencia a la disminución.

A nivel departamental la variación va del 66 al 100% y entre provincias, del 43 al 100%. A nivel distrital existen 171 distritos con coberturas inferiores a 50% y 3 distritos están sin cobertura.



Susana Nolasco / WFP Perú

## Objetivo 5

### Mejorar la salud materna

## Meta

**Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes**

*No se disponen de datos actualizados sobre mortalidad materna. En cifras absolutas, desde el año 1997 a 2008 se aprecia un descenso de muertes de 769 a 509*

#### **Razón de mortalidad materna**

Este indicador se calcula dividiendo las muertes maternas entre el número de nacidos vivos, ambos ocurridos en el mismo período de tiempo. A la fecha no se dispone de datos actualizados sobre el indicador de muertes maternas por lo que se analizará desde dos de sus componentes: magnitud y naturaleza epidemiológica.

#### **Magnitud:**

En cifras absolutas, del año 1997 al 2008 se aprecia un descenso de 769 a 509 muertes anuales según el sistema de vigilancia epidemiológica y el sistema de registros vitales maternos del Ministerio de Salud.

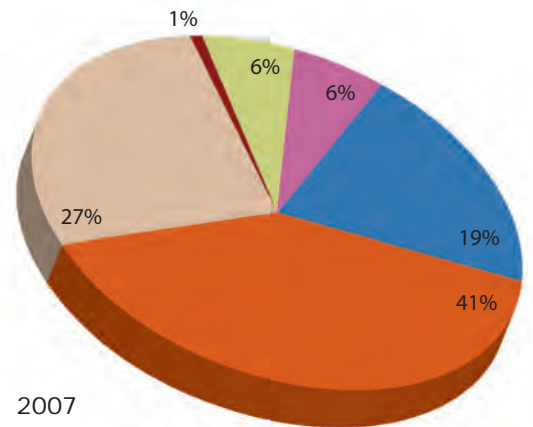
#### **Naturaleza epidemiológica:**

Analizando las muertes maternas según causa genérica se observa que en el año 2007, al igual que en años anteriores, la hemorragia fue la primera causa de mortalidad (41%), seguida por toxemia (19%), sepsis (6%), aborto (6%), parto obstruido (1%).

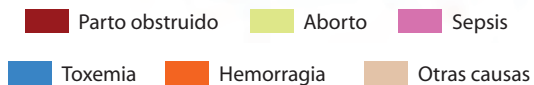
Para el año 2008, la hemorragia representó el 35,6% de las causas de mortalidad materna, habiendo disminuido en 6 puntos porcentuales respecto al año anterior. La hemorragia es una causa general y expresa una falta de atención inmediata.



Sengo Perez. UNICEF Perú / RC0017



2007



#### **Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado**

De acuerdo a las estimaciones realizadas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, correspondiente a los años 2005-2007, 72,6% de los partos fueron institucionales, de los cuales 92,3% corresponde a la zona urbana y 48,3%, a la rural.

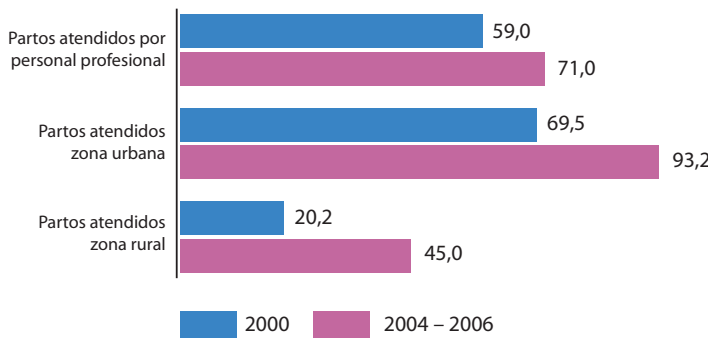
Entre los años 2004 y 2006, el 71% de los partos fue atendido por personal de salud, lo que significa un incremento de 12% respecto de los partos atendidos en el año 2000.

La situación de pobreza marca una gran diferencia en la atención del parto. Mientras que sólo el 30%



de las mujeres del quintil más pobre se atendió en un establecimiento de salud, el 97,1% de mujeres del quintil menos pobre tuvo atención especializada al momento del parto.

**Porcentaje de partos atendidos por personal profesional según las ENDES 2000 y ENDES 2004-2006**



En el período 2004-2006 se reportó que 93,2% de los partos en la zona urbana y 45% en la zona rural, fueron atendidos por personal de salud. En el año 2000, el 69,5% de los partos en la zona urbana fue atendido por personal de salud, mientras que en zonas rurales fue solamente el 20,2%.

La incorporación del enfoque intercultural y la implementación de las “casas de espera”, que a la fecha suman 401 distribuidas a nivel nacional, así como la atención del parto en posición vertical, han permitido aumentar la cobertura del parto institucionalizado en las zonas rurales y dispersas. Sin embargo, 58% de las muertes ocurre en establecimientos de salud y 42% en domicilio. Queda la ardua tarea de dotar a los establecimientos de salud de la capacidad resolutive que corresponda para satisfacer la demanda.

## Meta

### Lograr para el año 2015, el acceso a la salud reproductiva

*El mayor uso de métodos anticonceptivos se encuentra entre las mujeres con educación secundaria, que ya tienen hijos y que viven en el área urbana*

#### Tasa de uso de anticonceptivos

Si bien el 99% de mujeres en edad fértil tiene conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, sólo el 48% de mujeres casadas o unidas usa métodos modernos y el 23%, métodos tradicionales. Los mayores niveles de uso de métodos anticonceptivos se encuentran entre las mujeres que tienen educación secundaria o más, las que tienen dos o tres hijos y entre las residentes del área urbana. Estos porcentajes se mantienen relativamente estables desde el año 2000.



Edward Alba / WFP Perú



UNFPA Perú

*La mortalidad materna en adolescentes mantiene porcentajes semejantes respecto a la mortalidad materna en general.*

#### **Tasa de natalidad entre las adolescentes**

No se aprecian cambios significativos en la fecundidad de las adolescentes en los últimos seis años (2000-2006), ya que el 10% ha tenido hijos y el 2% está gestando, cifras similares a las obtenidas en el año 2000. Las estadísticas disponibles muestran que la mortalidad materna en adolescentes, con ligeras fluctuaciones, mantiene porcentajes similares respecto a la mortalidad materna en general. En el año 2004 representó el 13% y en el año 2008, el 15% del total de la mortalidad materna.

*La mayor autonomía de las mujeres dentro del hogar incide significativamente en la atención prenatal*

#### **Cobertura de atención prenatal**

Entre los años 2004 y 2007, el 92% de mujeres tuvo atención prenatal, lo que indica ocho puntos porcentuales más que el reporte del año 2000. La atención estuvo a cargo de obstetras (50,7%), médicos (31,3%), enfermeras (9%) y técnicos (1%).

La atención prenatal fue mayor en el área urbana (92%) que en el área rural (72%). En Lima Metropolitana alcanzó el 96%. En el resto de la costa, 89%; en la sierra, 29% y en la selva, 71%. Asimismo, la atención prenatal fue mayor en las madres con mayor autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%). En 2007, 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación sólo alcanzó el 57%.

#### **Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar**

A nivel nacional, el 8% de mujeres en unión tenía insatisfecha su necesidad de planificación familiar para el periodo 2004-2006, siendo mayor la proporción en las áreas rurales y entre las mujeres sin educación. Esto significa una reducción de dos puntos con respecto al año 2000.



© ENO / Archivo Institucional



## Objetivo 6

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

### Meta

**Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.**

*En el Perú, la proporción de personas con VIH/SIDA con respecto al total de la población es menor al 1%. En grupos de alto riesgo, la prevalencia sobrepasa el 10%*

#### **Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años**

El comportamiento del VIH/SIDA en el Perú es el de una epidemia concentrada, caracterizada por una prevalencia en población general inferior al 1%, situación que se ha mantenido en los últimos años. La prevalencia es mayor al 10% en grupos de alto riesgo, como en la población de trans y de hombres que tienen sexo con hombres [HSH]. A 2008 se notificaron 23 249 casos de SIDA y 35 130 casos de VIH, desde el primer caso reportado en 1983. La mitad se infecta a una edad temprana. Lima y Callao concentran cerca de las tres cuartas partes de los casos reportados. La mediana de edad de la detección de la infección es de 31 años; sin embargo, 40% de los enfermos de VIH/Sida tienen entre 14 y 25 años de edad.

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA para población general se realiza en gestantes de 15 a 24 años. Para 2006, la prevalencia nacional fue de 0,23%, cifra similar a las de las mediciones previas. Lima y Callao presentaron prevalencias más elevadas que el promedio nacional y aportaron el mayor número de casos. Un estudio realizado

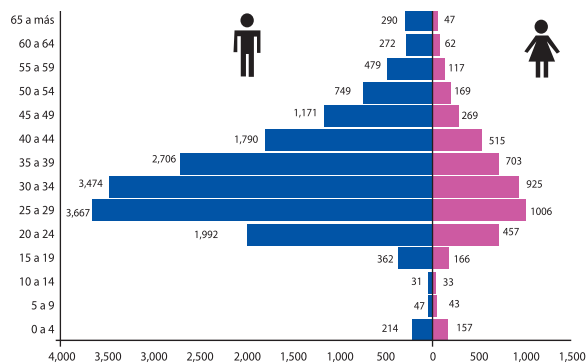
Incidencia acumulada de VIH/Sida según regiones 1983-2008



Fuente: Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud

entre 2003 y 2004 en parejas de gestantes en cuatro ciudades del país encontró una prevalencia de VIH de 0,8%.

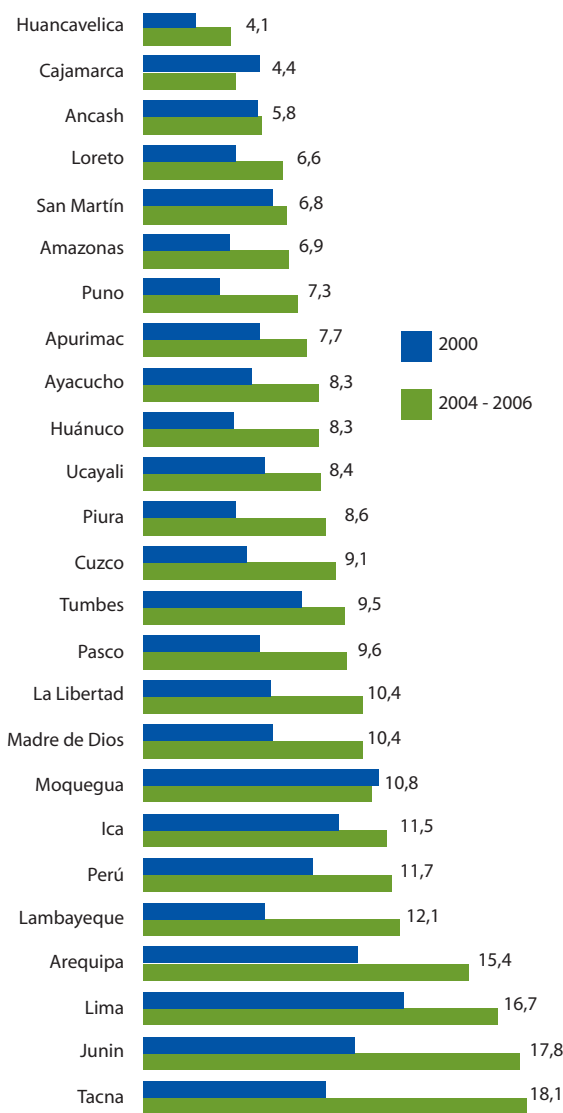
SIDA: Distribución por edad y sexo, 1983-2008



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.

El uso de condón en la última relación sexual en mujeres casadas a nivel nacional mostró una tendencia creciente: 1,9% en 1992; 5,8% en 1996; 6,6% en 2000 y 8,3% de 2004 a 2006. Hay un mayor uso del condón en relaciones con parejas con las que no se convive, aumentando de 17,9% en el año 2000 a 30,3% en el período 2004-2006. Si bien se evidencia un aumento en el uso de condón en todos los estratos, su uso es mayor

Porcentaje de incremento de uso de condón en la última relación sexual en mujeres de 15 a 49 años.



Fuente: ENDES 2000 y 2004-2006.

A resultados similares arribó el estudio PREVEN -Prevención Comunitaria de Enfermedades de Transmisión Sexual- realizado con 638 miembros de 27 comunidades amazónicas que encontró prevalencias de 0,7% en varones y ninguna en mujeres entre 18 a 29 años. No obstante, estudios recientes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia han encontrado una elevada prevalencia de VIH (7,5%) en población indígena de la etnia Chayautita en la Amazonía peruana. Se requieren estudios adicionales sobre muestras representativas para entender la epidemia y su dinámica en estas comunidades.

*El uso del condón es mayor en la población con educación superior, con mayores recursos económicos y residente en las zonas urbanas*

**Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo**

Una de las medidas más eficaces para la reducción de la transmisión del VIH en personas sexualmente activas es el uso del condón. Éste se ha extendido como método anticonceptivo en el Perú de 8,2% en el año 2000 a 11,7% entre 2004 y 2006; sin embargo, departamentos de la Amazonía peruana como Loreto y Amazonas mantienen prevalencias de uso inferiores al 8%.



en zonas urbanas (15,3%) que rurales (4,7%), en población con educación superior (21,9%) que las que no tienen educación alguna (1,5%) y en la población con mayores recursos económicos (22,1%) que la más pobre (2,3%). El 44,6% de los varones usó condón en su última relación sexual frente al 19% de las mujeres según

el estudio PREVEN realizado en el año 2007 con 5 921 adultos jóvenes de 18 a 29 años en ocho ciudades del Perú. En los grupos de alto riesgo como los HSH, el uso de condón en su última relación sexual pasó de 24,3% en 1996 a 54,1% en el año 2002.

## Meta

**Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten**

*A fines de 2008, el 96% de las personas con VIH/SIDA registradas en el Ministerio de Salud recibió Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)*

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

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) fue uno de los objetivos principales del Ministerio de Salud en el control del VIH/SIDA a partir del año 2004. Así, de una baja cobertura de 25% a personas con necesidad de tratamiento de fuentes públicas en 2004, se pasó a una del 96% a fines del año 2008.

Sin embargo, si se usa la metodología estandarizada a nivel internacional por ONUSIDA para evaluar la cobertura del TARGA, que es diferente a la usada por el MINSA, se estima que la cobertura real del TARGA en el Perú para 2006



© WHO / P.Virot

fue de 42%. Esta variación se debe a que se incluye en el denominador el total estimado de personas con VIH que requieren TARGA y no sólo a las registradas en el sistema del MINSA.

En todas las regiones del país se ha implementado al menos un centro de atención integral, donde se brinda tratamiento permanente y gratuito. El costo de medicamentos en el Perú es uno de los más bajos de Latinoamérica y el Caribe, debido al mecanismo de compra corporativa.

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

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

## Meta

### Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

*En el Perú, la tasa de mortalidad asociada al paludismo o malaria no constituye un indicador sensible por el subregistro existente*

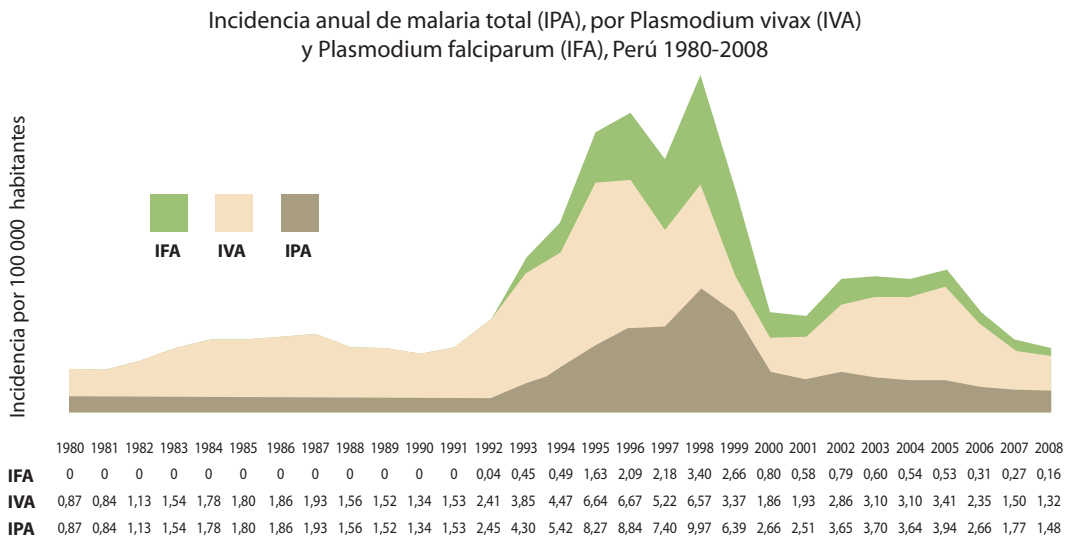
La tasa de morbilidad del paludismo pasó de 1,53 en 1991 a 2,97 en el año 2004. En el período 2004-2008 tuvo una tendencia decreciente llegando a 1,48.

No hay información disponible sobre la proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida ni de la proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo, indicadores necesarios en el seguimiento de esta meta.

*Las tasas de incidencia y morbilidad de la tuberculosis se mantienen en el año 2007 relativamente similares a las registradas en el año 2004*

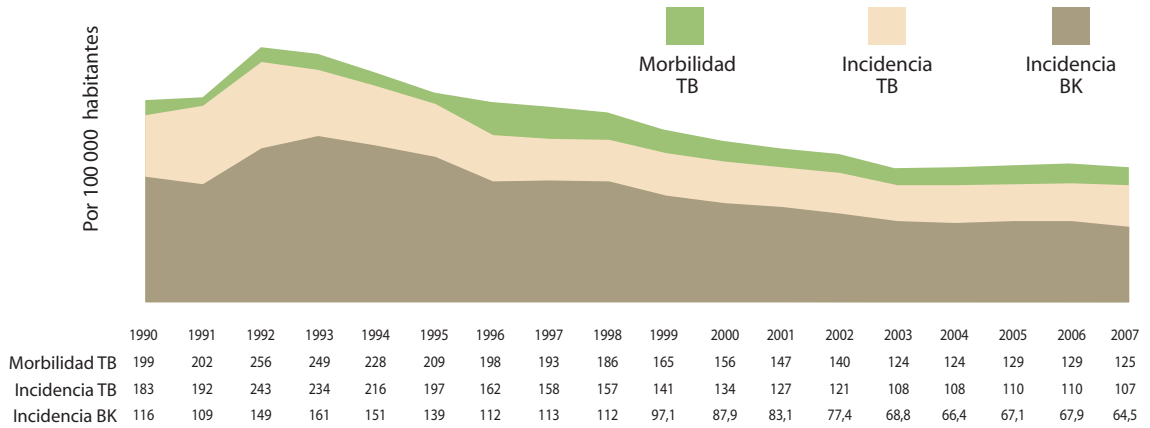
### Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

Entre 1992 y 2007 se redujo la tasa de morbilidad asociada con la tuberculosis, incrementándose ligeramente entre los años 2004 y 2007. La disminución de la mortalidad por esta enfermedad fue de 43%. Es necesario tener en cuenta que el impacto epidemiológico de las intervenciones en tuberculosis se visualiza en períodos que van de 7 a 10 años.



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud.

Morbilidad, incidencia de tuberculosis y tuberculosis BK positivo en el Perú, 1990 - 2007



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis, Ministerio de Salud.

Actualmente se está diagnosticando el 84% de los casos estimados de tuberculosis multidrogorresistente, TB MDR, proyectándose como meta a 2011 un éxito terapéutico del 80% de estos casos. En el año 2005 el éxito terapéutico fue menor debido a abandonos del tratamiento; sin embargo, en el momento actual, por estos resultados y la reducción de la letalidad, el Programa estima que la TB MDR estaría ingresando en una meseta epidemiológica. Hasta el año 2004 las pruebas de sensibilidad a medicamentos antituberculosis de segunda línea, que permiten identificar esta forma severa de tuberculosis, se realizaban en número limitado en el laboratorio del Estado de Massachusetts (EE.UU.). A partir del año 2005 estas pruebas se realizan en el Instituto Nacional de Salud Pública del Perú permitiendo identificar a pacientes que antes pasaban inadvertidos. Actualmente se cura el 60% de este grupo de pacientes.



## Objetivo 7

### Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

#### Meta

**Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente**



ONUDD

*Entre 2004 y 2007 disminuyó el uso de energía por unidad del PBI; lo mismo sucedió con las emisiones de dióxido de carbono per cápita*

#### *Uso de energía por unidad del PBI*

El indicador expresa la cantidad de energía que se consume a nivel nacional por unidad de Producto Bruto Interno y da cuenta de la eficiencia con la que se consume energía para producir la riqueza nacional. Entre los años 1990 y 2007, este indicador mostró una tendencia decreciente.

Año	Intensidad (TJ/10 US \$ 1994)
1990	10,0
2000	8,4
2004	7,8
2005	7,1
2006	6,8
2007	6,5
2015 (*)	6,3 – 6,8

Fuente: Ministerio de Energía y Minas, OPIC-OGP.

Nota ( \*) Se establecen dos escenarios a 2015, uno optimista y otro conservador.

#### *Emisiones de dióxido de carbono*

Entre los años 1990 y 2007 se registró un incremento de las emisiones totales y per cápita de dióxido de carbono (CO<sup>2</sup>). La tendencia se revirtió al evaluar las emisiones en base a la Paridad de Poder Adquisitivo (PPA).

Al no figurar actualmente en el Anexo I del Protocolo de Kyoto, el Perú no se compromete a cumplir una meta de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero (GEI).





## Emisiones de dióxido de carbono (total, per cápita y por cada dólar PPA del PIB)

Año	Total (Miles de toneladas de CO <sup>2</sup> equivalente)	Per cápita	Por mil dólares del PIB PPA
1990	15 846,50	0,73	0,22
2000	22 699,49	0,89	0,18
2004	23 084,31	0,85	0,14
2005	21 859,35	0,80	0,12
2006	22 150,06	0,80	0,11
2007	22 810,77	0,81	0,10
2015	36 396 - 39 747	1,22 - 1,33	0,09 - 0,11

Fuente: Balance Nacional de Energía 2007.

*Se alcanzó la meta programada para 2010 de no consumir clorofluorocarbonos (CFC), especialmente refrigerantes y aerosoles, que constituyen una de las principales causas del agotamiento de la capa de ozono*

#### **Emisiones de sustancias agotadoras de la capa de ozono**

El consumo de clorofluorocarbonos (CFC) fue de cero (0) en 2007, cumpliendo anticipadamente la meta programada para 2010. El consumo de las demás sustancias agotadoras de la capa de ozono ha tenido un comportamiento similar al de los CFC. Por otro lado, el consumo de Hidroclorofluorocarbonos (HCFC) se ha ido incrementando, al haber estado previsto el uso de esta sustancia como sustituto temporal de los CFC que se dejaban de usar.

*Entre los años 2004 y 2007 el consumo de combustibles sólidos aumentó en 11,93%*

#### **Porcentaje de la población que utiliza combustibles sólidos**

En el año 2007, el consumo final total de energía fue 518 982 TJ, lo que representa un aumento de 4,73% con respecto a 2004. En general, el consumo de combustibles sólidos aumentó en 11,93% desde 2004 a 2007. En cuanto a los combustibles sólidos de biomasa, el consumo de leña se ha incrementado desde el año 2004, aumentando su participación en 10,32%.

#### **Proporción de hogares que eliminan la basura arrojándola a la calle o quemándola**

Entre 1998 y 2006, el porcentaje de hogares que eliminó la basura arrojándola a la calle o quemándola se redujo de 38,7% a 30,8%.



## Consumo de leña, bosta/yareta, carbón vegetal y carbón mineral, 1990-2007, con proyección al 2015 (TJ)

Año	Leña	Bosta y yareta	Carbón vegetal	Carbón mineral
1990	89 754	10 751	1 762	2 678
2000	68 541	10 692	2 354	1 598
2004	73 000	10 682	2 285	19 973
2005	71 531	10 368	2 281	15 336
2006	74 495	10 243	2 255	15 336
2007	80 530	11 047	2 370	24 630
2015(*)	115 591 - 129 784	18 576 - 20 227	4 369-5 587	44 643 - 47 855

Fuente: Ministerio de Energía y Minas (2008, 2007 y 2006). Balance Nacional de Energía 2005, 2006, 2007 (Tres informes anuales)

Nota (\*) Se establecen dos escenarios a 2015, uno optimista y otro conservador.

### Formas de eliminación de la basura en el hogar Año 1998 (ENAHO)

Formas de eliminación	Hogares		Urbana		Rural	
	Total	%	Hog	%	Hog	%
Total	5 316 395,00		3 471 670,70		1 844 724,30	
Echan a la calle	81 663,20	1,54	68 960,60	1,99	12 702,60	0,69
Echan al campo	1 203 500,50	22,64	261 857,70	7,54	941 642,80	51,05
La queman	774 370,50	14,57	302 983,00	8,73	471 387,50	25,55
Arrojan o queman la basura	2 059 534,20	38,74	633 801,30	18,26	1 425 732,90	77,29

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 1998-II trimestre

\*Un hogar puede haber respondido más de una alternativa

### Año 2006 (ENCO)

Formas de eliminación	Hogares		Urbana		Rural	
	Total	%	Hog	%	Hog	%
Total	6 522 712,25		4 878 306,00		1 644 406,00	
Echan a la calle, parque terreno abandonado, chacra	1 312 718,00	20,13	362 179,00	7,43	950 539,00	57,80
La queman	698 767,00	10,71	260 162,00	5,34	438 605,00	26,70
Arrojan o queman la basura	2 011 485,00	30,84	622 341,00	12,77	1 389 144,00	84,50

Fuente: ENCO (Encuesta Nacional Continua)

## Meta

**Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida**

*La proporción de especies en peligro de extinción es un indicador nuevo, no reportado en 2004, que agrupa a las especies amenazadas según las normas legales vigentes en el país*



L. Bonacini/UNICEF Perú/PP0006

### Principios de biodiversidad

Indicadores	2000	2008
% de superficie cubierta de bosques	53,85%	53,49%
% de las áreas terrestres y marinas protegidas	14,3%	14,24%
Comparación de la Biomasa y CPUE (captura por unidad de esfuerzo) desde el año 2000 en relación al promedio de 10 años (1998-2008)	<b>Tendencia favorable:</b> anchoveta, pota, cabinza, pejerrey y lorna <b>Tendencia desfavorable:</b> jurel y merluza	
Especies en peligro de extinción (2008)	<b>Fauna:</b> En peligro crítico (23) En peligro (71) Vulnerable (116) Casi amenazada (91) <b>Flora:</b> En peligro crítico (194) En peligro (73) Vulnerable (391) Casi amenazada (119)	

*Entre 2000 y 2008 se redujo la proporción de cobertura forestal. Actualmente equivale al 53,49% del territorio nacional*

### Proporción de la superficie de tierra cubierta por bosques

Al año 2008 la superficie de bosques naturales fue de 68,7 millones de hectáreas, reflejando una

reducción respecto de la superficie registrada para el año 2000 que contó con 69,2 millones de hectáreas. Actualmente, la superficie de cobertura forestal equivale al 53,49% del territorio nacional, mientras que en el año 2000 fue de 53,85%.

Superficie de tierras cubiertas por bosques según regiones naturales, 2000 - 2008 (1 000 hectáreas)

Categoría	1990		Periodo 2000		2008	
	Has	%	Has	%	Has	%
Superficie bosques naturales	68.820,11	53,55	69.213,26	53,85	68.742,06	53,49
Superficie bosques en selva	65.183,11	50,72	68.529,37	53,32	64.686,28	50,33
Superficie bosques en sierra	421,55	0,33	333,00	0,26	893,65	0,70
Superficie bosques en costa	3.215,46	2,50	350,89	0,27	3.162,14	2,46

### ***Superficie de tierras cubiertas de bosques según regiones naturales, 2002-2008 (1 000 ha)***

La deforestación anual en la Amazonía peruana entre los años 1990 y 2000 fue de 149 632 hectáreas con un acumulado, sólo en la Amazonía, de 7,2 millones de hectáreas deforestadas en dicho período. Para el período 1996-2001, la tasa anual de deforestación en tres zonas representativas de la Amazonía peruana ascendió a 136 000 hectáreas.

***La lista de fauna silvestre amenazada consta de 301 especies: 65 mamíferos, 172 aves, 26 reptiles y 38 anfibios***

### ***Especies en peligro de extinción***

Desde 2004 hasta 2008, 301 especies de fauna silvestre se consideraron amenazadas y se distribuyeron de acuerdo a las siguientes categorías: en peligro crítico (23), en peligro (71), vulnerable (116), y casi amenazada (91). Aunque no es posible establecer la proporción de especies amenazadas por no conocerse el universo de especies que alberga el país, la lista se incrementó en 79 especies de fauna en 2004, lo que representa un 26% adicional con respecto a 1999.

La lista de especies amenazadas de flora silvestre vigente en 2008, aprobada en 2006, incluye 777



Programa de Desarrollo Alternativo - UNODC

especies distribuidas en las categorías de amenaza de la siguiente manera: en peligro crítico (194), en peligro (73), vulnerable (391) y casi amenazada (119).



## Meta

**Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento**

*Las metas establecidas para el año 2015 corresponden al Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015 que considera alcanzar 82% de cobertura del agua potable y 77% de servicios de saneamiento*



COOPi. Cooperazione Internazionale

### Acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Indicadores	1993 (a) %	2007 (b) %	2015 (c) %
Cobertura de agua potable en el área urbana	81,1	85,3	87,0
Cobertura de saneamiento en el área urbana	60,0	77,0	84,0
Cobertura de agua potable en el área rural	6,9	32,0	70,0
Cobertura de saneamiento en el área rural	24,6	13,1	60,0
Cobertura total de agua potable	58,9	69,2	82,0
Cobertura total de saneamiento	49,4	57,9	77,0

Fuente:

(a) INEI. Censo 1993

(b) INEI. Censo 2007 (No considera pozo negro, ciego /letrinas en saneamiento en el área rural)

(c) Plan Nacional de Saneamiento 2006-2015

*El abastecimiento de agua potable presenta una cobertura diferenciada entre las áreas urbanas y rurales del país y la brecha se acentúa con relación a los servicios de saneamiento*

***Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable y a servicios de saneamiento mejorado***

La meta de lograr que el 87% de los hogares cuente con agua potable en el área urbana para el año 2015 ha sido alcanzada en diez departamentos y está a punto de lograrse en otros tres. En cambio, sólo en cinco departamentos se ha conseguido llegar a la meta de 84% de hogares urbanos con acceso a servicios básicos de saneamiento.



**Cobertura de servicios de agua potable y saneamiento por regiones - área urbana, 1993-2007**

Región	1993		2007	
	Agua potable1/	Alcantarillado 2/	Agua potable1/	Alcantarillado 2/
<b>Total</b>	<b>81,1</b>	<b>60,0</b>	<b>85,3</b>	<b>77,3</b>
Amazonas	77,2	40,3	85,9	74,2
Ancash	83,7	59,0	92,6	84,7
Apurímac	67,5	39,8	87,3	77,7
Arequipa	87,4	60,0	91,2	80,2
Ayacucho	81,5	35,0	85,8	73,3
Cajamarca	83,6	58,6	89,5	84,4
Cusco	88,1	55,8	93,4	86,0
Huancavelica	76,0	24,7	89,7	69,4
Huánuco	73,1	51,5	80,7	75,1
Ica	86,3	51,3	85,3	70,5
Junín	83,5	48,1	86,1	73,3
La Libertad	87,0	65,5	81,8	75,2
Lambayeque	86,2	56,3	84,8	78,3
Lima	82,6	71,7	87,8	84,1
Loreto	61,2	48,2	58,8	53,8
Madre de Dios	61,8	30,1	90,3	47,5
Moquegua	85,3	67,5	97,6	85,0
Pasco	78,4	36,1	64,1	56,0
Piura	80,2	43,1	83,6	63,2
Puno	68,2	38,8	75,0	66,1
San Martín	55,4	31,1	78,2	54,9
Tacna	90,8	71,5	97,8	84,5
Tumbes	76,1	44,7	80,5	62,7
Ucayali	42,7	27,4	55,8	54,2

1/ Comprende la población censada en las viviendas particulares ocupadas con las personas presentes donde el abastecimiento de agua procede por red pública dentro o fuera de la vivienda.

2/ Comprende la población censada en las viviendas particulares ocupadas con las personas presentes donde el servicio higiénico está conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda.

Fuente: INEI – Censos Nacionales 1993 y 2007.

### ***Coberturas de servicios de agua potable y saneamiento en el área rural***

Si bien algunos departamentos muestran logros significativos en cuanto a cobertura de agua potable en el área rural entre los años 1993 y 2007, la meta propuesta de que el 70% de familias

cuente con este servicio aún no es alcanzada en ningún departamento. En cuanto al saneamiento, la brecha es mucho más alta.

<b>Cobertura de servicios de agua potable y saneamiento por regiones - área rural, 1993-2007</b>				
<b>Región</b>	<b>1993</b>		<b>2007</b>	
	<b>Agua potable1/</b>	<b>Saneamiento 2/</b>	<b>Agua potable1/</b>	<b>Saneamiento 2/</b>
<b>Total</b>	<b>6,9</b>	<b>24,6</b>	<b>32,0</b>	<b>13,1</b>
Amazonas	5,3	41,8	24,5	17,2
Ancash	5,7	24,6	53,1	21,0
Apurímac	10,8	18,8	44,0	9,9
Arequipa	10,7	34,4	43,3	26,1
Ayacucho	15,4	10,5	40,2	12,4
Cajamarca	6,4	35,7	47,2	9,5
Cusco	9,3	11,9	42,3	20,9
Huancavelica	12,0	6,4	23,8	7,9
Huánuco	3,2	14,0	17,4	13,6
Ica	15,3	42,1	50,4	17,2
Junín	8,8	27	29,9	17,9
La Libertad	5,4	26,7	28,7	10,6
Lambayeque	2,9	45,6	22,6	8,2
Lima	13,0	25,4	40,8	25,7
Loreto	0,9	19,6	5,7	4,8
Madre de Dios	1,3	29,6	19,6	15,2
Moquegua	12,7	17,7	36,7	27,9
Pasco	10,4	11,5	18,3	12,3
Piura	6,1	9,1	28,1	8,7
Puno	4,4	31,6	18,0	8,0
San Martín	3,3	34,1	27,6	7,0
Tacna	6,7	43,9	29,8	33,6
Tumbes	8,7	17,6	47,0	18,7
Ucayali	0,9	23,8	7,9	7,1

1/ Comprende la población censada en las viviendas particulares ocupadas con las personas presentes donde el abastecimiento de agua procede por red pública dentro o fuera de la vivienda.

2/ Comprende la población censada en las viviendas particulares ocupadas con las personas presentes donde el servicio higiénico está conectado a red pública dentro o fuera de la vivienda. El Censo del año 1993 para el área rural además incluye a los pozos sépticos, pozo ciego o negro/ letrinas.

Fuente: INEI – Censos Nacionales 1993 y 2007.

# Meta

**Para el año 2020, haber logrado una mejora en las vidas de al menos 100 millones de habitantes de los asentamientos humanos y tugurios**

*Al año 2008 aumentó la proporción de hogares sin carencias y disminuyó el porcentaje de viviendas de baja calidad*

Acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento		
Indicadores	2001	2008
% de viviendas sin carencias	46,3	53,7
% de viviendas de baja calidad	45	37

Fuente: INEI. Censo 2007. Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2008.

### Proporción de la población urbana que vive en tugurios

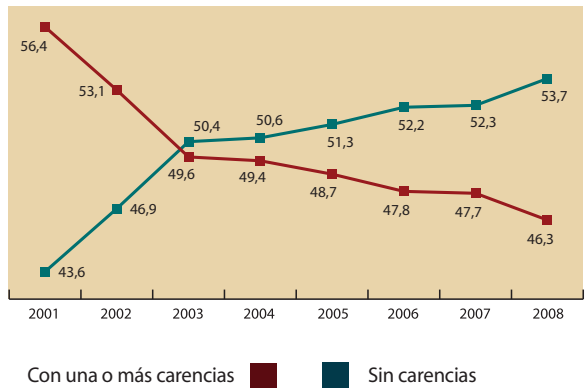
Para el año 2007, se calculó un déficit total de 1 967 150 viviendas; de éstas, 389 712 fueron por déficit cuantitativo, es decir, por crecimiento de nuevos hogares; las otras 1 577 438, por déficit cualitativo, al ser viviendas incompletas o inadecuadas en su estructura física y carecer de servicios básicos.

Entre los años 2001 y 2008, el porcentaje de viviendas sin carencias aumentó de 43,6% a 53,7%, beneficiando a cerca de 650,000 hogares.

### Porcentaje de hogares según una o más carencias y sin carencias, 2001-2008

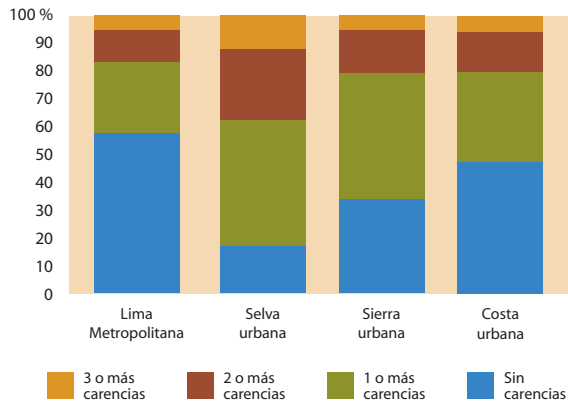
Las viviendas urbanas con menor número de carencias se encuentran en Lima Metropolitana donde cerca del 60% no las presenta. Sigue la costa con 48%, luego la sierra con poco más de 30% y, finalmente, la selva con menos de 20% de viviendas sin carencias.

Porcentaje de hogares según una o más carencias y sin carencias, 2001-2008



Fuente: INEI. Censo 2007. Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2008.

Carencias de viviendas urbanas, 2008



Fuente: INEI. Censo 2007. Encuesta Nacional de Hogares 2001, 2008.

La población localizada en la selva urbana es la más afectada. Sus viviendas muestran los mayores índices de carencias en cuanto a baja calidad de la vivienda, falta de servicios de agua y saneamiento y áreas insuficientes para vivir.





## Objetivo 8

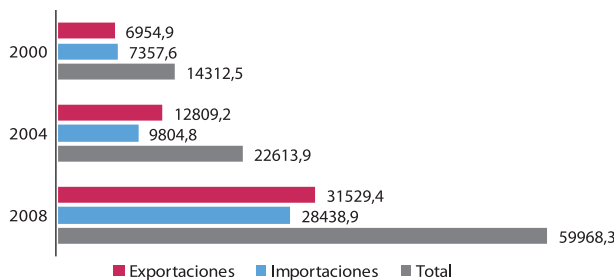
### Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

## Meta

**Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas previsibles y no discriminatorias**

El grado de apertura en la economía del país pasó de 0,34 en el 2000 a 0,39 en el 2004 y 0,51 en el 2008. Este valor recoge la participación de las exportaciones e importaciones de bienes y servicios en relación al Producto Bruto Interno. Este incremento está relacionado estrechamente al crecimiento del movimiento de la mercadería en 165,2% que se ha tenido entre 2004 y 2008, cuando se alcanzó el total de US\$ 59 968,30 millones de dólares.

Grado de inserción en la economía internacional en millones de dólares americanos



*Entre 2004 y 2008 las exportaciones per cápita se incrementaron en 127%*

### Exportaciones per cápita

Las exportaciones de bienes y servicios alcanzaron la cifra récord de US\$ 1 246 per cápita; así, superaron significativamente la de US\$ 549 per cápita lograda en el año 2004.

*El Perú mejoró su posición al diversificar los productos y destinos de las exportaciones*

### Exportaciones no tradicionales

De 2004 a 2008, el crecimiento de las exportaciones para los productos no tradicionales fue positivo y alcanzó el 116,8%.

Dentro de este grupo de productos, el mayor crecimiento lo tuvieron los productos químicos (150,8%), como el ácido sulfúrico y el óxido de zinc, esencialmente para el mercado latinoamericano como Chile, Colombia, Ecuador y Bolivia.

Siguieron los productos agropecuarios (138,8%) frescos, en conserva o congelados, especialmente espárragos, uva, páprika, alcachofas, pimientos y plátanos orgánicos, además de alimentos elaborados, como galletas dulces y leche evaporada.

Los destinos prioritarios fueron Estados Unidos, España y Países Bajos. Este sector representa un poco más de la cuarta parte de las exportaciones no tradicionales.

Importante crecimiento se observó también en los productos metal-mecánicos (138%) y sidero-metalúrgicos y joyería (132,1%).

La exportación de productos pesqueros (124,3%) creció con conservas de pota y de pescado y conchas de abanico congeladas para España, China y Estados Unidos.

### Exportaciones tradicionales

El crecimiento de las exportaciones entre 2004 y 2008 también ha sido positivo para los productos tradicionales (158,7%). Dentro de ellos, destaca el aumento de la exportación en petróleo y derivados y de los productos mineros. Estos últimos mantienen su mayor representatividad dentro de las exportaciones tradicionales con más de las tres cuartas partes del total.

Los precios no superados de las materias primas alcanzados entre 2007 y 2008 bajaron significativamente en la segunda mitad de 2008 a excepción del oro que recuperó su tendencia al alza. La evolución de las cotizaciones internacionales afectó el índice de los términos de intercambio de comercio exterior que fue 119,6 en 2008, superior al 99,5 de 2004, pero inferior al 137,9 de 2007.

Exportación por grupo de productos – FOB, en millones de dólares, 2004 y 2008

Grupos de productos	2004	Participación porcentual	2008	Participación porcentual
<b>Productos tradicionales</b>	<b>9 199</b>	<b>100</b>	<b>23 796</b>	<b>100</b>
Pesqueros	1 104	12	1 791	7,5
Agrícolas	325	3,5	685	2,9
Mineros	7 124	77,4	18 657	78,4
Petróleo y derivados	646	7	2 663	11,2
<b>Productos no tradicionales</b>	<b>3 479</b>	<b>100</b>	<b>7 543</b>	<b>100</b>
Agropecuarios	801	23	1 912	25
Pesqueros	277	8	622	8
Textiles	1 092	31,4	2 018	27
Maderas y papeles y sus manufacturas	214	6,2	425	6
Químicos	415	11,9	1 041	14
Minerales no metálicos	94	2,7	176	2
Sidero-metalúrgicos y joyería	391	11,2	908	12
Metal mecánicos	136	4	324	4
Otros	58	2	118	2
<b>Otros</b>	<b>131</b>		<b>190</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>12 809</b>		<b>31 529</b>	

Fuente: Banco Central de Reserva del Perú

## Meta

### Atender las necesidades especiales de cooperación internacional de los países en desarrollo

*La cooperación internacional, cada vez más privada que oficial, se ha dedicado principalmente a la resolución del problema de la pobreza y el hambre*

Entre 2005 y 2007, el financiamiento en acciones para el desarrollo desde la cooperación internacional se redujo en 21,8%. En este mismo período, la cooperación internacional oficial disminuyó en 44,4% y la privada se incrementó en 112,1%. Los principales donantes, entre oficiales y privados, fueron Estados Unidos, la Unión Europea,

España, Italia, Alemania, Bélgica y Suiza. Ha sido una constante la preponderancia del primer ODM como principal orientación de la

cooperación internacional. A este objetivo le siguió el séptimo ODM, sobre esfuerzos de sostenibilidad ambiental.

Cooperación internacional no reembolsable según ODM, 2005-2007 (Expresado en %)

Objetivos de Desarrollo del Milenio	2005	2006	2007
I.- Erradicar la pobreza extrema y el hambre	32,9	29,8	25,9
II.-Lograr la educación primaria universal	3,9	3,4	5,2
III.-Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer	3,4	3,5	6,6
IV.-Reducir la mortalidad infantil	3,2	2,5	3,6
V.-Mejorar la salud materna	2,0	2,3	3,5
VI.-Combatir el VIH / SIDA , malaria y otras enfermedades	3,0	5,1	7,1
VII.-Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	12,4	8,6	14,2
VIII.-Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	9,3	3,2	5,1
Ningún tema milenio asignado	29,9	41,6	28,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: APCI - Agencia Peruana de Cooperación Internacional

## Meta

**Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo**

*El Perú ha tenido grandes avances en la reducción del endeudamiento público externo e interno realizando operaciones exitosas de reperfilamiento de la deuda*

De 2002 a 2008 el saldo de la deuda pública externa e interna pasó de 47% a 24% del PBI. En el caso específico de la deuda externa, bajó de 36,5% a 15,1% y, en el de la deuda interna, de 10,2% a 8,7%.

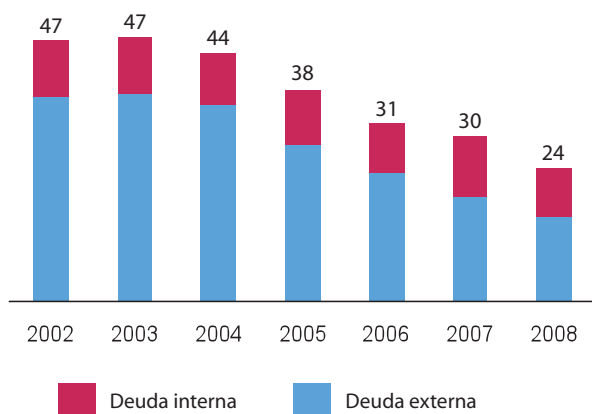
En este mismo período, la composición en el saldo de la deuda pública total, pactado a tasas

de interés fijas, pasó de 43% a 65%. Asimismo, la participación de la deuda pública en moneda nacional subió de 8% a 36%, respecto al total de la deuda pública.

En el caso de la deuda pública externa, entre 2002 y 2008, las tasas de interés fijas aumentaron de 47% a 61%, lo que permitió mayor predictibilidad del pago de la deuda.

Más de la mitad de esta deuda se mantiene en dólares americanos (55% en 2002 y 68% en 2008). El resto se divide en yenes (14%), euros (11%) y otras monedas (7%).

Deuda pública en % de PBI, 2002-2008



Los principales acreedores fueron los organismos internacionales (41%), los tenedores de bonos (36%) y el Club de París (22%). La principal variación ha sido la disminución del porcentaje correspondiente al Club de París.

Deuda pública: estructura por fuente financiera, 2002-2008

Por fuente financiera	2 002		2 008	
	Mill.US\$	Part. %	Mill.US\$	Part. %
<b>Externa</b>	20 715	84	19 237	63
Club de París	8 188	33	4 170	14
Org. Internacionales	7 044	29	7 926	26
Bonos	4 424	18	6 880	23
Banca comercial	11	0	186	1
Proveedores	946	4	56	0
América Latina	62	0	15	0
Europa del Este	40	0	3	0
<b>Interna</b>	3 826	16	11 114	37
Banco de la Nación	1 284	5	826	3
ONP	1 057	4	2 949	10
Soberanos	426	2	6 192	20
COFIDE	93	0	122	0
BCR	780	3	0	0
Otros	187	1	1 026	3
<b>Total</b>	<b>24 541</b>	<b>100</b>	<b>30 352</b>	<b>100</b>

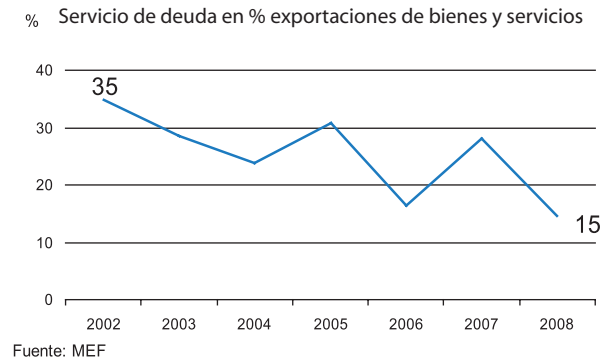
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

En el año 2008, con respecto a la deuda interna, la participación de los bonos soberanos como fuente de financiamiento fue la más importante con 56% (20% de la deuda pública total); luego, los bonos de reconocimiento para el pago de pensiones con un 27% (10% de la deuda pública total) y los créditos del Banco de la Nación con 7% (3% de la deuda pública total).

La deuda interna por bonos de reconocimiento ha venido aumentando con respecto al año 2002, principalmente por razón de una mayor inflación, pues esta deuda se ajusta por inflación y por una mayor colocación de estos bonos. En el año 2008 la deuda externa pública representó solo el 15% del valor de las exportaciones de bienes y servicios, cifra inferior



al 35% registrado en 2002, debido al aumento de los volúmenes de exportación y la mejora de los términos de intercambio.



## Meta

**En colaboración con las empresas farmacéuticas, facilitar el acceso a los medicamentos a precios razonables, en los países en desarrollo**

*Entre los años 2003 y 2008, mejoró la disponibilidad de los medicamentos en los establecimientos del Ministerio de Salud*

En el Perú el acceso a los medicamentos está condicionado por la capacidad adquisitiva de los usuarios. El sector privado canaliza el 70% de los medicamentos a los usuarios finales y solo el 30% es manejado por el sector público.

Los esfuerzos desde el Estado para regular precios a través de la exoneración de aranceles o impuesto a las ventas para medicina de grupos terapéuticos clave, como los relacionados al VIH SIDA o al cáncer, no han tenido el efecto esperado. De 2003 a 2008, la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del Ministerio de Salud pasó de 20% a 82,9%.

## Meta

**En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones**

*A pesar del déficit en infraestructura, el acceso a las tecnologías de la información y de las comunicaciones es cada vez mayor y apunta a la democratización*

El Perú ha tenido un importante crecimiento en el acceso a las nuevas tecnologías y al desarrollo de la comunicación que ha reforzado la tendencia de

los últimos años. La brecha con las regiones menos favorecidas y con el área rural se ha acortado. A 2007 se ha calculado un déficit nacional de infraestructura de US \$ 4 500 millones, cuya cobertura deberá garantizar un acceso más democrático de las regiones a las tecnologías de la información.

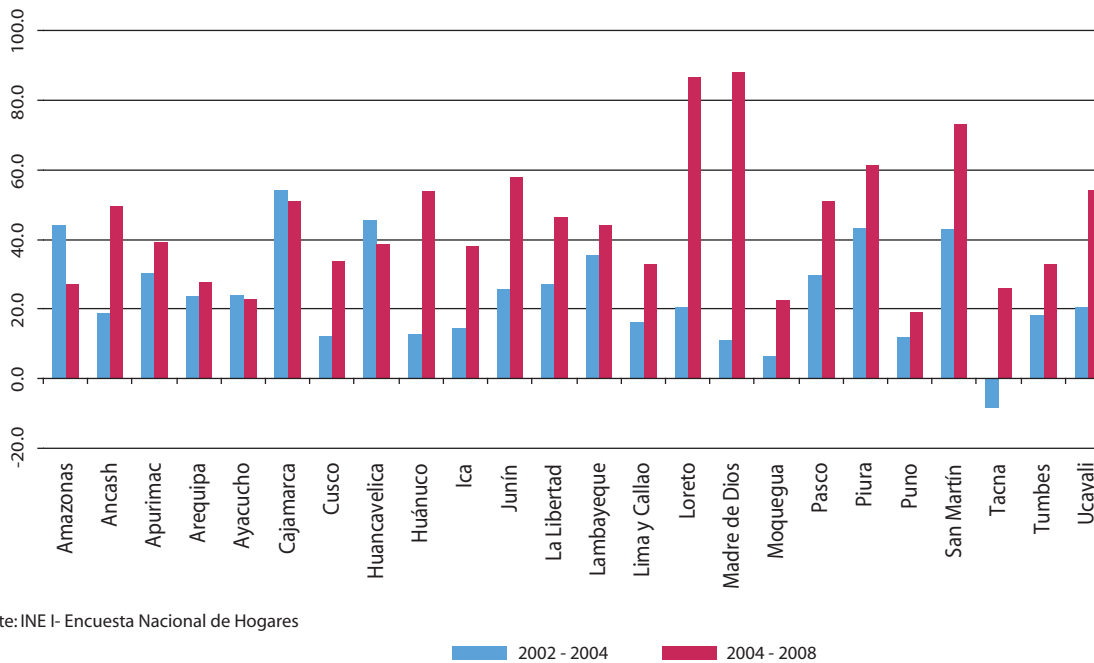
*La brecha entre las zonas rurales y urbanas en el acceso a servicios de telefonía se va reduciendo cada año*

**Telefonía fija**

A nivel de telefonía fija, a 2008 había 10,3 líneas por cada 100 habitantes, 40% más que en 2004.

El acceso al servicio de telefonía fija pasó de 0,5% a 1,5% en los hogares rurales. La brecha entre éstos y los de Lima Metropolitana es alta pero va disminuyendo velozmente. En 2004 el porcentaje de hogares con acceso a telefonía fija en Lima Metropolitana fue 108 veces mayor que en las zonas rurales; este porcentaje se redujo a 40 veces en el año 2008.

Acceso a telefonía fija según regiones. Variación porcentual. 2002-2004 y 2004-2008



Fuente: INE I- Encuesta Nacional de Hogares

**Telefonía pública**

La telefonía pública ha logrado un importante incremento en sus índices de penetración contando a 2008 con 7 teléfonos públicos por cada 1000 habitantes, 32% más que en el año 2004.

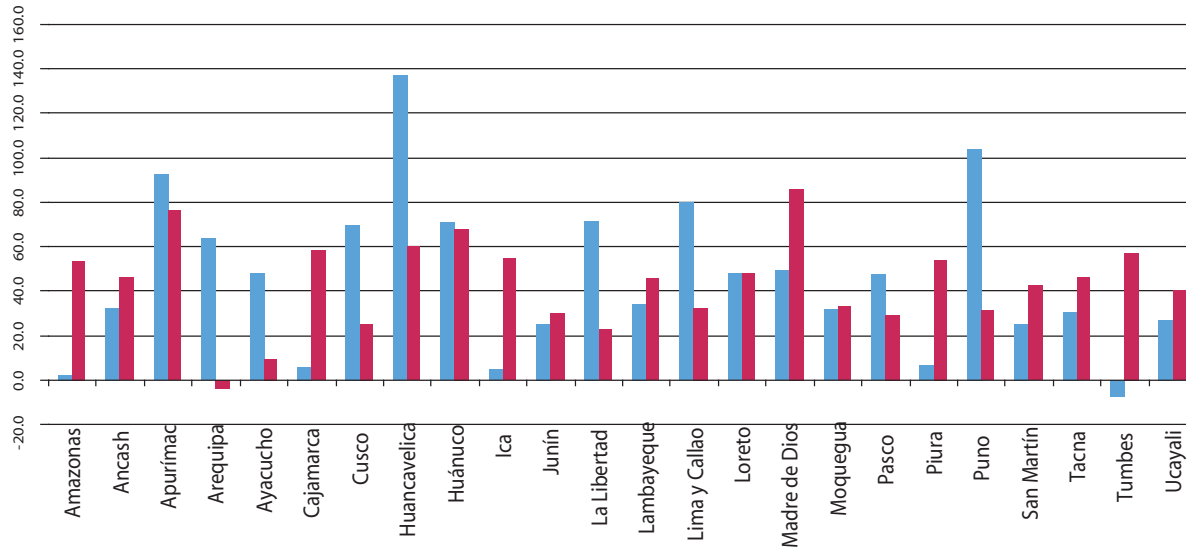
**Telefonía móvil**

El incremento en telefonía móvil es bastante significativo. A 2008 existían 74,9 terminales por

cada 100 habitantes, 408% más que en 2004, más del doble del incremento de 2000 a 2004.

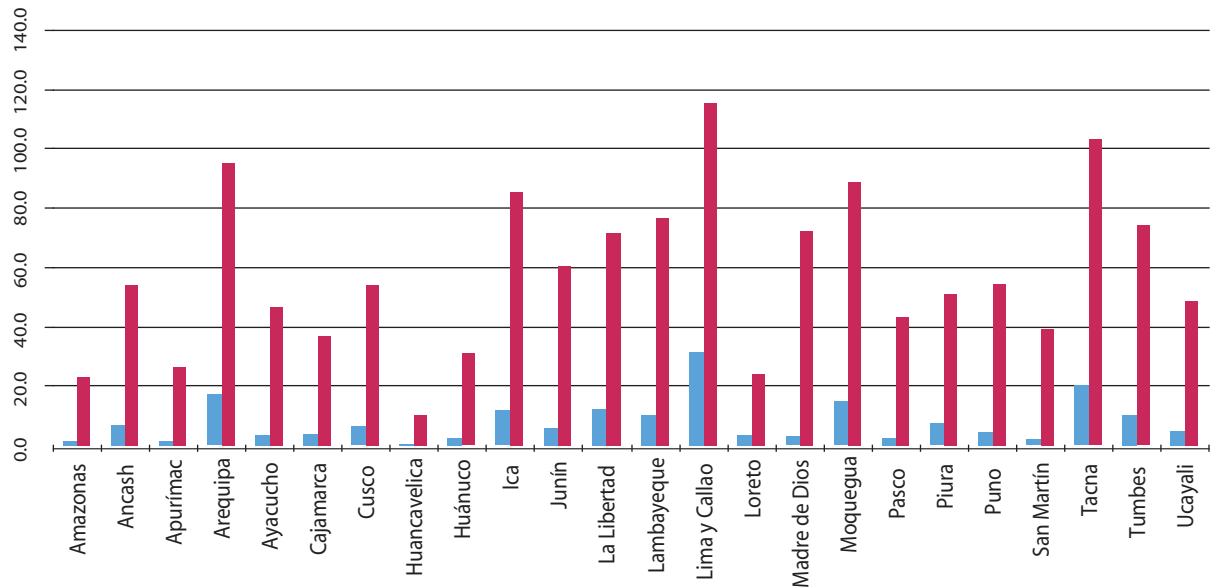
La brecha de acceso entre los hogares rurales y los de Lima Metropolitana se redujo de manera relevante demostrando no solo un incremento absoluto importante sino una mejor distribución del servicio entre ambos espacios. En el año 2000, el acceso a la telefonía móvil en Lima Metropolitana fue 78 veces mayor que el de las zonas rurales; en 2004, se redujo a 22 y, en 2008, a sólo 3.

Acceso a telefonía pública. Variación porcentual. 2002-2004 y 2004-2008



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares ■ 2002 - 2004 ■ 2004 - 2008

Acceso a telefonía móvil, según regiones - Número de líneas por 100 habitantes. 2004-2008



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares ■ 2004 ■ 2008

## *El equipamiento, tecnología y acceso a internet mejoraron de manera alentadora*

### **Internet y PC's**

Cada año, más hogares peruanos cuentan con computadoras personales. A 2008 había 16,5 computadoras por cada 100 hogares, 117,1% más que en 2004. En el año 2000, el porcentaje de hogares de Lima Metropolitana con al menos una PC fue 88 veces mayor que el de las zonas rurales; en 2004 esta diferencia se redujo a 40 veces y, en 2008, a 19.

En 2008, 8 de cada 100 hogares contaban con conexión a internet, 300% más que en 2004, cuando 2 de cada 100 hogares tenía acceso a este servicio.

Es importante señalar que 66,9% de los usuarios de internet accede al servicio a través de cabinas públicas y 18,1% lo hace desde sus hogares. Hay una brecha de género en el acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones. En 2007, 31,8% de varones usó internet frente a 24,6 de mujeres. En 2008, estos porcentajes se incrementaron de manera equivalente a 32,2% de varones y 25% de mujeres que usaron este medio de comunicación.









## Desafíos

### Objetivo 1

#### **Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Desafíos pendientes:

- Desarrollar la conciencia del derecho a una alimentación de calidad y tratamiento integral de la seguridad alimentaria.
- Promover el involucramiento de todos los peruanos en la lucha contra la pobreza, sobre la base de una cultura de equidad.
- Implementar políticas activas de redistribución del ingreso.

Los nuevos desafíos

- Poner en marcha medidas para evitar que la crisis internacional, la apertura comercial, el cambio climático y el alza estructural del precio de los alimentos afecten la lucha contra la pobreza y la seguridad alimentaria.
- Diseñar políticas y programas específicos orientados a disminuir la inequidad y en particular la brecha urbano-rural.

### Objetivo 2

#### **Lograr la educación primaria universal**

- Resolver la mejora en la calidad de la educación.
- Cerrar brechas: regionales, rural/urbana, pobreza y género.
- Atender el tema del analfabetismo funcional.
- Ampliar la oferta pública de educación inicial. Cerrar la brecha para la tasa de conclusión de la educación primaria en edad normativa y mejorar las tasas de cobertura y conclusión de la educación secundaria.
- Incrementar el gasto público en educación.

### Objetivo 3

#### **Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer**

- Desarrollar y aprobar el Sistema Funcional de Igualdad de Género, fortaleciendo las competencias rectoras del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, al margen de los cambios de gestión.
- Desarrollar estrategias para garantizar la permanencia y culminación de estudios de las niñas y adolescentes, especialmente de las zonas rurales.
- Aplicar la primera encuesta sobre el uso del tiempo a fin de contar con información seria sobre la jornada remunerada y no remunerada de mujeres y varones, según nivel de pobreza, grado de instrucción y ámbito de residencia.

- Desarrollar estrategias comunicacionales y de medidas temporales para promover la igualdad salarial entre mujeres y varones; así como la supervisión y sanción por parte de la autoridad de trabajo no solo de la igualdad salarial, sino también de las condiciones laborales.
- Promover cambios en la cultura organizacional de los partidos políticos, ubicación de las mujeres en posiciones elegibles y acciones afirmativas en su interior.
- Desarrollar acciones dirigidas a la modificación de costumbres, prácticas y concepciones culturales que promueven y justifican la violencia contra la mujer; así como educar sobre nuevos modelos de masculinidad y feminidad.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de las comisarías ante eventos de violencia contra la mujer.

#### Objetivo 4

#### **Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años**

- Establecer una línea de base y metas desagregadas para los indicadores del ODM 4.
- Fortalecer las intervenciones en la atención de salud para garantizar la sobrevivencia de los recién nacidos.
- Fortalecer la gestión de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones en los niveles regionales y locales de bajas coberturas, mejorar la cadena de frío (sistema de conservación, manejo, transporte y distribución de las vacunas) y ampliar la oferta y promover la demanda de las vacunaciones infantiles.

#### Objetivo 5

#### **Mejorar la salud materna**

- Asegurar el financiamiento para la ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- Comprometer a los gobiernos regionales y locales a incorporar en su agenda, actividades a favor de la reducción de la mortalidad materna. Coordinar con las universidades formadoras de profesionales de la salud para incorporar en el currículo de pre y postgrado las políticas y estrategias para la reducción de la mortalidad materna
- Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y dotarlos con los recursos y las competencias adecuadas para dar respuesta a la demanda en los diferentes niveles del sistema de salud.
- Garantizar el adecuado registro de la información.
- Coordinar con el INEI los criterios para el levantamiento de datos y análisis de los mismos.

## Objetivo 6

**Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades***VIH/SIDA*

- Continuar la vigilancia en las poblaciones de mayor prevalencia y en la población en general e incorporar a nuevos grupos de riesgo.
- Fortalecer las acciones que promuevan el acceso de las gestantes al control prenatal pertinente y con un diagnóstico oportuno.
- Implementar estrategias comunicacionales con participación multisectorial, informando a la población de las ventajas de un diagnóstico precoz y de la eficacia de la profilaxis.
- Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. Acercar los servicios y TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) a la población que lo requiere.
- Garantizar el abastecimiento oportuno de insumos y medicamentos a nivel local.

*Malaria*

- Establecer la vigilancia permanente de los factores críticos relacionados con la malaria para hacer los cambios respectivos en las políticas de medicamentos y de uso de insecticidas.
- Implementar el descarte de malaria por gota gruesa o pruebas rápidas en el control prenatal en zonas endémicas.

*Tuberculosis*

- Proteger al personal de salud de los riesgos de contagio de tuberculosis.
- Evaluar estrategias para detener el crecimiento progresivo que están experimentando los casos de TB MDR (tuberculosis multidrogorresistente) y TB XDR (extremadamente drogorresistente).
- Asegurar el abastecimiento adecuado y oportuno de los medicamentos antituberculosos en los centros de salud.

## Objetivo 7

**Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**

Meta: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

*Sector energético*

- Implementar medidas para promover la producción, el transporte y la distribución del gas natural.
- Fomentar la inversión en generación eléctrica basada en recursos hídricos y otros recursos renovables.

- Mejorar la eficiencia energética en sectores más intensivos en uso de energía, como transporte e industria.

#### *Gestión de las sustancias agotadoras de la capa de ozono*

- Implementar el proyecto Plan Terminal de Refrigerantes en el Perú.
- Realizar campañas de difusión y concientización con capacitación a docentes para que se conviertan en capacitadores en temas vinculados al Protocolo de Montreal.

#### *Gestión de residuos sólidos*

- Establecer el sector de residuos sólidos.
- Fortalecer las capacidades de las municipalidades para la prestación de los servicios domiciliarios de limpieza pública.
- Implementar campañas orientadas a incrementar el nivel de conciencia y sensibilización de la población, teniendo como objetivo el cambio en hábitos referidos a la disposición de residuos.

#### *Gestión de recursos hídricos*

- Crear un marco legal institucional integrado que permita la gestión óptima de los recursos hídricos a nivel nacional.
- Evaluar en forma conjunta los recursos hídricos a nivel nacional que permitirá formar el plan nacional de vulnerabilidad contra el cambio climático en cuanto a posibles fenómenos naturales que comprometan la disponibilidad de los recursos hídricos.

Meta: Reducir la pérdida de biodiversidad alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.

#### *Gestión forestal*

- Completar el ordenamiento del patrimonio forestal nacional con la delimitación de los bosques de protección, los bosques de producción en reserva y los bosques para aprovechamiento futuro.
- Diseñar e implementar un Sistema de Información y Control Forestal y de Fauna Silvestre que permita monitorear todos los eslabones de la cadena de valor forestal y atraiga inversiones al sector.
- Implementar mecanismos que permitan la toma de decisiones adecuadas sobre las especies amenazadas listadas en los Apéndices II y III de la CITES (Convención sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestre).

#### *Gestión de las Áreas Naturales Protegidas*

- Fortalecer las capacidades gerenciales de los jefes y funcionarios de las Áreas Naturales Protegidas, hasta ahora enfocadas en el control, incluyendo la generación de condiciones laborales seguras y atractivas para el personal de las ANP.



- Diseñar e implementar mecanismos de financiamiento novedosos tendientes a cubrir la brecha financiera del SINANPE (Sistema Nacional de Áreas Protegidas por el Estado) y a promover una redistribución de recursos más eficiente entre las diversas áreas protegidas.
- Definir la política y estrategia nacional de turismo en las Áreas Naturales Protegidas con el objeto de promover una afluencia mayor y más ordenada de turistas y atraer mayores inversiones.

#### *Gestión de peces*

- Desarrollar indicadores de tipo ecosistémico que consideren la variabilidad de mediano y largo plazo de las condiciones ambientales, aspecto relevante para un ecosistema muy dinámico como es el mar peruano.
- Determinar los puntos biológicos de referencia de las 20 principales especies de las pesquerías nacionales que explican más del 98% de los desembarques.

Meta: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

- Asegurar la inversión en agua potable y saneamiento. El déficit en el subsector requiere por lo menos de una inversión de US\$ 4042 millones para cerrar la brecha al 2015<sup>1</sup>.
- Atender a las poblaciones rurales y urbano-marginales.

Meta: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

- Lograr el acceso progresivo de los sectores de bajos ingresos a una vivienda digna y saludable bajo diferentes modalidades de intervención, así como la articulación de programas y proyectos en apoyo al proceso de descentralización nacional.
- Mejorar los procesos de administración y seguimiento de los programas de vivienda y fortalecer las capacidades de los gobiernos regionales y locales para su realización.
- Dictar disposiciones específicas para atender el mejoramiento y la destugurización del parque existente, para lo cual las propuestas legales correspondientes se encuentran en trámite de aprobación.

<sup>1</sup> Plan Estratégico Sectorial Multianual Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento 2008-2015

## Objetivo 8

### **Fomentar una alianza mundial para el desarrollo**

- Mantener los esfuerzos en vigorizar la política de suscripción de acuerdos comerciales.
- Impulsar el desarrollo del mercado doméstico de capitales mediante la consolidación del mercado de deuda pública.
- Optimizar al máximo los recursos de la cooperación internacional de manera que se obtengan los mejores resultados sociales. Por lo tanto, se requiere tener una buena focalización y buenos sistemas de monitoreo y seguimiento.

#### *Cooperación Sur-Sur*

- Fortalecer mecanismos y modalidades de cooperación entre los cuales está la cooperación horizontal o denominada Sur – Sur.
- Identificar la oferta que podemos brindar como país y canalizar recursos de organismos internacionales y de fuentes bilaterales, utilizando mecanismos de triangulación que permitan ejecutar acciones de cooperación.





## Acrónimos y abreviaturas

ADC	Alianza por el Derecho Ciudadano
ADPIC	Aspectos de Protección de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AGRORURAL	Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural
AGUA PARA TODOS o PAPT	Programa Agua Para Todos
ALIADOS	Programa de Apoyo a las Alianzas Rurales Productivas de la Sierra
AN	Acuerdo Nacional
APC	Acuerdo de Promoción Comercial
APN	Atención prenatal
ARV	Antirretrovirales
ASIS	Análisis de Situación de Salud
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
BPA	Buenas Prácticas de Almacenamiento
BPM	Buenas Prácticas de Manufactura
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPAL	Consejo Económico Social para América Latina y El Caribe
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
CMAN	Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la paz, la reparación colectiva y la reconciliación nacional
CNCC	Centro Nacional de Control de Calidad
COFOPRI	Organismo de Formalización de la Propiedad Informal
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
CONSTRUYENDO Perú	Programa de Emergencia Social Productivo "Construyendo Perú" (antes A Trabajar Urbano)
COPRECOs	Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policiales
CRECER	Estrategia Nacional "Creceer"
DGAES	Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales del MEF
DGE	Dirección General de Epidemiología (del Ministerio de Salud)
DGP	Dirección General de Planificación (del Ministerio de Salud)
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas (del Ministerio de Salud)
DHS	Demographic and Health Survey
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIU	Dispositivo intrauterino
DL o D.L.	Decreto Ley
DS o D.S.	Decreto Supremo
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EDR	Estrategia de Desarrollo Rural
ELECTRIFICACION RURAL	Programa Nacional de Electrificación Rural
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares

ENCO	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Continua
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENNIV	Encuesta de Niveles de Vida
ENSA	Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria
ENSP	Estrategia Nacional de Superación de la Pobreza
ERSAN	Estrategia Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FON	Funciones Obstétricas y Neonatales
FONB	Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
FONCOMUN	Fondo de Compensación Municipal
FONCOR	Fondo de Compensación Regional
FONE	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
FONIPREL	Fondo de Promoción a la Inversión Pública Regional y Local
FONP	Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias
GRADE	Grupo de Análisis para el Desarrollo
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IAA	Instituto para una Alternativa Agraria
IFA	Incidencia anual de malaria por <i>Plasmodium falciparum</i>
INCAGRO	Programa de Innovación y Competitividad para el Agro Peruano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
INIA	Instituto Nacional de Innovación Agraria
INICIATIVA	Iniciativa contra la Desnutrición Infantil
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
INRENA	Instituto Nacional de Recursos Naturales
INS	Instituto Nacional de Salud
IODM	Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio
IPA	Incidencia anual de malaria total
IRA	Infeción Respiratoria Aguda
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVA	Incidencia anual de malaria por <i>Plasmodium vivax</i>
JUNTOS	Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "Juntos"
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MCLCP	Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza
MED	Ministerio de Educación
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINAG	Ministerio de Agricultura
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININTER	Ministerio del Interior
MINSA	Ministerio de Salud
MINTRA o MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo



MMM	Marco Macroeconómico Multianual
MONIN	Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales
MSM	Marco Social Multianual
MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
MVCS	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento
MYPE	Micro y Pequeña Empresa
NV	Nacidos vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OGE	Oficina General de Epidemiología
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAMAFRO	Proyecto de Control de la Malaria en Zonas Fronterizas de la Región Andina
PAP	Papanicolaou
PBI o PIB	Producto Interno Bruto
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDC	Plan de Desarrollo Concertado
PE	Pobreza Extrema
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIR	Plan Integral de Reparaciones para las víctimas de la violencia ocurrida durante el período mayo de 1980 a noviembre de 2000
PMA	Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas
PNAIA	Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Adolescencia
PNDDHH	Plan Nacional de Derechos Humanos
PNSP	Plan Nacional de Superación de la Pobreza
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PP	Presupuesto Participativo
PPE	Programa Presupuestal Estratégico
PPR	Presupuesto por resultados
PRC	Programa de Reparaciones Colectivas
PROJOVEN	Programa de Capacitación Laboral Juvenil
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
PRONAMA	Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización
PRONAMACHCS	Programa Nacional de Manejo de Cuencas Hidrográficas y Conservación de Suelos, luego fusionado en AGRORURAL
PRONASAR	Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural
PROVÍAS DESCENTRALIZADO	Proyecto Especial de Transporte Descentralizado, producto de la fusión de Provías Rural y Provías Departamental

PVVS	Persona viviendo con VIH/Sida
REDESA	Programa Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria
RENACE	Red Nacional de Epidemiología
RM o R.M.	Resolución Ministerial
RS o R.S.	Resolución Suprema
RURB	Registro Unificado Regional de Beneficiarios de los programas sociales
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad Agraria
SIAS	Sistema de Información de Asuntos Sociales
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos
ST-CIAS	Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TB	Tuberculosis
TB MDR	Tuberculosis multidrogorresistente
TB XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
TFG	Tasa global de fecundidad
TLC	Tratado de Libre Comercio
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM5	Tasa de Mortalidad de la Niñez
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma humano

**Informe de cumplimiento de los Objetivos  
de Desarrollo del Milenio  
Perú 2008  
Resumen Ejecutivo**

Sistema de las Naciones Unidas en el Perú  
Oficina del Coordinador Residente  
Av. Del Ejército 750, Magdalena del Mar  
Lima 17 – Perú  
Teléfono: 511 - 6259000  
Página web: [www.onu.org.pe](http://www.onu.org.pe)

Presidencia del Consejo de Ministros  
Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales  
Jr. José Nicolás Rodrigo 580, Santiago de Surco  
Lima 33 – Perú  
Teléfono: 511 - 3452323  
Página web: [www.cias.gob.pe](http://www.cias.gob.pe)

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2010-04736

Primera edición: abril de 2010  
Tiraje: 2000 ejemplares  
Coordinación: Enrique Román Perla, Oficina del Coordinador Residente ONU  
Cuidado de la edición: María del Carmen Álvarez  
Diseño y diagramación: Juan Luis Gargurevich  
Impresión: Ediciones Nova Print SAC  
Ignacio Merino 1546, Lince

Este documento puede ser copiado y citado, total o parcialmente, siempre y cuando se mencione la fuente. Por favor, envíenos copia de cualquier documento, artículo u otro que cite esta publicación.



